

Cour des comptes



Chambres régionales  
& territoriales des comptes

ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ACCOMPAGNEMENT  
DES PERSONNNES  
EN SITUATION  
DE HANDICAP  
VIEILLISSANTES

Cahier territorial de la Meuse

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 Une faible disponibilité de donnée quantitatives et qualitatives fiables</b> .....	<b>17</b>
I - Une qualité insuffisante des données départementales.....	17
II - ... Qui rend difficile l'identification des personnes handicapées vieillissantes .....	19
III - Les données parcellaires limitent la compréhension dans sa globalité de la problématique du maintien à domicile des personnes handicapées vieillissantes .....	21
A - Les aides techniques et d'aménagement du logement .....	21
B - Les aides humaines .....	22
C - L'existence de situations de maintien à domicile par défaut d'adaptation de l'offre .....	22
IV - Un diagnostic global inexistant du besoin sur le territoire meusien .....	24
<b>Chapitre II La gouvernance duale du secteur</b> .....	<b>27</b>
I - Les acteurs clés des politiques locales du handicap .....	27
A - Une démarche partagée des acteurs territoriaux .....	27
B - Une organisation peu lisible pour les usagers .....	28
C - Une nécessaire articulation de l'ARS et du département .....	32
D - Les financements de l'ARS sont souvent des crédits non reconductibles, et sont inadaptés aux EHPAD qui accueillent des PSHV .....	33
E - La MDPH : de l'ouverture des droits à l'accompagnement individuel .....	36
II - Des stratégies institutionnelles qui intègrent les PSVH mais ne sont que partiellement mises en œuvre .....	40
A - Une problématique des personnes en situation de handicap vieillissantes prise en compte dans des documents stratégiques de l'ARS .....	40
B - Cette réflexion est également portée par le département .....	42
C - Les conventions pluriannuelles entre la CNSA, le département et la MDPH développent des politiques spécifiques liées au handicap .....	45
D - La négociation des CPOM, outil de déclinaison des stratégies de l'ARS et du département, a été retardée par la crise sanitaire .....	46

<b>Chapitre III Face aux besoins en hausse, des possibilités d'accueil et d'offre médicale insuffisantes .....</b>	<b>49</b>
I - Une population de personnes en situation de handicap en augmentation .....	49
II - Une offre qui s'étoffe, mais insuffisante pour éviter des départs vers des territoires limitrophes du département, même si ces derniers sont limités.....	50
A - Le taux d'équipement du département de la Meuse pour l'accueil des adultes en situation de handicap est supérieur aux moyennes régionale et nationale.....	50
B - Quelques personnes accompagnées par le département sont accueillies dans des établissements hors de son périmètre .....	54
C - Des dispositifs sont mis en œuvre pour prévenir les départs non souhaités des personnes en situation de handicap .....	56
III - Un accès aux soins inégal et difficile.....	59
<b>Chapitre IV Les parcours résidentiels des personnes en situation de handicap vieillissantes.....</b>	<b>63</b>
I - Une articulation difficile des aides allouées au regard des parcours de vie des bénéficiaires .....	64
A - Le délai moyen de traitement global des demandes est le plus court de France.....	64
B - Des prestations handicap qui prennent souvent fin au moment de la retraite.....	64
C - Les aides diverses départementales en réponse aux besoins variés.....	66
II - Une offre d'accueil en établissement pour les personnes en situation de handicap vieillissantes limitée.....	73
III - Une très grande partie des personnes en situation de handicap vieillissantes sont accompagnées à domicile .....	75
A - Le taux d'effectivité des plans d'aides des PSHV auprès des SAAD reste faible .....	76
B - Des dispositifs innovants complètent l'offre d'accompagnement existante .....	79
C - Des dispositifs en faveur des aidants .....	82
D - Les actions de prévention dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées bénéficient également aux PSHV .....	85
E - Les instances locales de coordination gérontologique : des activités complémentaires pour « bien vieillir » à domicile.....	87
<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>89</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>91</b>

## Procédures et méthodes

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

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

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

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

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

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

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

\*

\*\*

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

Les juridictions financières ont analysé les données des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) issues du système d'information commun (SI-MDPH) et de ViaTrajectoire, qui lui ont été communiquées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ainsi que celles émanant des tableaux de bord des ESMS

(Tdb-ESMS), transmises par l'Agence technique de l'information médicale (ATIH). Les données d'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), notamment ES-Handicap 2018 et EHPA 2019, ont été exploitées. L'enquête a également bénéficié des travaux de repérage et d'identification des situations de handicap dans le système national des données de santé (SNDS) mené par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). Le traitement des bases de données a été mené par Robin Kreling, du Département analyses et sciences des données (DASD) de la Cour et par Hugo Peltier, stagiaire polytechnicien.

Mmes Danican et Folscheid, stagiaires de l'Institut d'études politiques de Paris, ont également apporté leur concours à l'enquête.

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

\*\*

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

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

\*\*

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

Ils sont diffusés par La Documentation Française.



## Synthèse

Comme pour la population générale, l'espérance de vie des personnes porteuses de handicap a fortement augmenté au cours des dernières décennies. En l'absence de politique nationale dédiée aux personnes en situation de handicap vieillissantes (PSHV)<sup>1</sup>, les politiques locales et les prises en charge et accompagnements par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ont dû s'adapter. Cette monographie, consacrée au département de la Meuse, vise à comprendre comment les dispositifs ont évolué sur ce territoire et s'ils ont apporté des réponses pertinentes et suffisantes.

### **Une faible disponibilité de données quantitatives et qualitatives fiables**

Le recensement des PSHV est complexifié par la difficulté de disposer de données quantitatives et qualitatives fiables sur la population concernée, issues de plusieurs sources, parfois non concordantes et souvent imparfaites, d'une part ; d'autre part, par l'insuffisante connaissance de ses besoins particuliers qui reste encore trop peu documentée.

L'identification des personnes handicapées vieillissantes au sein de la population générale est réalisable grâce à l'attribution des dispositifs d'aides orientées vers les personnes handicapées et aux données qualifiant les PSHV institutionnalisées, qui ne représentent qu'une part de cette population.

L'évaluation des besoins sur le département de la Meuse s'établit principalement au niveau local à travers des besoins exprimés par des ESMS. Ni l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est, ni le conseil départemental de la Meuse ne disposent d'éléments de diagnostic permettant de déterminer des besoins non couverts, des perspectives d'évolution ou des zones géographiques de risques pour la population de personnes vieillissantes porteuses de handicap.

---

<sup>1</sup> La personne handicapée vieillissante est définie comme une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap avant de connaître les effets du vieillissement. La doctrine s'accorde à considérer que l'âge de 45 ans correspond assez souvent à l'apparition des premières difficultés liées à l'âge, aussi c'est cette barrière d'âge qui a été retenue dans le cadre de cette enquête.

### **La problématique des PSHV intégrée dans les orientations stratégiques locales**

Au niveau territorial, le pilotage des politiques du handicap relève de deux acteurs institutionnels, les agences régionales de santé (ARS)<sup>2</sup> et les conseils départementaux<sup>3</sup>.

La répartition des compétences entre ces deux institutions et la multitude de catégories d'établissements et de services compliquent la coordination des besoins et la lisibilité des dispositifs pour les usagers.

Des stratégies institutionnelles propres identifient la question des PSHV en favorisant une offre en fonction d'une logique de réponse aux besoins et d'un parcours global et coordonné, et non plus en fonction d'une logique de disponibilité de places. Elles prévoient notamment le développement d'un habitat adapté au vieillissement de la population et au maintien du domicile, grâce à l'habitat connecté et l'hébergement inclusif.

Intégrant la problématique des PSHV dans leurs orientations stratégiques, les deux acteurs de la gouvernance locale des politiques du handicap recherchent, d'une part, une nécessaire organisation et structuration d'un réseau d'acteurs à l'échelle du département (ARS) et, d'autre part, encouragent les mutualisations et les partenariats entre structures (le conseil départemental).

### **Une offre qui prend en compte le vieillissement des personnes en situation de handicap sans pouvoir éviter des départs non souhaités hors du département**

Si le taux d'équipement du département de la Meuse pour l'accueil des adultes en situation de handicap est supérieur aux moyennes régionale et nationale, il ne permet pas toutefois la réalisation de tous les droits prononcés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), c'est-à-dire que des personnes disposant d'une orientation vers un ESMS n'entrent pas en établissement. Les motifs de non-réalisation des droits sont variés et aucune analyse de ces évènements n'est réalisée, ni aucun suivi spécifique opéré par des services.

---

<sup>2</sup> Les agences régionales de santé (ARS), créées par la loi du 21 juillet 2009 dite Hôpital, patients, santé et territoire (HPST), sont des établissements publics autonomes, placés sous la tutelle du ministère de la santé et de la prévention. Elles sont chargées du pilotage régional du système de santé et de la régulation de l'offre de santé pour les secteurs ambulatoires (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées) et hospitalière.

<sup>3</sup> Les conseils départementaux (CD) sont les chefs de file de l'action sociale dans le département. À ce titre, conformément à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF), ils fixent, dans un schéma pluriannuel adopté par leur assemblée délibérante, les axes stratégiques des politiques sociales.

Malgré l'enrichissement de l'offre (création des unités PSHV, extension des places MAS, création d'un SAMSAH) à destination des PSHV, les réponses aux besoins estimés ne sont que partielles<sup>4</sup>.

L'absence d'une étude précise des besoins des PSHV meusiennes ne permet pas d'apprécier la pertinence des solutions proposées pour prévenir les départs hors du département et notamment vers la Belgique.

Bien que le département de la Meuse ait pu développer une offre de soins spécialisée à l'accompagnement des personnes en situation de handicap notamment à travers des équipes mobiles, l'information et la sensibilisation des professionnels de santé restent à être renforcées notamment dans le secteur de télémédecine et de télésoins.

### **Des parcours résidentiels des personnes en situation de handicap aux formes variées**

Les parcours résidentiels des personnes en situation de handicap vieillissantes prennent des formes de plus en plus variées avec ou sans aide au domicile familial mais également en habitat individuel ou regroupé avec différents degrés d'accompagnement ainsi qu'en établissement médicalisé ou non. En région Grand Est, 85 % des personnes en situation de handicap vivent à domicile.

73 % d'aides accordées par le département de la Meuse aux personnes en situation de handicap le sont au titre d'aides à domicile.

Des projets innovants d'offre d'accompagnement (l'habitat inclusif et le dispositif relatif à la santé numérique) bénéficiant notamment aux personnes handicapées vieillissantes sont initiés sur le territoire meusien. Par ailleurs, diverses actions à destination des aidants sont organisées.

Le territoire de la Meuse est composé d'un maillage d'acteurs qui concourent au repérage des situations à risque des personnes en situation de handicap vieillissantes grâce à de bonnes pratiques<sup>5</sup> d'accompagnement. Chez les personnes handicapées vieillissantes, la difficulté réside dans la rapidité avec laquelle il convient parfois de trouver des réponses à des situations critiques<sup>6</sup>. Cependant, les orientations en urgence vers des ESMS concernent principalement les jeunes adultes. La majorité des situations critiques pour lesquelles l'offre disponible ne permet pas de trouver une solution adaptée ne concerne pas les personnes handicapées vieillissantes, mais les jeunes adultes.

---

<sup>4</sup> Deux places de MAS ont été créées au 1er septembre 2021 alors que le département compte 14 personnes en liste d'attente à la fin de l'année 2021. Seules 10 places de SAMSAH sont créées, l'ouverture au public le 1er décembre 2022, au lieu des 20 projetées.

<sup>5</sup> Notamment l'action « les Rétro-actifs » portée par un gestionnaire d'ESMS.

<sup>6</sup> Aidant familial défaillant par exemple.



## Introduction

Comme pour la population générale, l'espérance de vie des personnes porteuses de handicap a fortement augmenté au cours des dernières décennies. Si le constat a émergé dans la doctrine dès les années 1980, il n'existe toutefois aucune politique nationale en faveur des personnes en situation de handicap vieillissantes.

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<sup>7</sup>, la difficulté à disposer de données quantitatives et qualitatives fiables sur la population concernée, et l'insuffisante connaissance des besoins particuliers qui reste encore trop peu documentée.

Dans un contexte de fortes tensions sur l'offre et de profondes mutations du secteur, les personnes en situation de handicap (et/ou leurs familles) revendiquent une meilleure prise en compte de leur capacité à décider de leur projet de vie, ainsi que davantage d'inclusion, d'individualisation et de souplesse dans les prises en charge et les accompagnements. Les professionnels aspirent quant à eux à une plus grande reconnaissance, et un renforcement de leurs qualifications s'avère nécessaire. Afin de répondre à ces attentes, plusieurs réformes contribuent à transformer à la fois les modèles d'accompagnement, de gouvernance et de financement des politiques du handicap<sup>8</sup>, et l'évolution de l'offre s'inscrit dans une dynamique plus inclusive.

---

<sup>7</sup> Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI), Étude sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes, février 2022.

<sup>8</sup> Loi de financement de la sécurité sociale 2022 instaurant un tarif minimum applicable aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), création d'une cinquième branche de la sécurité sociale, projet de réforme de la tarification des ESMS pour PH, Serafin-PH.

On assiste à un « empilement des dispositifs »<sup>9</sup> de qualification des situations prioritaires où les ESMS ont progressivement vocation à accueillir les situations critiques ou complexes. Les acteurs publics au processus d'admission dans les ESMS restent maîtres du choix des personnes accueillies et négocient le coût organisationnel et financier de l'accueil de personnes présentant les handicaps les plus sévères. Malgré un réel effort, près de 7 000 adultes handicapés français sont pris en charge dans des établissements belges, principalement issus des territoires des Hauts-de-France et du Grand Est.

La personne handicapée vieillissante est définie comme une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap avant de connaître les effets du vieillissement. La doctrine s'accorde à considérer que l'âge de 45 ans correspond assez souvent à l'apparition des premières difficultés liées à l'âge. 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.

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 su s'adapter 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.

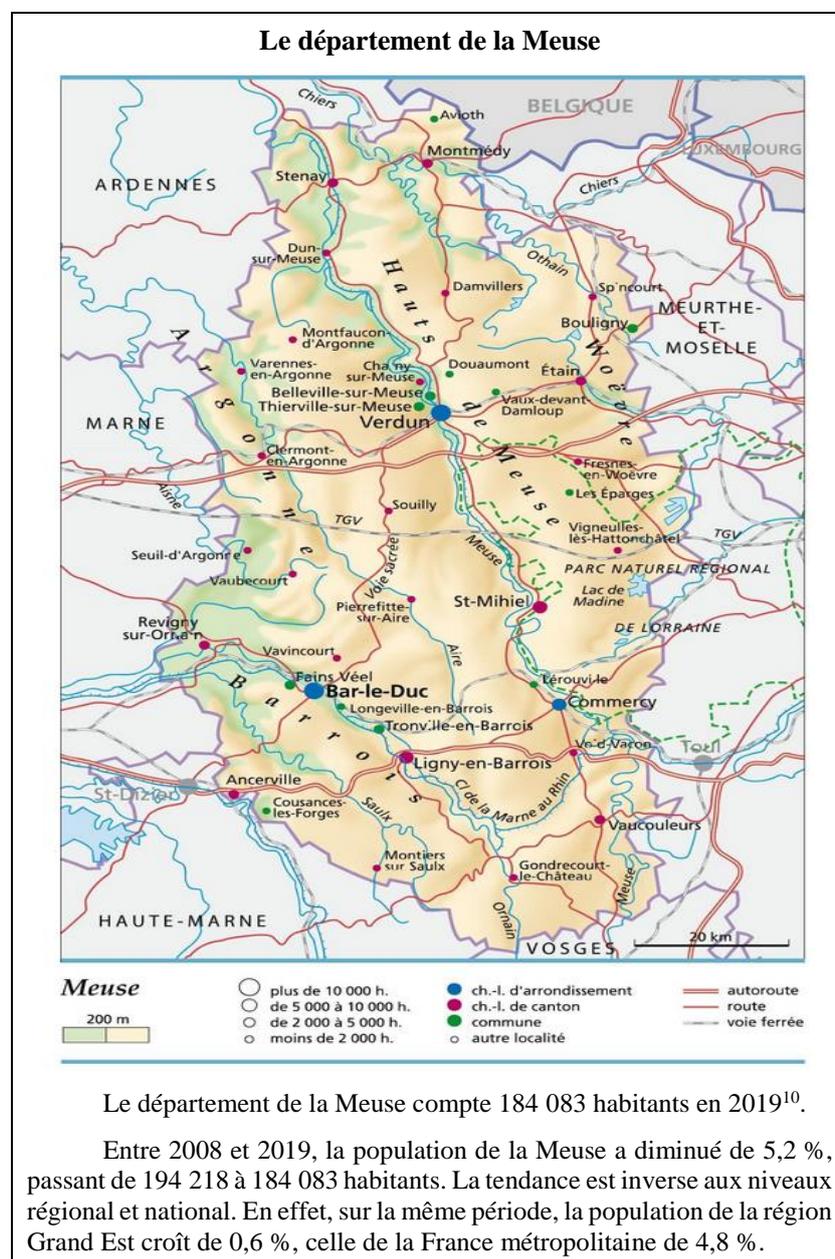
Cette monographie consacrée au département de la Meuse s'appuie d'abord sur les réponses apportées à l'enquête par l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est, ensuite sur le contrôle des comptes et de la gestion du conseil départemental de la Meuse, de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de la Meuse et de l'hôpital de proximité Saint-Charles de Commercy.

Elle s'attache à présenter la disponibilité des données (I), la gouvernance de la politique au bénéfice des personnes en situation de handicap vieillissantes (II), les chiffres clés du handicap sur le territoire (III) et les parcours résidentiels (IV).

Le volet national de l'enquête abordera, en complément, des questions transversales de portée nationale.

---

<sup>9</sup> E. Aragona, P. Baudot et M. Robelet, *note de recherche janvier 2021 sur le projet « communautés 360 »*, contribution sur l'admission en établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap.



<sup>10</sup> Source INSEE, recensement de la population 2019.

La population meusienne est vieillissante. En 2019, la part des Meusiens ayant plus de 60 ans est de 29,8 %. Ce pourcentage est supérieur à celui constaté aux niveaux régional (26,5 %) et national (26,2 %). En outre, à la même date, seul un Meusien sur deux est âgé de moins de 44 ans, alors que la région Grand Est en compte près de 53 %.

Selon les projections de l'INSEE à l'horizon 2050, les naissances dans la région ne compenseraient plus les décès. La croissance démographique serait quatre fois moindre qu'en France, avec un vieillissement de la population plus rapide que dans l'hexagone. L'indice de vieillissement<sup>11</sup> de la région dépasserait les 100 dès 2026, pour atteindre 132 en 2050 (contre 122 en France).

S'agissant plus particulièrement de la Meuse, ce département sera concerné par une déprise démographique, le plus fort vieillissement de sa population étant principalement lié à un solde migratoire fortement déficitaire.

Dès lors, jusque 2050, le nombre de Meusiens devrait continuer de baisser et le nombre de personnes âgées d'augmenter.

---

<sup>11</sup> L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans ou plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans ou plus et les moins de 20 ans sont présents dans les mêmes proportions sur le territoire. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes.

# Chapitre I

## Une faible disponibilité de données quantitatives et qualitatives fiables

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 des problèmes de disponibilité et de fiabilité de ces données, issues de plusieurs sources, parfois non concordantes et souvent imparfaites.

Le département et l'ARS n'ont pas de visibilité exhaustive sur les besoins du territoire en matière de prise en charge des personnes en situation de handicap.

### I - Une qualité insuffisante des données départementales

Les données produites par le département de la Meuse, relatives à sa politique en faveur des personnes en situation de handicap proviennent principalement de son logiciel de l'action sociale. Or, dans ce domaine, le système d'information<sup>12</sup> de l'action sociale est perfectible.

---

<sup>12</sup> Le système d'information se définit comme un ensemble organisé de ressources (matériels, logiciels, personnel, données et procédures) qui permet de regrouper, de classer, de traiter et de diffuser de l'information sur un environnement donné.

En effet, le processus d'intégration des données dans le logiciel est générateur d'erreurs. Les saisies de données sont réalisées par de nombreux agents départementaux. Des agents de services différents (insertion, autonomie, etc.), localisés au siège de la collectivité ou en maison départementale de la solidarité et de l'insertion (MDSI), disposent des droits en écriture et en modification sur les mêmes fiches individuelles des bénéficiaires. Leurs droits ne sont pas restreints en fonction de leur domaine de compétence ni en fonction des champs informatiques à saisir (par exemple, un nom, un prénom, une adresse).

Faute de gestion électronique des dossiers ou d'interfaçage entre les divers logiciels de l'action sociale, des décisions d'attribution de prestations doivent être saisies manuellement. Par exemple, les décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sont envoyées en version papier au département, les agents enregistrant ensuite manuellement dans le logiciel dédié ces informations, ce qui permet au final d'octroyer des prestations sociales.

Les agents départementaux enregistrent également manuellement les décès des usagers, quand ils en ont connaissance. Aussi, de nombreuses fiches informatiques ne sont pas à jour du décès de la personne et les droits continuent à courir.

Jusqu'à récemment, les agents pouvaient créer dans le logiciel plusieurs fiches individuelles pour un même bénéficiaire. La création de fiches homonymes est désormais un point bloquant, qui nécessite l'intervention expresse d'un superviseur.

Alors que seuls les usagers qui déclarent un domicile de secours dans le département de la Meuse peuvent prétendre aux aides départementales, certaines fiches font référence à des adresses situées hors Meuse sans distinction de résidence ou de domicile.

Ces exemples illustrent les risques sur la fiabilité des données saisies.

Par ailleurs, le département ne dispose pas d'un processus de gestion de la qualité des données : en amont, sur la prévention de la non qualité des données, et en aval, sur la correction des anomalies et de contrôles de l'intégrité des données.

Lors du changement de logiciel de l'action sociale en 2017, les services n'ont pas organisé le transfert de l'intégralité des données contenues dans le précédent dispositif. La base de données à partir de laquelle sont effectuées les extractions n'est donc plus exhaustive depuis cette date.

Or la détermination de la qualité des données s'appuie sur différents critères tels que la complétude, la fiabilité et l'accessibilité et doit refléter tout autant le degré de pertinence des informations que leur bonne organisation et la facilité à les exploiter.

Si les données ne sont pas suffisamment qualitatives, des chantiers peuvent être lancés sur la base d'informations erronées, entraînant un risque de prise de décision hasardeuse ou des opportunités manquées.

## **II - ... Qui rend difficile l'identification des personnes handicapées vieillissantes**

Si le département de la Meuse ne dispose pas de ses propres données s'agissant de la population des personnes handicapées vieillissantes (PSHV), il recueille néanmoins, sur demande, les informations de la maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH).

Les deux organismes ne possèdent pas de logiciel métier commun et n'ont pas de gestion électronique des documents. En théorie, les services départementaux ont accès aux informations contenues dans le logiciel viatrajectoire utilisé par la MDPH (système d'information proposant une aide à l'orientation des personnes en situation de handicap en établissement ou en service médico-sociaux), mais, faute de formations, ils n'y ont pas concrètement recours.

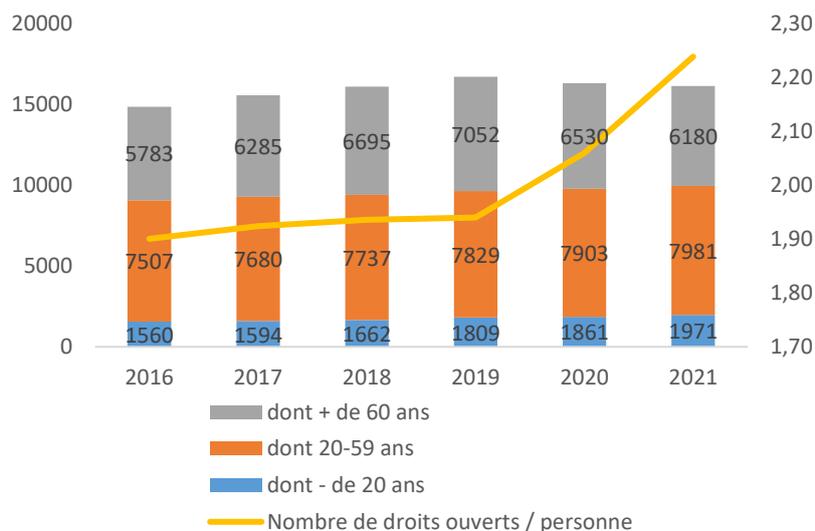
La MDPH de la Meuse procède au codage des déficiences et des pathologies pour les dossiers concernant les enfants, la prestation de compensation du handicap et l'orientation médico-sociale depuis 2017. Elle ne dispose pas de données relatives à la catégorie de handicap des personnes qu'elle accueille avant cette date. En outre, en raison du déploiement du système d'information « SI-MDPH » à partir de 2019, les données relatives aux années antérieures ne peuvent plus être analysées sans une marge d'erreur trop importante pour qu'elles soient exploitées. Par conséquent, l'analyse détaillée de la situation des personnes handicapées vieillissantes qu'elle accueille n'est possible qu'à partir de l'année 2020.

La population du département de la Meuse disposant d'un droit ouvert au titre du handicap a augmenté de 15 % entre 2015 et 2020 (de 14 138 à 16 294). Sur la même période, la part dans cette population des personnes âgées de plus de 60 ans a augmenté de 23 % alors que la part des moins de 20 ans a cru de 37 %. Les personnes de plus de 45 ans (11 433) représentaient en 2020 70 % des personnes disposant d'un droit ouvert à la MDPH de la Meuse<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Cf. tableau n° 1 en annexe n° 2.

**Graphique n° 1 : nombre de personnes ayant un droit ouvert sur la période 2016-2021**



Source : CRC Grand Est d'après les données de la MDPH de la Meuse

La progression du nombre de premières demandes de cartes mobilité inclusion (CMI) par des personnes de plus de 60 ans souhaitant obtenir des avantages fiscaux ou une facilité de déplacement et du nombre de premières demandes de reconnaissance de qualité de travailleur handicapé contribue à expliquer l'évolution du nombre de personnes de plus de 45 ans ayant un droit ouvert. En ne tenant pas compte des droits ouverts au titre d'une CMI ou d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), la part des personnes de plus de 45 ans disposant d'un droit ouvert à la MDPH représente 49 % du total du public qu'elle accueille<sup>14</sup>.

En l'absence de données permettant une approche par handicap, l'analyse des prestations versées montre que les personnes de plus de 45 ans représentent 70 % des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et que leur nombre progresse entre 2015 et 2020 plus rapidement que celui du nombre de bénéficiaires de ces prestations (22 % contre 18 %). Elles représentent également 71 % des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH 1) et 56 % des bénéficiaires de l'AAH 2<sup>15</sup> (chapitre IV).

<sup>14</sup> Cf. tableau n° 2 en annexe n° 2.

<sup>15</sup> Cf. tableaux n° 3 et 4 en annexe n° 2.

Ces données doivent toutefois être interprétées en tenant compte d'une limite relative à leur fiabilité. En effet, depuis le déploiement du système d'information « SI-MDPH », le nombre de personnes de plus de 60 ans ayant un droit ouvert est passé de 7 052 en 2019 à 6 180 en 2021. Le croisement de « SI-MDPH » et du système national de gestion des identifiants (SNGI) permet désormais à la MDPH de mieux identifier les décès et de clore les dossiers correspondants. Jusque-là, elle appliquait une correction statistique arbitraire (non comptabilisation des personnes de plus de cent ans). L'interrogation du SNGI ne pouvant s'opérer en masse sur toute la base de la MDPH, la clôture des dossiers inactifs devrait prendre plusieurs années et la fiabilité des données relatives aux personnes les plus âgées en est affectée.

### **III - Les données parcellaires limitent la compréhension dans sa globalité de la problématique du maintien à domicile des personnes handicapées vieillissantes**

#### **A - Les aides techniques et d'aménagement du logement**

Les données de la MDPH relatives à l'attribution d'aide technique ou d'aménagement du logement dans le cadre de la PCH ne permettent pas d'établir que les personnes handicapées vieillissantes présentent des besoins spécifiques liés à l'avancement de l'âge. En effet, le nombre de bénéficiaires de ces aides n'augmente pas significativement entre 2015 et 2020 et la majorité d'entre eux a moins de 65 ans. En 2020, sur les 80 bénéficiaires d'une aide technique, seuls quatre ont plus de 70 ans. Sur les 26 bénéficiaires d'une aide à l'aménagement du logement, un seul a plus de 70 ans. La répartition par catégorie d'âge de ces bénéficiaires n'évolue pas entre 2015 et 2020<sup>16</sup>. Ces données indiquent que les besoins spécifiques des personnes concernées sont davantage liés à leur handicap qu'à leur âge et n'évoluent pas de manière significative avec l'âge.

---

<sup>16</sup> Cf. tableau n° 5 en annexe n° 2.

## **B - Les aides humaines**

Les données relatives à l'orientation vers un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou un service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH) ne permettent pas d'établir qu'il existe un besoin d'accompagnement à domicile non satisfait spécifique aux personnes handicapées vieillissantes. Fin 2021, elles ne représentaient que 43 % des bénéficiaires d'une orientation vers un SAVS et 32 % des bénéficiaires d'une orientation vers un SAMSAH et leur taux de prise en charge effectif par ces services étaient comparables ou supérieur à ceux des bénéficiaires plus jeunes<sup>17</sup>.

La MDPH de la Meuse ne dispose pas de données permettant de mettre en évidence des besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes en lien avec l'avancement en âge des personnes qui les aident à domicile.

## **C - L'existence de situations de maintien à domicile par défaut d'adaptation de l'offre**

Les données relatives aux listes d'attente en établissements médico-sociaux ne permettent pas de mettre en évidence l'existence d'un défaut d'adaptation de l'offre spécifique aux personnes handicapées vieillissantes<sup>18</sup>. En juin 2022, ont une ancienneté de plus d'un an en liste d'attente :

- huit personnes handicapées pour les maisons d'accueil spécialisé (MAS) : 15-19 ans (1), 20-24 ans (2), 30-34 ans (1), 35-39 ans (1), 50-54 ans (1), 60-64 ans (2) ;
- 17 personnes handicapées pour les établissements d'accueil non médicalisé (EANM) : 20-24 ans (9), 25-29 ans (1), 30-34 ans (1), 35-39 ans (3), 50-54 ans (1), 55-59 ans (1), 65-69 ans (1) ;
- six personnes handicapées pour les foyers d'accueil médicalisé (FAM) : 20-24 ans (2), 25-29 ans (1), 45-49 ans (2), 65-69 ans (1) ;
- 32 personnes handicapées pour les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)<sup>19</sup> : 20-24 ans (9), 25-29 ans (4), 30-34 ans (3), 35-39 ans (6), 40-44 ans (2), 45-50 ans (1), 50-55 ans (6), 55-60 ans (1).

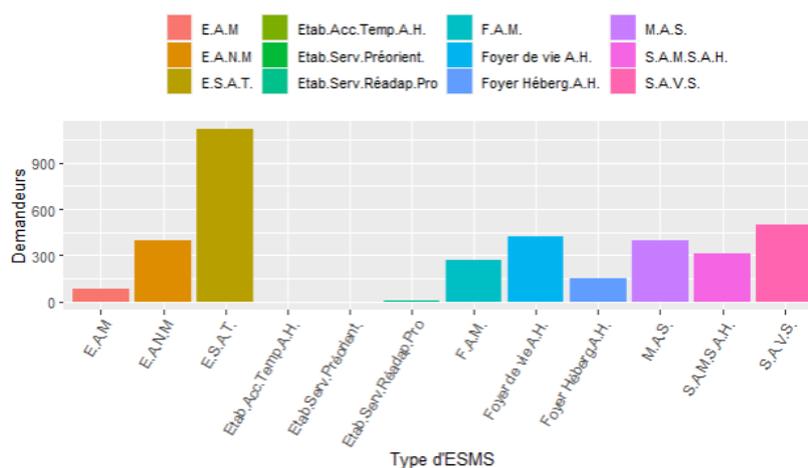
---

<sup>17</sup> Cf. tableau n° 6 en annexe n° 2.

<sup>18</sup> Cf. tableaux n° 7 et 8 en annexe n° 2.

<sup>19</sup> Liste d'attente en ESAT : 48 personnes inscrites sur liste d'attente en 2020 ; 64 personnes inscrites sur liste d'attente en 2021.

**Graphique n° 2 : adultes de plus de 45 ans sur liste d'attente en ESMS dans la Meuse en 2021**



Source : Via Trajectoire, traitement Cour des comptes

Ce constat identifie une inadéquation ou une insuffisance de l'offre en ESAT et en EANM d'une part et d'autre part de l'offre permettant la prise en charge de polyhandicaps complexes qui concerne les jeunes adultes, en particulier ceux qui sont pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, sans identifier de problématique spécifique aux personnes de plus de 45 ans. Les plus jeunes sont davantage pénalisés par l'ordre de la liste d'attente.

Selon l'ARS Grand Est, les sorties des travailleurs en situation de handicap d'ESAT, pour cause de départ à la retraite, sont prévues en nombre relativement important ces prochaines années, permettant ainsi de réduire la liste d'attente. Cependant, aucune estimation chiffrée du nombre de départs potentiels n'est effectuée. Ces départs en nombre doivent être anticipés afin de pouvoir proposer aux personnes handicapées vieillissantes, sorties du dispositif ESAT, une offre de services et d'établissements répondant à leurs besoins et leurs attentes et d'éviter ainsi des ruptures de parcours.

Les données relatives aux personnes bénéficiant d'une aide humaine de plus de 200 heures par mois<sup>20</sup> ne font pas non plus apparaître que le maintien à domicile des personnes âgées vieillissantes fortement dépendantes serait une solution par défaut de places adaptées en établissement. Elles ne représentent que 28 % de ces bénéficiaires en 2021 et cette part a diminué par rapport à 2015.

<sup>20</sup> Cf. tableau n° 10 en annexe n° 2.

Le vieillissement ne constitue pas non plus un facteur aggravant des situations critiques pour lesquelles l'offre disponible ne permet pas de trouver une solution adaptée même de second rang pour les personnes handicapées. La majorité des situations critiques concernent de jeunes adultes<sup>21</sup>.

Chez les personnes handicapées vieillissantes, la difficulté réside toutefois dans la rapidité avec laquelle il convient parfois de devoir trouver ces réponses (aidant familial défaillant par exemple). Entre 2016 et 2021, la majorité des situations dans lesquelles la PCH a été réévaluée en urgence pour adapter la prise en charge concerne des personnes vieillissantes<sup>22</sup>. Quand le maintien à domicile s'est avéré impossible, des solutions ont été trouvées par une orientation en urgence vers un établissement médico-social. Cependant, les orientations en urgence vers ces établissements concernent principalement les jeunes adultes<sup>23</sup>.

Afin de prévenir ces situations, la MDPH effectue une veille spécifique sur les personnes handicapées vieillissantes vivant à domicile avec des aidants âgés, dans le cadre du dispositif « Rétro-actifs » porté par un gestionnaire d'ESMS. Structuré en une plateforme ressource, le dispositif facilite le passage à la retraite des ouvriers d'ESAT, accompagne leur avancée en âge et propose un soutien et du répit aux familles et aidants.

#### **IV - Un diagnostic global inexistant du besoin sur le territoire meusien**

Ni l'ARS Grand Est, ni le département de la Meuse ne disposent d'éléments de diagnostic des besoins non couverts, des perspectives d'évolution ou des zones géographiques de risques identifiés en matière de PSHV. Les seules informations proviennent directement des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes en situation de handicap ou des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui sollicitent des demandes de dérogations d'âge pour les entrées en EHPAD. En effet, l'évaluation du besoin sur le département de la Meuse s'établit principalement par les remontées des établissements accueillant des personnes en situation de handicap qui voient leurs usagers vieillir, et dont les besoins évoluent et peuvent ne plus correspondre à l'accompagnement que les structures leur offrent.

---

<sup>21</sup> Cf. tableau n° 11 en annexe n° 2.

<sup>22</sup> Cf. tableau n° 9 en annexe n° 2.

<sup>23</sup> Cf. tableau n° 12 en annexe n° 2.

Les financeurs « pilotent à vue » en examinant les demandes des ESMS au cas par cas. L'adaptation de l'offre s'effectue au niveau local en fonction des parcours et des spécificités des profils des PSHV, l'ARS se positionnant en accompagnement des initiatives locales.

L'absence d'un diagnostic global des besoins de la population de PSHV préalable à toute prise de décision risque de rendre les mesures décidées par les acteurs institutionnels inadéquates au regard des besoins réels du territoire. La non anticipation des futurs besoins concourt à l'augmentation d'un risque de rupture de parcours de vie.

La mise en place des dispositifs à destination des PSHV doit être accompagnée d'une évaluation visant à mesurer l'efficacité et la pertinence de ces dispositifs sur le territoire meusien.

---

### CONCLUSION

---

*Dans le département de la Meuse, l'analyse détaillée de la situation des personnes handicapées vieillissantes se heurte à des problèmes de disponibilité et de fiabilité des données, notamment l'absence de données permettant une approche par handicap.*

*Le déploiement et l'amélioration de l'utilisation de Via Trajectoire, outil partagé de suivi des orientations en ESMS, ainsi que l'harmonisation des systèmes d'information des MDPH, devraient permettre, à l'avenir, une meilleure connaissance des données populationnelles et des besoins des personnes en situation de handicap.*

*Les personnes en situation de handicap de plus de 45 ans au nombre de 11 433 en 2020 représentent 70 % des personnes disposant d'un droit ouvert à la MDPH de la Meuse.*

*Les données relatives aux listes d'attente en établissements médico-sociaux mettent en évidence une inadaptation ou insuffisance de l'offre en ESAT et en EANM, qui pénalise moins les personnes handicapées vieillissantes que les plus jeunes.*

*Le vieillissement ne constitue pas un facteur aggravant des situations critiques pour lesquelles l'offre disponible ne permet pas de trouver une solution adaptée même de second rang pour les personnes handicapées. La majorité des situations critiques concernent de jeunes adultes.*

---

## Chapitre II

### La gouvernance duale du secteur

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

##### A - Une démarche partagée des acteurs territoriaux

Au niveau territorial, le pilotage des politiques du handicap relève de deux acteurs institutionnels, les ARS<sup>24</sup> et les conseils départementaux<sup>25</sup>.

Ceux-ci doivent définir des stratégies sanitaires<sup>26</sup> et/ou médico-sociales qui s'adressent aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Ils sont par ailleurs en charge de délivrer les autorisations, tarifier et contrôler les établissements et services médico-sociaux (ESMS) qui relèvent de leur compétence exclusive ou partagée. Des prestations médicales (temps de médecin ou d'infirmier par exemple) sont financées par « le forfait soin » versé par l'ARS dans les établissements et services sociaux par ailleurs autorisés et financés par le département.

---

<sup>24</sup> Les agences régionales de santé (ARS), créées par la loi du 21 juillet 2009 dite Hôpital, patients, santé et territoire (HPST), sont des établissements publics autonomes, placés sous la tutelle du ministère des solidarités et de la santé. Elles sont chargées du pilotage régional du système de santé et de la régulation de l'offre de santé pour les secteurs ambulatoires (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées) et hospitalière.

<sup>25</sup> Les conseils départementaux (CD) sont les chefs de file de l'action sociale dans le département. À ce titre, conformément à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF), ils fixent, dans un schéma pluriannuel adopté par leur assemblée délibérante, les axes stratégiques des politiques sociales.

<sup>26</sup> Les projets régionaux de santé (articles L. 1434-1 à L. 1434-13 du code de la santé publique) doivent être cohérents avec la stratégie nationale de santé et respecter les lois de financement de la sécurité sociale.

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 médicalisé (exemple des foyers de vie). La compétence est partagée pour les établissements d'accueil médicalisé (EAM, dénommés précédemment foyers d'accueil médicalisé FAM) mais elle est exclusivement sanitaire (ARS) pour les maisons d'accueil spécialisé (MAS) alors que le public accueilli d'adultes en situation de handicap est sensiblement le même.

## **B - Une organisation peu lisible pour les usagers**

La logique de répartition apparaît complexe pour les usagers, faisant peser un poids important sur les parents de jeunes adultes en situation de handicap confrontés au parcours d'accompagnement dans le temps (jeune adulte - adulte - adulte vieillissant) et à la perte d'autonomie.

La répartition des compétences entre l'ARS et le département complique 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<sup>27</sup> dans le secteur enfant faute de places disponibles dans le secteur adulte. Une situation inéquitable apparaît entre les parents en capacité d'actionner les différentes ressources et réseaux personnels et professionnels et ceux plus démunis face à « ce maquis de dispositifs ».

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 qui 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>28</sup>. En revanche, les foyers d'hébergement qui sont réservés à ces travailleurs sont de la compétence exclusive des départements.

---

<sup>27</sup> L'article 22 de la loi n° 89-18 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.

<sup>28</sup> Bien que non médicalisés, les ESAT dépendent du représentant de l'État en région car ils entrent dans le champ des politiques de l'emploi qui relèvent des compétences de l'État.

La complexité concerne également les services. Ainsi, la distinction des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) de compétence exclusive départementale et des SSIAD (et SSIAD PH) de compétence exclusive ARS n'est pas adaptée à la coordination des interventions autour de la personne âgée ou handicapée. Le regroupement possible de ces services en SPASAD puis SPASAD « intégrés » en 2015 n'est toujours pas majoritaire. Une évolution est à nouveau en cours avec leur remplacement progressif vers des services autonomie à domicile (SAD)<sup>29</sup>.

Cette offre se complète de services (SAVS) qui deviennent des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) lorsqu'ils s'adressent aux personnes handicapées avec une dotation de soin (financement CD/ARS). Certains ont gardé leur ancienne dénomination comme le SAVA (service d'accompagnement à la vie autonome) pour les personnes handicapées. Le service d'accompagnement en milieu ouvert (SAMO) regroupe un SAVS et un SAMSAH.

**Tableau n° 1 : répartition des compétences ARS / CD pour le pilotage des établissements et services medico-sociaux pour adultes**

<i>Nomenclature des handicaps décret du 9/05/17</i>	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>30</sup>	Coût annuel moyen national à la place <sup>31</sup>
<i>MAS</i>	MAS (maison d'accueil spécialisée)	Accueillent des adultes lourdement handicapés dont l'état nécessite le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.	Compétence exclusive ARS Financement Assurance maladie.	83 891 €
<i>EAM (établissement d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées)</i>	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 €

<sup>29</sup> Décret à venir d'ici le 30 juin 2023. Les SSIAD devraient être obligatoirement adossés à un SAAD.

<sup>30</sup> L'ARS est compétente pour la partie soins dans les établissements médicalisés.

<sup>31</sup> Source : CNSA – Synthèse nationale des coûts à la place des ESMS entre 2017 et 2020.

<i>Nomenclature des handicaps décret du 9/05/17</i>	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>30</sup>	Coût annuel moyen national à la place <sup>31</sup>
<i>EANM (Établissement d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées)</i>	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 de handicap par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires,	Compétence exclusive CD Financement : tarif journalier fixé par le CD	7 425 €
	SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)	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.	

<i>Nomenclature des handicaps décret du 9/05/17</i>	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>30</sup>	Coût annuel moyen national à la place <sup>31</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 €
	SAD (service autonomie à domicile)	Conformément à l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 codifié à l'article L. 313-1-3 du CASF et applicable au plus tard le 30 juin 2023, les prestations d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile seront dispensées par des services dénommés services autonomie à domicile (SAD). Un décret devra définir le cahier des charges applicable.	En fonction des missions, compétence ARS et/ou CD.	
	EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)	<b>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 un suivi médical modéré et une aide quotidienne pour effectuer les actes de la vie courante.</b>	<b>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.</b>	42 705 €

Source : chambre régionale des comptes

À cette offre, s'ajoutent des équipes mobiles relevant du secteur sanitaire intervenant à domicile et en établissement, en soutien de ceux-ci, suivant les besoins des personnes.

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

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

Dans le département de la Meuse, les calendriers de leurs documents stratégiques et programmatiques concordent. Le schéma régional de santé Grand Est couvre la période allant de 2018 à 2023 et le schéma départemental de l'autonomie porte sur les années 2018-2022.

Ainsi, en cohérence avec le projet régional de santé (PRS)<sup>32</sup>, élaboré par l'agence régionale de santé, le conseil départemental de la Meuse, par délibération du 22 mars 2018, a défini ses orientations relatives à l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dans le schéma départemental.

Cependant, si les visions, ambitions et objectifs qu'ils portent se rejoignent, les contraintes notamment financières ne sont pas les mêmes. La collectivité départementale dispose d'une plus grande autonomie financière et peut s'engager, sous réserve de sa situation financière, dans des démarches volontaristes alors que l'ARS doit principalement décliner les politiques nationales. Or, il n'existe pas de politique nationale concernant les personnes en situation de handicap vieillissantes ni de crédits fléchés. L'ARS ne peut apporter de financement direct<sup>33</sup> contrairement au département. Les enveloppes de crédits pour personnes âgées et pour personnes handicapées ne sont pas fongibles.

En outre, la politique du handicap est élaborée sans que les regards croisés des acteurs institutionnels soient portés sur les parcours de vie dans leur globalité, à savoir la projection sur les parcours de vie des personnes dès l'enfance jusqu'au vieillissement. La stratégie du handicap fonctionne en silo qui identifie des dispositifs par tranches d'âge sans disposer d'une vision à long terme des situations individuelles.

---

<sup>32</sup> Le projet régional de santé (PRS), élaboré par l'ARS, propose un cadre d'orientation stratégique pluriannuel sur les domaines de la prévention, des soins hospitaliers et ambulatoires et le secteur médico-social. Il répond aux enjeux de réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé et fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux.

<sup>33</sup> Elle peut participer au financement d'un SAMSAH pendant la période d'admission de la personne handicapée vieillissante.

L'organisation de l'ARS ne simplifie pas toujours les relations avec les acteurs du territoire. D'une part, elle est présente dans chaque département par une délégation territoriale de représentation de la direction générale de l'ARS auprès des acteurs locaux et notamment des élus. D'autre part, l'ARS est représentée par de nombreuses directions déclinées en départements fonctionnels dont une direction de l'autonomie (qui comprend les deux départements parcours personnes âgées et parcours personnes handicapées). De son côté, le département de la Meuse anime les territoires grâce à ses douze directions territoriales et ses onze maisons départementales des solidarités et de l'insertion (MDSI)<sup>34</sup> qui réalisent des permanences délocalisées et proposent ainsi une réponse de proximité pour toute la population.

Des instances de coopération permettent de réguler l'activité (conférence départementale des financeurs, commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux ; comité exécutif de la MDPH ; dispositif une réponse accompagnée pour tous et une « communauté 360° »).

### **D - Les financements de l'ARS sont souvent des crédits non reconductibles, et sont inadaptés aux EHPAD qui accueillent des PSHV**

Pour financer les établissements et services dans le secteur du handicap, l'ARS dispose de crédits votés annuellement par le parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), dans le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Les enveloppes budgétaires destinées à l'ARS Grand Est ont progressé de 28 % sur la période 2016 - 2021.

Les crédits non reconductibles, en lien avec la crise sanitaire, ont atteint plus de 61,7 M€ en 2020. Ils ont été multipliés par près de 2,5 entre 2019 et 2020, mais restent non pérennes.

La campagne budgétaire annuelle est déclinée dans le cadre des orientations nationales. Une circulaire budgétaire fixe chaque année les grandes priorités, en déclinaison le cas échéant de stratégies nationales pluriannuelles.

---

<sup>34</sup> Les MDSI de la Meuse ont pour missions de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre sur leur territoire des politiques départementales de solidarité et de développement social. Elles sont chargées d'accueillir le public sur leurs sites, d'écouter les besoins et les attentes des habitants, de les orienter, les accompagner, les conseiller et, le cas échéant, les protéger.

Au niveau régional, ces grandes orientations sont retravaillées et les priorités budgétaires de l'année sont retranscrites par l'ARS dans son rapport d'orientation budgétaire, rendant lisibles aux gestionnaires les axes prioritaires à venir pour l'année et la manière dont l'ARS entend financer les différentes mesures.

En complément de la campagne budgétaire sur l'ONDAM médico-social, l'ARS mobilise chaque année le fonds d'intervention régional (FIR) à l'appui de ses politiques. Ce fonds vise essentiellement sur le champ des personnes en situation de handicap à faire face à des dépenses non pérennes, soutenant les orientations des politiques publiques. Sur la période 2020-2022, 251 855 € de crédits non reconductibles (CNR) ont été octroyés aux ESMS. L'essentiel de ces crédits concernent le secteur enfants et adolescents pour la prise en charge des situations complexes nécessitant notamment un accompagnement spécifique en lien avec des troubles majeurs de la conduite. Ce n'est donc pas la source de financement privilégiée pour la structuration pérenne de l'offre en réponse aux besoins.

Entre 2016 et 2021, 212 places ont été créées, transformées, requalifiées ou obtenues par extension dans l'objectif d'étoffer l'offre de services et d'hébergement médico-sociale existante sur le territoire meusien. Ces modifications du capacitaire concernent à la fois des ESMS qui accompagnent des personnes âgées et ceux qui accueillent des adultes en situation de handicap. Parmi ces 212 places, 90 sont réservées aux personnes handicapées afin de répondre aux besoins d'accompagnement des pathologies liées notamment aux déficiences intellectuelles, psychiques ou à l'autisme dont dix places<sup>35</sup> sont clairement identifiées PSHV et financées à hauteur de 240 862 € par l'ARS. En effet, il s'agit des FAM, à Vassincourt et Clermont-en-Argonne, dont le financement relève à la fois de l'ARS pour la partie « soins », et du département pour la partie « hébergement ».

L'ARS n'apporte pas de crédits directement au financement des unités de vie pour PSHV au sein des EHPAD compte tenu de l'absence de fongibilité des enveloppes destinées aux personnes âgées et aux personnes handicapées et de l'absence de crédits spécifiques délégués par le national. L'accueil des PSHV<sup>36</sup> se fait à moyens constants sans octroi de financements complémentaires. 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.

---

<sup>35</sup> Qui se rajoutent à dix places (FAM de Bar-le-Duc) créées à destination des PSHV avant 2016.

<sup>36</sup> La mise en place d'une unité PSHV en EHPAD, EHPAD La Sapinière à Bar-le-Duc, dans le cadre d'une requalification de 18 places EHPAD « classiques » en places destinées à des PSHV.

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.

L'objectif de l'ARS est de multiplier les réponses pour pouvoir s'adapter aux besoins divers de la personne en situation de handicap vieillissante en utilisant les structures existantes médicalisées ou non.

#### **Point de vigilance : le terme de médicalisation**

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 nulle). 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.

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

La 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 médico-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.

### **1 - Les demandes d'ouverture de droits : un traitement de masse**

La MDPH de la Meuse est un groupement d'intérêt public (GIP) associant le département de la Meuse, l'État, la caisse d'allocations familiales de la Meuse, la caisse primaire d'assurance maladie de la Meuse et la Mutualité sociale agricole Marne Ardennes Meuse. Il est présidé par le président du conseil départemental de la Meuse. Fin décembre 2020, la MDPH prenait en charge 16 294 personnes ayant un droit ouvert aux prestations prévues pour répondre aux situations de handicap, soit 34 % de plus qu'au début de l'année 2016.

En 2021, la CDAPH de la Meuse a rendu 3 143 avis relatifs à des demandes de cartes mobilité inclusion, de transport scolaire ou d'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse et 6 987 décisions concernant 4 644 personnes. Les avis rendus sur l'attribution de cartes mobilité inclusion représentent 30,6 % du total des 10 130 décisions et avis rendus par la MDPH.

### **2 - L'accueil et l'information**

Un accueil de premier niveau est réalisé par la MDPH par téléphone et sur place dans ses locaux. L'accueil de premier niveau est complété si besoin et si les agents concernés sont disponibles par un accueil de second niveau sans rendez-vous. Des accueils délocalisés sur le territoire sont organisés sur rendez-vous dans sept communes du département (Commercy, Étain, Montmédy, Saint-Mihiel, Stenay, Vaucouleurs, Verdun).

Sur la période contrôlée, le nombre d'appels téléphoniques entrant à l'accueil de la MDPH tend à diminuer de 17 906 en 2016 à 15 953 en 2021 tandis que le nombre de contacts par mail est en augmentation (+ 7,8 % entre 2020 et 2021).

Aux termes des articles L. 112-8 et suivant du code des relations entre le public et l'administration (CRPA), les MDPH ont, comme tous les services publics, l'obligation de proposer un téléservice à leurs usagers.

Le déploiement d'un téléservice est également prévu par la feuille de route MDPH 2022.

La MDPH de la Meuse propose depuis mars 2019 le téléservice « MDPH en ligne » mis à disposition par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il permet le dépôt de demandes en ligne, le dépôt de pièces justificatives et le suivi de l'instruction du dossier de l'utilisateur.

Toutefois, il n'est encore que très peu utilisé par les usagers (1,68 % des demandes) et la MDPH n'a pas communiqué sur son déploiement. La MDPH prévoit d'accueillir un volontaire en service civique dont la mission sera d'accompagner les usagers à l'utilisation des outils numériques.

Pour mettre en œuvre la démarche qualité prévue par la convention 2016-2019 entre la CNSA et le département de la Meuse, un autodiagnostic a été réalisé par la MDPH de la Meuse sur la base d'un référentiel de missions et de qualité de service entre avril et juin 2017 et présenté à la commission exécutive en novembre 2017.

À ce titre, plusieurs points d'amélioration ont été relevés par le groupe de travail mis en place par la MDPH et des actions correctives mises en œuvre, dont la réalisation et la diffusion de plaquettes d'information sur la PCH, sur l'ACTP<sup>37</sup> et sur l'affiliation à l'assurance vieillesse, l'amélioration de la liste des services d'aides et d'accompagnement à domicile à disposition du public, la mise en forme d'un contenu d'information sur la retraite anticipée des travailleurs handicapés ou l'intégration progressive des indications relatives aux modalités d'accessibilité aux locaux de la MDPH sur les supports d'information.

---

<sup>37</sup> Pour les personnes qui ont choisi de continuer à percevoir cette prestation après son remplacement par la PCH.

### 3 - L'accompagnement

#### *a) La mise en œuvre de la démarche réponse accompagnée pour tous*

Par délibération du 4 novembre 2016, conformément aux dispositions de la convention 2016-2019 entre la CNSA et le département de la Meuse, la commission exécutive a acté l'engagement de la MDPH dans le dispositif « Réponse accompagnée pour tous », qui s'est traduit par la signature d'une convention d'appui entre l'ARS et la MDPH le 3 mai 2017.

La convention, d'une durée de 24 mois, prévoyait notamment le versement d'une subvention de 100 000 € (50 000 € par an), permettant le financement d'un poste de chargé de mission sur deux ans, dédié à l'accompagnement des parcours des personnes handicapées.

Par délibération du 13 novembre 2018 et grâce à la pérennisation du soutien financier dans les contributions apportées par la CNSA au fonctionnement des MDPH (+ 15 000 € dès 2018, puis + 60 000 € à partir de 2019), un agent administratif a également été affecté à hauteur de 20 % de son temps de travail au suivi administratif des groupes opérationnels de synthèse, à la rédaction de comptes rendus ou de plans d'accompagnement globaux.

#### *b) Les plans d'accompagnement globaux*

Aux termes de l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), « un plan d'accompagnement global est élaboré sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire avec l'accord préalable de la personne concernée [...] 1° en cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ; 2° en cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne ».

Par délibération du 15 novembre 2017, la commission exécutive de la MDPH de la Meuse a souhaité mettre en place des critères de recevabilité des demandes de plans d'accompagnement globaux, en excluant par exemple les saisines de partenaires ne justifiant pas de démarches préalables entreprises au regard de leurs propres obligations légales ou les saisies de personnes n'ayant engagé aucune démarche à la suite de la notification.

Au total, le nombre de plans d'accompagnement globaux mis en place par la MDPH de la Meuse a évolué entre un minimum de huit en 2020 et un maximum de 26 en 2021, parmi lesquels sont cependant comptabilisées les réactualisations des plans signés les années antérieures.

La MDPH fait le constat que la construction de solutions sur mesure est complexe et que l'organisation des groupes opérationnels de synthèse ne permet pas toujours de construire des solutions alternatives, notamment lorsqu'il s'agit de situations individuelles très lourdes à prendre en charge du fait du handicap ou des troubles du comportement associés. En outre, la MDPH relève de manière répétée l'obstacle de la prise en charge financière des transports, plusieurs projets n'ayant pu aboutir du fait d'incertitudes à ce sujet. *A contrario*, la MDPH identifie plusieurs leviers d'action positifs grâce à la mise en place de deux pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) sur le territoire meusien et à la création d'une structure d'hébergement temporaire pour enfants ouverte sur les habituelles périodes de fermeture des instituts médicoéducatifs.

Depuis juin 2020, une « communauté 360° » est en place dans le département de la Meuse, portée par un PCPE. Elle a principalement été sollicitée pour un premier niveau de réponse, d'écoute, de conseil et de réorientation vers un autre service.

#### **4 - L'évaluation des besoins de compensation du handicap**

Conformément à l'article L. 146-8 du CASF, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de la Meuse comprend des membres spécialisés dans l'évaluation des besoins de compensation des enfants, dans l'évaluation des besoins de compensation en matière d'insertion professionnelle et d'insertion sociale des adultes handicapés et dans l'évaluation des besoins de compensation en matière d'accompagnement des besoins au domicile. Ils sont nommés par la directrice de la MDPH. L'un d'entre eux est désigné coordonnateur en charge de son organisation et de son fonctionnement.

L'équipe pluridisciplinaire comprend trois formations respectivement en charge de l'évaluation des besoins de compensation des enfants, de l'évaluation des besoins de compensation en matière d'insertion professionnelle et d'insertion sociale des adultes et de l'évaluation des besoins de compensation en matière d'accompagnement des besoins au domicile.

En 2021, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de la Meuse a réalisé 5 030 évaluations, dont 3 818 uniquement sur dossier. Elle a réalisé notamment 253 évaluations à domicile, 220 consultations médicales, 11 expertises psychiatriques et 528 entretiens téléphoniques. Pour ses évaluations, l'équipe recourt régulièrement au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) proposé par la CNSA, en particulier pour les demandes de prestations de compensation du handicap.

## **II - Des stratégies institutionnelles qui intègrent les PSVH mais ne sont que partiellement mises en œuvre**

### **A - Une problématique des personnes en situation de handicap vieillissantes prise en compte dans des documents stratégiques de l'ARS**

Le PRS, élaboré par l'ARS, propose un cadre d'orientation stratégique pluriannuel sur les domaines de la prévention, des soins hospitaliers et ambulatoires et le secteur médico-social. Il répond aux enjeux de réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé et fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux.

Les deux PRS en vigueur pour la période 2016 - 2021 prennent en compte spécifiquement la question des personnes handicapées vieillissantes et proposent des offres de services adaptés à leurs besoins.

Ainsi, le PRS 2012 - 2017, qui couvre le périmètre géographique de l'ancienne région Lorraine (Meurthe et Moselle, Meuse, Moselle, Vosges), s'intéresse au vieillissement des personnes en situation de handicap. Il retient des possibilités d'adaptation des prises en charge et une évolution des structures d'hébergement. Des équipements adaptés à une meilleure réponse à leurs besoins spécifiques et à leurs choix de vie (dont le maintien à domicile) sont par exemple souhaités. Le PRS encourage les mutualisations et les coopérations entre les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

L'une des quatre priorités du PRS aborde la question du maintien et du développement de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Plus précisément, afin d'accompagner les entrées, les prises en charge et les sorties d'établissements et services d'aide par le travail (ESAT), le projet invite au développement de prises en charge adaptées aux sujétions particulières de certains types de handicap.

Le PRS propose également une évolution de l'offre de services pour les PSHV<sup>38</sup>, par l'amélioration de l'accès aux soins, l'adaptation des établissements à l'évolution de la dépendance et le développement d'une « palette de réponses adaptées et évolutives aux besoins de la personne handicapée ». Ces mesures doivent favoriser l'adaptabilité des accompagnements, notamment de l'articulation domicile travail établissement, et des expérimentations de coordination avec les EHPAD. L'enjeu de l'accompagnement des aidants familiaux, eux aussi vieillissants, est identifié.

---

<sup>38</sup> Orientation 2.6, pp. 142-146.

Le PRS souligne qu'une articulation doit être introduite entre les mesures précitées et le schéma départemental d'organisation médico-sociale.

Le préambule du PRS Grand Est 2018-2028 identifie le vieillissement de la population, fortement marqué dans la région, comme l'un des défis majeurs du 21ème siècle.

Le schéma régional de santé 2018-2023 s'inscrit dans les politiques nationales de santé dont la stratégie nationale de santé arrêtée en 2017, les programmes nationaux d'accès aux soins ou de transformation du système de santé, et répond aux objectifs du cadre d'orientation stratégique du projet régional de santé 2018-2028.

La problématique du handicap adulte est parmi les premières priorités du document stratégique au même titre que le parcours de santé des personnes âgées.

L'une des axes stratégiques (n° 5) du schéma régional de santé 2018-2023 porte sur 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.

Plus précisément, le schéma régional de santé 2018-2023, déclinaison quinquennale du PRS, prévoit, pour la population de plus de 45 ans accueillie en ESMS, de doubler à minima le nombre de bénéficiaires d'un projet spécifique PSHV<sup>39</sup>.

En outre, ce document prévoit d'améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap, conformément à la charte « Romain Jacob »<sup>40</sup>, en poursuivant le recensement des bonnes pratiques, la coordination des acteurs du soin.

Le PRS Grand Est 2018-2028 identifie la question des PSHV et propose une offre en fonction d'une logique de réponse aux besoins et d'un parcours global et coordonné entre les différents acteurs, et non plus en fonction d'une logique de disponibilité de places comme précédemment.

---

<sup>39</sup> Le schéma régional de santé décline l'axe stratégique 5 « 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 dans une logique inclusive », sous axe 2 « accompagner le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive » en un objectif 5 « parmi la population de plus de 45 ans accueillie en établissements et services médico-sociaux, doubler à minima le nombre de personnes bénéficiant d'un projet spécifique personne handicapée vieillissante ».

<sup>40</sup> Rédigée en 2014, la charte « Romain Jacob » impose un accès au droit commun, notamment par rapport à l'accès aux soins, à l'accessibilité, au droit au répit, à l'accès à l'emploi, à l'aide aux aidants ou à l'inconditionnalité de l'accompagnement au quotidien.

L'enjeu de développement de l'offre capacitaire fait écho à l'objectif de réduction du nombre de départs non souhaités de personnes en situation de handicap adultes vers la Belgique. Un indicateur permet de suivre cet enjeu : le ratio de personnes en situation de handicap accueillies en Belgique par rapport à la capacité d'accueil du département d'origine. Une cible est identifiée pour 2023 la diminution du ratio, sans toutefois qu'un objectif chiffré ne soit précisé.

Le schéma invite en outre au repérage, en lien avec les départements et les MDPH, des PSHV à domicile exposées à un risque de rupture du fait, par exemple, de l'évolution de leur état de santé ou de l'évolution de leur environnement familial, relationnel, matériel.

Il incite à l'organisation et à la structuration à l'échelle départementale d'un réseau d'acteurs afin de proposer et de rendre lisible, en proximité, une offre d'accompagnement complémentaire et coordonnée des PSHV. Des passerelles doivent être établies entre les secteurs (social/médico-social) « personnes âgées » et « personnes en situation de handicap ».

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, 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.

Sur la période de contrôle, les PRIAC successifs identifient des créations de places en établissements pour les PSHV en FAM. Le PRIAC 2017 - 2021 prévoit l'extension de quatre places, le PRIAC 2018 - 2022 la création de six places en internat, et le PRIAC 2020 - 2024 la requalification de neuf places en internat. Dix places en services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) doivent être créées.

## **B - Cette réflexion est également portée par le département**

Durant la mandature 2022 - 2028, le département de la Meuse affiche la volonté d'accompagner les personnes âgées et/ou en situation de handicap le plus longtemps possible dans les meilleures conditions. « Le handicap [...] n'est pas l'apanage du vieillissement même si parfois il arrive que l'âge et le handicap se cumulent ».

Il prévoit pour cela le développement d'un habitat adapté au vieillissement de la population et au maintien du domicile, notamment grâce à l'habitat connecté, l'hébergement inclusif pour les seniors et l'habitat partagé.

C'est au titre de ces considérations générales et centrées sur l'habitat que la question des PSHV est abordée.

Par délibération du 22 mars 2018, le conseil départemental de la Meuse a adopté le schéma départemental de l'autonomie 2018 - 2022, document unique réunissant les orientations politiques en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Le schéma est structuré en quatre axes stratégiques, déclinés en 15 fiches.

Ce schéma succède au schéma départemental en faveur des personnes âgées 2009 2014 et au schéma départemental des personnes handicapées 2011-2015. Ces derniers n'ont pas été prolongés par le conseil départemental suite à leur caducité, respectivement en 2014 et en 2015. Aussi, contrairement aux dispositions de l'article L. 312-5 du CASF<sup>41</sup>, aucun schéma départemental ne s'appliquait sur le territoire meusien entre 2015 et 2018.

Le schéma départemental de l'autonomie assure l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants, conformément aux dispositions du CASF<sup>42</sup>.

En optant pour un schéma unique, le département poursuit l'objectif d'une politique globale de développement social local et renforce en conséquence la convergence des politiques personnes âgées et en situation de handicap. Cela lui permet d'identifier des enjeux au croisement de ces deux politiques publiques et de mettre en avant la singularité des PSHV.

Il est précisé que la notion de PSHV n'est définie que par la précision d'un âge plancher de 40 ans.

Le schéma dresse le bilan de la mise en œuvre du précédent schéma départemental pour les personnes handicapées 2011 - 2015. Si le « bon travail partenarial » pour tenter d'apporter des réponses à la problématique du vieillissement des personnes en situation de handicap est souligné, l'absence d'offre dédiée aux PSHV est pointée comme une faiblesse<sup>43</sup>. Deux attentes sont en conséquence formalisées, la mise en place de solutions innovantes, alternatives et souples, pour répondre aux besoins des PSHV et l'anticipation du vieillissement des travailleurs en situation de handicap. Le bilan souligne également l'absence de réponse de prises en charge en établissement dédiées aux PSHV<sup>44</sup>.

---

<sup>41</sup> Article L. 312-5, 4° du CSF : « les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil départemental [...] ».

<sup>42</sup> Cf. article L. 312 5 du CASF.

<sup>43</sup> Cf. bilan axe 1 accompagner la personne en situation de handicap tout au long de la vie, sous axe « favoriser la bientraitance pour les personnes en situation de handicap vieillissantes en établissant en prônant une adaptabilité permanente de leur projet de vie », p. 102 et suivantes du schéma départemental de l'autonomie 2018 - 2022.

<sup>44</sup> Cf. bilan axe 2 les actions en faveur des personnes âgées en établissement, sous axe « développer des formes de prise en charge en établissements qui répondent à un

En conséquence, afin d'améliorer la réponse aux besoins spécifiques de certains publics (axe n° 3), une fiche<sup>45</sup> dédiée à l'accompagnement des PSHV est proposée dans le schéma départemental<sup>46</sup>. Elle fait partie des sept fiches classées en priorité une.

D'après le constat posé, l'offre spécifique aux PSHV est très limitée sur la Meuse. « Lorsqu'elles sont dans des établissements pour personnes en situation de handicap, la prise en charge de ces personnes est compliquée car, avec l'avancée en âge, elles n'ont plus les mêmes besoins que les autres résidents. [...] L'intervention des équipes mobiles (psycho gériatrie notamment) permet d'apporter un soutien aux structures et de pallier le manque de solutions intermédiaires. Ces interventions doivent être développées ».

Quatre actions sont proposées : la poursuite de la formation du personnel des ESMS et des équipes mobiles pour la prise en charge du public PSHV, l'intervention d'équipes mobiles spécialisées au sein des ESMS, l'encouragement aux mutualisations et aux partenariats entre structures (personnels, activités communes, etc.), le développement des unités PSHV dans les établissements existants (secteurs personnes âgées et personnes en situation de handicap). Un indicateur de suivi chiffré est prévu pour chaque action.

Le schéma départemental ambitionne par ailleurs une meilleure adaptation de l'offre d'hébergement, de services et d'accompagnement aux besoins des publics (axe n° 2), dont les PSHV, en veillant aux logiques de parcours et à la préparation des transitions<sup>47</sup>.

Pour autant, les bilans des précédents schémas départementaux identifiaient davantage de besoins et d'attente pour ce public. À titre illustratif, les actions non, ou partiellement, mises en œuvre des précédents schémas ne sont pas poursuivies, à l'instar de l'anticipation du vieillissement des travailleurs en situation de handicap. La question du repérage des PSHV à domicile, exposés à un risque de rupture, n'est plus abordée dans le schéma départemental de l'autonomie.

Alors que le PRS 2018 2028 souligne de manière plus directive la nécessaire organisation et structuration d'un réseau d'acteurs à l'échelle du département, le schéma départemental 2018 - 2022 encourage les mutualisations et les partenariats entre structures.

---

*objectif global de bientraitance* », p. 112 et suivantes du schéma départemental de l'autonomie 2018 2022.

<sup>45</sup> Cf. fiche n° 10 « *mieux accompagner les personnes en situation de handicap vieillissantes* », p. 79 et suivantes du schéma départemental de l'autonomie 2018 2022.

<sup>46</sup> Cf. annexe n° 3.

<sup>47</sup> Cf. fiche action n° 7 « *adapter l'offre d'hébergement aux besoins des usagers* », p. 73 et suivantes du schéma départemental de l'autonomie 2018 2022.

## **C - Les conventions pluriannuelles entre la CNSA, le département et la MDPH développent des politiques spécifiques liées au handicap**

L'article L. 223-15 du code de la sécurité sociale prévoit « qu'une convention pluriannuelle signée entre la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le département fixe leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ». Elle détermine également « le versement du concours relatif au fonctionnement des maisons départementales prévu à l'article L. 223 8 du code de la sécurité sociale, tenant compte d'objectifs de qualité de service et du bilan de réalisation des objectifs antérieurs » et « des objectifs de qualité ».

Sur la période contrôlée, deux conventions ont été signées entre la CNSA et le département de la Meuse, la première en 2016 pour la période 2016-2019, prorogée par avenant pour l'année 2020, et la deuxième en 2020 pour la période 2021-2024.

### **1 - La convention 2016-2019 entre la CNSA et le département de la Meuse**

Dans le prolongement des conférences nationales du handicap du 11 décembre 2014 et du 19 mai 2016, la convention 2016-2019 signée par la CNSA et le département de la Meuse décline notamment les orientations retenues par la CNSA pour moderniser le fonctionnement des MDPH.

Les dispositions relatives à la MDPH de la Meuse prévoient qu'elle doit promouvoir la qualité, l'efficacité et l'équité de traitement dans le service rendu aux personnes handicapées, notamment par :

- la mise en œuvre d'une démarche de suivi de la qualité de service ;
- la mise en place d'un système de suivi de la satisfaction des usagers ;
- la déclinaison de la démarche de réponse accompagnée pour tous, notamment en déployant le dossier d'orientation permanent ;
- la convergence des systèmes d'information ;
- la mise en œuvre d'un suivi des orientations en établissements médico-sociaux ;
- la mise en place d'un suivi renforcé de l'allocation adulte handicapé (AAH).

## **2 - La convention 2021-2024 entre la CNSA, le département de la Meuse et la MDPH**

Conformément aux orientations de la conférence nationale du handicap du 11 février 2020, la convention 2021-2024 signée par la CNSA et le département de la Meuse prévoit la mise en place des mesures de simplification des démarches, notamment par l'augmentation de l'attribution de droits sans limitation de durée et la maîtrise des délais de traitement, la poursuite du déploiement des évolutions informatiques, notamment du module de suivi des décisions d'orientations, et la construction d'une stratégie de planification de l'offre.

Par délibération de la commission exécutive du 3 novembre 2020, la commission exécutive de la MDPH a donné un avis favorable à la signature de la nouvelle convention pluriannuelle.

Cet engagement s'est traduit par la cosignature par le représentant du GIP d'une feuille de route stratégique et opérationnelle, approuvée en avril 2022 par le conseil départemental de la Meuse sur avis favorable de la commission exécutive de la MDPH.

La feuille de route opérationnelle prévoit de mettre en œuvre des actions visant à mieux connaître le public dont les besoins ne sont pas couverts, à mieux coordonner les acteurs dans les territoires pour renforcer l'accompagnement personnalisé et à garantir la participation et l'information effective des personnes handicapées, notamment par la mise en place d'un téléservice. Elle prend en compte les spécificités de la MDPH de la Meuse. Les orientations nationales relatives à la territorialisation des services prévues par les orientations nationales « MDPH 2022 » ne sont pas retenues compte tenu des faibles effectifs de la MDPH et de l'étendue du territoire. Elle prévoit également des actions correctives pour renforcer l'attractivité des métiers de la MDPH de la Meuse.

## **D - La négociation des CPOM, outil de déclinaison des stratégies de l'ARS et du département, a été retardée par la crise sanitaire**

Le CPOM est un outil de déclinaison du PRS et des schémas départementaux. Il fixe des objectifs de qualité et d'efficacité, en contrepartie de perspectives pluriannuelles sur le financement des établissements.

Trois arrêtés, du 13 mars 2018, du 5 mars 2019 et du 17 janvier 2020, fixent la programmation des signatures des CPOM des ESMS relevant de la compétence tarifaire conjointe de l'ARS et du département.

Cette programmation n'est pas respectée. Selon les données de l'ARS, sur les 572 organismes gestionnaires médico-sociaux de la région Grand Est, 29 % des organismes ont conclu un CPOM avec l'ARS Grand Est au 31 mars 2022. Ces 164 organismes gestionnaires représentent 45 % des établissements, services sociaux ou médico-sociaux de la région (628). Le nombre de CPOM signés dans le département de la Meuse est faible : un CPOM conclu par une structure qui accueille des personnes handicapées et trois CPOM signés par des structures de prise en charge des personnes âgées pour un total de 33 organismes gestionnaires. Pour les structures ESMS signataires des CPOM, des fiches actions traitant de l'accompagnement des PSHV visent à :

- améliorer et adapter l'accompagnement des PSHV<sup>48</sup> ;
- former les personnels dans le cadre de cet accompagnement spécifique ;
- intégrer l'accompagnement des PSHV dans le projet d'établissement de la structure ;
- organiser l'accompagnement spécifique des travailleurs en situation de handicap.

Pourtant, l'inspection générale des affaires sociales relevait<sup>49</sup> qu'en 2019, pour le secteur « personne en situation de handicap », 55,3 % des 921 FAM de France étaient conventionnés.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 fixe au 31 décembre 2021 la date limite de conclusion d'un CPOM avec ces établissements et services.

Néanmoins, constatant « un retard important dans la mise en œuvre [...] s'expliquant à la fois par l'ampleur de l'impact de la démarche de contractualisation sur le secteur médico-social et aussi par la crise sanitaire », une instruction du ministère des solidarités et de la santé, du 16 novembre 2021, demande aux directeurs généraux des ARS de desserrer le calendrier de trois ans et de repousser l'échéance au 31 décembre 2024.

L'absence de conventionnement pour la grande majorité des organismes gestionnaires meusiens ne permet pas d'apprécier le contenu des objectifs pluriannuels, décrits en annexe des CPOM, assignés à chaque ESMS. Il n'est dès lors pas possible d'apprécier si la question des PSHV est prise en compte et comment elle est envisagée.

---

<sup>48</sup> À titre d'illustration : créer une unité dédiée PSHV au sein du FAM de Verdun – résidence de la Fontaine.

<sup>49</sup> Rapport de l'inspection générale des affaires sociales de mai 2021 (2021 010R) « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap – des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico sociaux », p. 167.

---

**CONCLUSION**

---

*Dans le département de la Meuse, les schémas sanitaires et médico-sociaux ont identifié la nécessité d'adapter l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes en s'appuyant sur des besoins identifiés par les ESMS.*

*Mais le partage de la gouvernance des politiques locales du handicap entre l'ARS et le département et la répartition des compétences complexifie le pilotage, la lisibilité et la coordination des dispositifs.*

*La négociation des CPOM des ESMS meusiens, retardée par la crise sanitaire, ne permet pas d'apprécier le niveau de la prise en charge de la question des PSHV par les organismes gestionnaires.*

*Les moyens financiers importants alloués aux politiques du handicap ne ciblent pas (ARS) ou peu les personnes en situation de handicap vieillissantes.*

---

# **Chapitre III**

## **Face aux besoins en hausse, des possibilités d'accueil et d'offre médicale insuffisantes**

### **I - Une population de personnes en situation de handicap en augmentation**

Le nombre de personnes ayant un droit ouvert a augmenté régulièrement jusqu'en 2019. Toutefois il s'est stabilisé en 2021 pour atteindre 16 132 (+ 8 % entre 2016 et 2021). Le nombre de droits ouverts par personne augmente fortement à partir de 2019 (+ 17 % entre 2016 et 2021), en lien avec la mise en production de « SI-MDPH », et le nombre de droits ouverts s'élève à 36 107 en 2021.

Le nombre de personnes de plus de 60 ans ayant un droit ouvert est passé de 7 052 en 2019 à 6 180 en 2021. La diminution de ces effectifs est liée au nettoyage des bases par requêtage automatique du système national de gestion des identifiants qui a accompagné la mise en production du nouveau système d'information.

En 2021, les droits ouverts portent majoritairement sur la reconnaissance de qualité de travailleur handicapé – RQTH – (20 %), les CMI invalidité (16 %) et stationnement (12 %) et l'allocation adulte handicapé (13 %). Depuis 2016, ces droits ont cependant connu des évolutions sensiblement différentes. Le nombre de RQTH a crû de 19 %, celui d'AAH de 16 %, tandis que les CMI stationnement n'ont augmenté que de seulement 7 % et que les CMI invalidité ont diminué de 5 %.

Le nombre de demandes déposées est en diminution depuis 2016 du fait de l'allongement de la durée de validité des décisions prises et de la crise sanitaire en 2020.

Le déploiement des droits à vie rendu possible à partir de 2019 fait partie de la feuille de route MDPH 2022 et fait l'objet d'un suivi spécifique dans le baromètre des MDPH tenu par la CNSA. La MDPH de la Meuse affiche un taux d'attribution sans limitation de durée de l'AAH concernée de 78 % au dernier trimestre 2021 pour 65 % au niveau national. Ce taux était de 38 % seulement en 2018 et a donc connu une très forte augmentation. L'écart entre la MDPH de la Meuse et la moyenne nationale est similaire sur les autres prestations concernées.

## II - Une offre qui s'étoffe, mais insuffisante pour éviter des départs vers des territoires limitrophes du département, même si ces derniers sont limités

### A - Le taux d'équipement du département de la Meuse pour l'accueil des adultes en situation de handicap est supérieur aux moyennes régionale et nationale

Dans le schéma départemental de l'autonomie, le département fait le constat qu'au 31 décembre 2015 les taux d'équipement<sup>50</sup> en FAM et en foyers de vie en Meuse sont en deçà des moyennes régionales et nationales.

Le taux d'équipement pour les MAS fait exception, il est supérieur de 0,3 point au taux recensé en région Grand Est.

**Tableau n° 2 : taux d'équipement au 31 décembre 2015**

<i>En %</i>	<b>Meuse</b>	<b>Région</b>	<b>France métropolitaine</b>
<i>FAM</i>	0,5	0,7	0,8
<i>Foyers de vie</i>	1,4	1,4	1,5
<i>MAS</i>	<b>1,3</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>

*Source : schéma départemental de l'autonomie (état des lieux) d'après la DREES, Finess et l'Insee, estimation de population*

<sup>50</sup> Taux d'équipements en référence pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans.

Cette situation semble s'améliorer puisque, au 31 décembre 2019, le taux d'équipement du département de la Meuse pour l'accueil des adultes en situation de handicap est supérieur aux moyennes régionale et nationale.

**Tableau n° 3 : taux d'équipement en établissements d'hébergement pour adultes en situation de handicap au 31 décembre 2019**

En %	Meuse	Région	France métropolitaine
Taux d'équipement en places d'accueil spécialisé pour adultes en situation de handicap	1,7	1,1	1,0
Taux d'équipement en places d'accueil médicalisé pour adultes en situation de handicap	0,9	0,8	0,9
Taux d'équipement en places dans les foyers de vie (inclut les foyers occupationnels)	2,0	1,6	1,8

Source : ARS Grand Est Statiss 2020 (statistiques et indicateurs de la santé et du social) d'après des données DREES, Finess ; Insee, estimation de population 2020

Au 1<sup>er</sup> novembre 2017, 783 personnes en situation de handicap de plus de 40 ans disposent d'une orientation vers un établissement ou un service médico-social, soit une augmentation de 19,9 % depuis 2010. Certains disposent d'une double orientation puisqu'à la même date 890 droits sont ouverts.

**Tableau n° 4 : nombre de personnes en situation de handicap de plus de 40 ans disposant d'une orientation vers un ESMS, entre 2010 et 2017, par tranches d'âges**

	Au 1 <sup>er</sup> novembre 2010	Au 1 <sup>er</sup> novembre 2014	Au 1 <sup>er</sup> novembre 2017
40-49 ans	237	290	312
50-59 ans	258	328	345
60-69 ans	145	126	116
70 ans et plus	13	8	10
<b>Total</b>	<b>653</b>	<b>752</b>	<b>783</b>

Source : département de la Meuse

Les droits ouverts des personnes en situation de handicap de plus de 40 ans le sont majoritairement auprès des ESAT (40,4 %), en foyer de vie (25,7 %) et en MAS (16,9 %).

Sur ces droits prononcés par la CDAPH, certains ne sont pas réalisés, c'est à dire que les personnes n'entrent pas en établissement. Les motifs de non réalisation sont variés, sans que le département ne sache préciser leur occurrence : un positionnement sur liste d'attente, un classement sans suite du fait d'un refus de la part d'un bénéficiaire, de sa famille ou de l'établissement, une sortie du dispositif (par exemple, démission de l'ESAT), etc.

**Tableau n° 5 : orientation des 890 droits ouverts des personnes en situation de handicap de plus de 40 ans, par tranches d'âges, au 1<sup>er</sup> novembre 2017**

	ESAT	FH	SAVS	Foyer de vie	FAM	MAS	Total
40-49 ans	182	24	6	76	24	40	352
50-59 ans	160	18	22	106	24	72	402
60-69 ans	18	3	2	44	25	34	126
70 ans et plus	0	0	0	3	2	5	10
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>45</b>	<b>30</b>	<b>229</b>	<b>75</b>	<b>151</b>	<b>890</b>

Source : département de la Meuse

Ces données de 2017, issues de la préparation du schéma départemental de l'autonomie, n'ont pas été actualisées depuis par le département de la Meuse.

Les ESMS et les lieux de vie et d'accueil définis par l'article L. 312-1 du CASF ne peuvent pas être créés librement, une autorisation préalable de l'autorité compétente est nécessaire. La programmation est prévue dans les PRIAC.

Entre 2010 et 2020, le nombre de places en établissements pour personnes en situation de handicap et en EHPAD unité PSHV est passé de 562 à 668 (106 places supplémentaires), soit une évolution de 15,9 %. La progression est plus importante sur la période 2015-2020 (+ 10,9 %) que sur la période 2010-2015 (+ 7,1 %).

La progression la plus importante sur la période 2010-2020 concerne le nombre de places de SAVS, + 73 %. Le département a ouvert 120 places entre 2010 et 2020, dont 115 depuis 2015. Cette orientation explique, à l'inverse, la diminution de moitié des places en foyer d'hébergement (64 places au 31 décembre 2020).

Les places en FAM ont également été augmentées de 64 % sur la période 2010-2020, le département en compte 77 au 31 décembre 2020. Dans le cadre des PRIAC, des opérations d'extensions et de créations de

places (par exemple, PRIAC 2017-2021 extension de quatre places à Vassincourt<sup>51</sup>, PRIAC 2019-2023 création de six places en internat à Clermont-en-Argonne<sup>52</sup> en 2020) ont été menées à destination spécifiquement des PSHV.

Même si le département compte peu de places d'hébergements temporaires au sein des foyers de vie et des FAM<sup>53</sup>, l'offre a progressé de 55,6 % depuis 2010.

Au 31 décembre 2020 le département de la Meuse dispose de 668 places à destination des personnes en situation de handicap susceptibles d'accueillir des PSHV. En l'état des données à disposition des services du département, il n'est pas possible de connaître l'âge des personnes qui les occupent.

Depuis 2021, l'offre à destination des PSHV s'est enrichie de la création de 12 places labellisées PSHV en EHPAD (Hannonville-sous-les-Côtes), d'une unité PSHV en EHPAD (Bar-le-Duc<sup>54</sup>) par requalification de 18 places existantes et l'ouverture de 10 places de SAMSAH.

De plus, 55 places en habitat inclusif doivent être créées sur sept ans, dont 25 places dès 2023. À terme, ces places doivent permettre la réorientation des personnes actuellement en FAM, libérant ainsi des places pour l'accueil de nouveaux résidents (principalement de jeunes adultes). Le département estime par ailleurs la charge financière d'une place en habitat inclusif à 21 € par jour (7 500 € annuel) contre 120 € dans un foyer de vie ou entre 140 et 150 € dans un FAM.

---

<sup>51</sup> Le FAM de Vassincourt a quatre places identifiées personnes âgées sur les 11 installées. L'accompagnement au quotidien dès 2020 a été repensé et adapté du fait de l'évolution de l'état de santé des résidents et du vieillissement observé.

<sup>52</sup> Cette transformation des six places du FAM de Clermont-en-Argonne fait suite à un appel à projet de 2014 pour une création de 23 places au total sur le département de la Meuse et principalement sur le nord meusien qui est démuné de places. Leur mise en œuvre a été effective en 2020 après quelques travaux d'aménagement. Ces six places ont été identifiées PSHV. Ce FAM est adossé à un FAS afin de faire la transition aisément entre les deux structures. Les activités sont communes.

<sup>53</sup> Au 31 décembre 2020, ces établissements comptent 278 places dont 14 en hébergement temporaire.

<sup>54</sup> La mise en place d'une unité PSHV en EHPAD (EHPAD La Sapinière à Bar-le-Duc), correspond à la requalification de 18 places EHPAD classiques en 18 places PSHV. Une convention partenariale a été mise en place afin d'assurer une prestation d'accompagnement de ces personnes par un gestionnaire de structures pour personnes en situation de handicap et notamment par un professionnel formé à cette prise en charge. Le coût de cette prestation demandée au travers du dossier appel à projets intitulé « évitement des départs des adultes vers la Belgique » en 2020 était de 50 000 €. À ce jour, aucun crédit n'a été délégué, ni à l'EHPAD, ni à l'organisme gestionnaire délivrant la prestation d'accompagnement.

**Tableau n° 6 : évolution du nombre de places en ESMS  
pour personnes en situation de handicap autorisées  
par le département de la Meuse entre 2010 et 2020**

<i>Nombre de places</i>	<b>Au 31/12/2010</b>	<b>Au 31/12/2015</b>	<b>Au 31/12/2020</b>	<b>Évolution 2010-2015</b>	<b>Évolution 2015-2020</b>	<b>Évolution 2010-2020</b>
SAVS	165	170	285	5	115	120
SAMSAH	0	0	10	0	10	10
<i>Accueil de jour PH</i>	28	31	31	3	0	3
<i>Foyer d'hébergement</i>	135	135	64	0	- 71	- 71
<i>dont hébergement temporaire</i>	3	3	3	0	0	0
<i>Foyer de vie et EANM</i>	187	189	201	2	12	14
<i>dont hébergement temporaire</i>	6	7	9	1	2	3
<i>Foyer d'accueil médicalisé</i>	47	77	77	30	0	30
<i>dont hébergement temporaire</i>	3	4	5	1	1	2
<i>EHPAD</i>	1 737	1 893	1 925	156	32	188
<i>dont hébergement temporaire</i>	35	40	45	5	5	10
<i>dont accueil de jour en EHPAD</i>	37	45	45	8	0	8
<i>Pour les EHPAD, part des places labellisées PSHV</i>			0	0	0	0
<b>Total places en ESMS PH + EHPAD PSHV</b>	<b>562</b>	<b>602</b>	<b>668</b>	<b>40</b>	<b>66</b>	<b>106</b>

Source : département de la Meuse, retraitement CRC

## **B - Quelques personnes accompagnées par le département sont accueillies dans des établissements hors de son périmètre**

Selon les dispositions de l'article L. 122-1 du CASF, « les dépenses d'aide sociale prévues à l'article L. 121-1 sont à la charge du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours ». Les articles suivants définissent les règles applicables au domicile de secours.

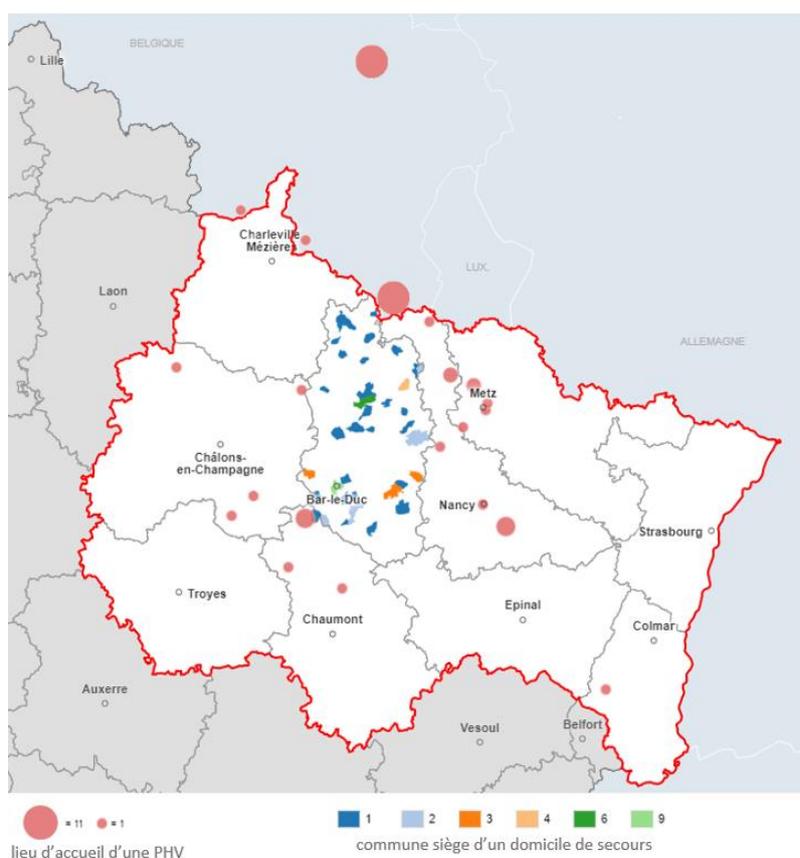
Au 31 décembre 2021, le département accompagne 67 PSHV qui déclarent un domicile de secours dans le département et sont accueillies dans un établissement situé hors du département. Elles ont entre 45 et 84 ans.

Parmi elles, 42 % sont en Belgique, 37 % dans les autres départements de la région et 21 % sur le reste du territoire métropolitain.

Plus globalement, près de 80 % des PSHV prises en charge hors de la Meuse le sont dans les territoires frontaliers du département.

Le département n'a pas analysé les causes ni les raisons de ces départs qui ne font pas l'objet d'un suivi spécifique par ses services.

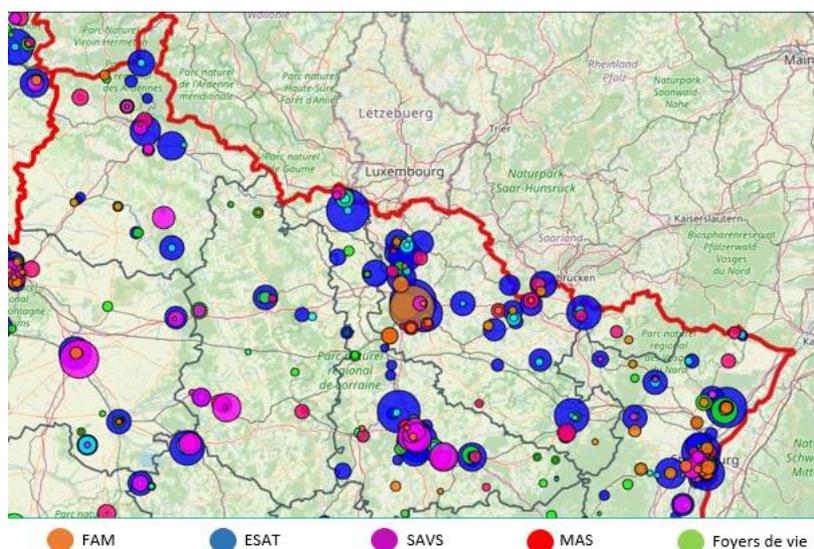
### Carte n° 1 : répartition en région et en Belgique des personnes handicapées vieillissantes prises en charge par le département de la Meuse (en 2021)



Source : CRC d'après les données du département de la Meuse

Néanmoins les places en ESMS pour adultes en situation de handicap sont nombreuses dans les départements limitrophes.

### Carte n° 2 : offre de places en ESMS pour adultes en 2021 sur le volet Nord du territoire du Grand Est



Source : Handidonnées Grand Est d'après la base FINISS

## C - Des dispositifs sont mis en œuvre pour prévenir les départs non souhaités des personnes en situation de handicap

Au 31 décembre 2021, 76 adultes<sup>55</sup> en situation de handicap, dont le domicile de secours est déclaré en Meuse, sont accueillis dans des ESMS en Belgique. Les raisons de ces départs ne sont pas connues et il n'est pas possible de savoir si ces départs sont souhaités ou subis.

Dans une étude<sup>56</sup> réalisée en 2015, l'ARS Lorraine pointe les principales raisons, outre les facilités linguistiques, qui peuvent déterminer le choix des familles ou des tuteurs pour le placement en Belgique. Est ainsi relevé le fait que l'offre d'accompagnement en France peut être insuffisante pour certaines prises en charge, par exemple pour les personnes avec des déficiences psychiques sévères avec une orientation en MAS ou les personnes avec des troubles spécifiques de l'autisme

<sup>55</sup> Selon les données de l'ARS Grand Est, 25 sont accueillis en MAS, deux en FAM et 49 en FAS.

<sup>56</sup> Étude sur la prise en charge des enfants et adultes en situation de handicap lorrains pris en charge dans un établissement en Belgique, réalisée en juin 2015 par l'agence régionale de santé Lorraine.

Elle note que la manière d'appréhender le handicap en Belgique, différente de celle pratiquée en France, semble être davantage appréciée par les familles. Les établissements ne sont pas segmentés (âge, type de handicap et statut) et peuvent regrouper des personnes sous différents statuts. La souplesse de l'organisation belge en sections « enfants » et « adultes » dans un même établissement est un élément attractif.

Les ESMS belges accueillent par ailleurs des personnes avec des handicaps psychiatriques sévères alors qu'en France, ces personnes sont généralement hospitalisées.

L'étude établit un lien de causalité entre l'émergence de nombreux établissements en Belgique et le faible taux d'équipements des territoires français limitrophes, à l'instar du territoire meusien. Elle conclut que « le manque de places en France est un élément important, tout comme l'approche belge du handicap, mais l'élément décisif semble être la prédominance des établissements belges à la frontière, proche de territoires sous-équipés ».

L'ARS estime que, au 31 décembre 2018, 806 personnes en situation de handicap originaires de la région sont accueillies au sein d'établissements belges, soit 42 adultes supplémentaires par rapport à 2017. Le flux annuel représente environ 50 personnes par an. Elle ne différencie pas les données pour chaque département de la région, ce qui ne permet pas de connaître avec précision celles de la Meuse.

Fort de ces constats, l'ARS a publié en 2020 un appel à manifestation d'intérêt (AMI) pour financer des projets contribuant à réduire le nombre de départs non souhaités de personnes en situation de handicap adultes vers la Belgique. Sans que le cahier des charges ne soit accompagné d'un diagnostic chiffré, l'ARS projetait, à titre indicatif, un financement de 11 M€ pour le Grand Est pour 297 réponses, dont 941 000 € pour le territoire meusien (soit 8,6 % de l'enveloppe financière globale), correspondant à la création de 27 offres d'accompagnement (dont 20 places en SAMSAH et six en MAS).

En facilitant l'organisation de parcours adaptés aux besoins d'accompagnement et de soins, l'AMI entend « réduire d'au moins un tiers le nombre de situations sans solution stable ». Le *ratio* de personnes en situation de handicap accueillies en Belgique par rapport à la capacité d'accueil du département d'origine constitue l'un des indicateurs de mesure de l'atteinte de cet objectif, conformément aux attentes fixées par le PRS.

Pour la Meuse, trois projets ont été sélectionnés par l'ARS, le département et la MDPH. Ils sont portés par deux ESMS. Ils consistent en la création d'une plateforme d'offre de services médico sociaux avec la modularité d'accueils permanents et temporaires, d'une équipe mobile d'accompagnement médico social (dispositif « Respir ») et la création de 10 places de SAMSAH, par transformation, correspondant à l'accompagnement en file active de 15 personnes. Les financements notifiés avoisinent 0,5 M€ pour une année pleine.

**Une équipe mobile d'accompagnement médico social :  
le dispositif « Respir »**

Le projet de l'équipe mobile d'accompagnement médico-social est adossé au projet de service de la maison d'accueil spécialisé (MAS) et au projet d'établissement d'un établissement public social et médico-social autonome, intitulé services et établissements publics d'inclusion et d'accompagnement Argonne Meuse (SEISAAM).

L'équipe mobile permet d'accompagner des personnes adultes en situation de handicap bénéficiant d'une reconnaissance de la MDPH et s'adresse essentiellement à un public pouvant relever d'un accueil en FAM ou MAS.

L'équipe mobile propose une diversification des réponses apportées aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants sur le territoire meusien. Elle permet la création d'une plateforme innovante d'offre de services médico-sociale. Cette plateforme favorisera notamment la mise en œuvre de prestations modulables à domicile, «à la carte» et évolutives, visant à rendre l'accompagnement des personnes plus inclusif et à venir en soutien des aidants.

L'accompagnement par l'équipe mobile peut être assuré sept jours sur sept, de jour comme de nuit. L'offre de service est singulière et est assurée par une équipe pluridisciplinaire à travers le projet personnalisé prenant en considération l'histoire individuelle et familiale de la personne et les aspects de sa vie sociale, affective et relationnelle. Des activités adaptées aux besoins et aux attentes des personnes accompagnées sont proposées (stimulations physiques ou cognitives, socialisation, ouverture sur l'environnement, etc.). Les activités ou le soutien s'inscrivent dans le projet personnalisé.

L'équipe mobile a été effectivement mise en service au 1<sup>er</sup> octobre 2021. Les professionnels sont au nombre de six pour assurer l'accompagnement en fonction des besoins identifiés de la personne et de son aidant. Ils interviennent trois à quatre heures par semaine pour chaque situation. L'équipe mobile échange régulièrement avec une équipe pluridisciplinaire afin de faire le point sur les situations et de réajuster l'accompagnement. Les personnes accompagnées sont au nombre de sept et sont âgées entre 31 ans et 55 ans.

Le SEISAAM est invité à établir un bilan de l'efficacité et de l'efficacité du dispositif « Respir » mis en service en octobre 2021.

Les projets sélectionnés ne répondent que partiellement aux besoins estimés pour le territoire meusien. Deux places de MAS<sup>57</sup> ont été créées au 1<sup>er</sup> septembre 2021 alors que le département compte 14 personnes en liste d'attente à la fin de l'année 2021. Seules 10 places de SAMSAH sont créées au lieu des 20 projetées.

L'absence d'une étude précise des besoins des PSHV meusiennes ne permet pas d'apprécier la pertinence des solutions proposées pour prévenir les départs vers la Belgique.

<sup>57</sup> La MAS du centre hospitalier de Commercy.

### III - Un accès aux soins inégal et difficile

Les difficultés du département dans l'accompagnement des PSVH, qu'ils résident en établissement ou à domicile, sont accentuées par les faiblesses de l'offre médicale.

La densité de professionnels de santé libéraux, généralistes et spécialistes, est faible dans la Meuse. De plus, une répartition inégale sur le territoire de ces professionnels est constatée. Les enjeux autour de la démographie médicale, notamment en zone rurale, et de l'accès aux soins pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap sont donc présents. Par ailleurs, les difficultés d'accès aux soins sont renforcées pour les personnes présentant des handicaps lourds ou des troubles du spectre autistiques (TSA) aussi bien à domicile qu'en établissement.

Les territoires les plus touchés par un faible niveau d'accessibilité aux soins se trouvent dans le nord meusien : Stenay, Montmédy, Boulogny, communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP)<sup>58</sup>.

**Tableau n° 7 : évolution de l'offre de soins en Meuse**

<i>Professionnels de santé</i>	2006	2011	2016	2021
<i>Médecins généralistes</i>	163	157	146	130
<i>Dentistes</i>	68	67	72	72
<i>Infirmières</i>	128	159	214	238

Source : CPAM 55 – ARS Grand Est délégation territoriale de la Meuse

Le taux d'évolution du nombre des médecins généralistes est estimé à -20 % sur la période comprise entre 2006 et 2021.

Si la population de dentistes et d'infirmières tend à croître depuis 2006, sa répartition demeure inégale au niveau du département avec des disparités plus marquées et des secteurs sous-dotés<sup>59</sup>.

Toutefois, la présence des équipes mobiles sur le territoire est une force notamment en termes de soutien des acteurs/des partenaires.

Des conventions ont été signées avec la Belgique dans les EPCI de Montmédy et Stenay afin de mutualiser le personnel médical.

<sup>58</sup> Le directeur général de chaque ARS est chargé de publier par arrêté les zones de son territoire dont l'offre de soins est insuffisante ou dont l'accès aux soins est difficile.

<sup>59</sup> Les secteurs sous-dotés concernent Montmédy, Spincourt et Étain pour les dentistes. S'agissant d'infirmières, les communes de Ligny et de Vaucouleurs sont identifiées en tant que zones sous-dotées, *a contrario*, la zone de Verdun reste bien pourvue.

En outre, différentes équipes mobiles couvrent le département :

- équipes mobiles gériatriques : une à Bar le Duc et une à Verdun ;
- équipes mobiles psycho-gériatriques : une à Fains-Véel et une à Verdun ;
- équipe mobile de soins palliatifs : une à Bar le Duc et une à Verdun ;
- équipe mobile pauvreté vulnérabilité ;
- équipe mobile Handicap : rattachée au CHS de Fains-Véel (intervenant sur le Sud Meusien) ;
- équipe mobile de psychiatrie de l'adolescent : rattachée au CHS de Fains-Véel (intervenant sur le Sud Meusien).

Par ailleurs, 26 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et deux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS du Barrois et CPTS de Commercy, dont les statuts ont été signés fin 2021) maillent le territoire du département de la Meuse.

Au 31 décembre 2019, l'ARS dénombre dans le département de la Meuse huit services d'accompagnement à la vie sociale ou médico-social (SAVS et SAMSAH, 295 places) et 14 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD et SPASSAD, avec 547 places pour personnes âgées et 62 places pour personnes en situation de handicap).

En ce qui concerne l'offre de consultations à distance (télé médecine), elle reste relativement réduite et réalisée généralement avec des médecins traitants au sein des ESMS disposant des équipes paramédicales locales pour accompagner la réalisation des téléconsultations (utilisation des équipements, assistance au relevé des données de santé : température, tension...). Des téléconsultations pour accéder aux médecins spécialistes ainsi que des dispositifs de télésoin<sup>60</sup> restent encore peu déployés. Des actions de sensibilisation adressées à la fois aux professionnels de santé et aux personnes porteuses de handicap sont nécessaires pour renforcer le recours à l'offre de consultations à distance compte tenu de la densité des professionnels de santé du territoire et du faible niveau d'éducation des personnes handicapées à ces nouvelles technologies.

Fin décembre 2020, la MDPH suivait 16 294 personnes ayant un droit ouvert aux prestations prévues pour répondre aux situations de handicap, soit 34 % de plus qu'au début de l'année 2016.

---

<sup>60</sup> Pour les activités réalisées à distance par un pharmacien ou un auxiliaire médical (audioprothésistes, diététiciens, épithésistes, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie, masseurs-kinésithérapeutes, ophtalmistes, opticiens-lunetiers, orthopédistes-orthésistes, orthoprothésistes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens, podo-orthésistes, psychomotriciens, techniciens de laboratoire médical).

---

## CONCLUSION

---

*Les droits ouverts des personnes en situation de handicap de plus de 40 ans le sont majoritairement auprès des ESAT (40,4 %), en foyer de vie (25,7 %) et en MAS (16,9 %).*

*Bien que les taux d'équipement soient supérieurs aux moyennes régionales et nationales, l'offre en ESMS est insuffisante pour couvrir l'ensemble des besoins.*

*De nombreux accueils sont effectués en dehors du département de la Meuse. Malgré des projets initiés pour réduire le nombre de départs non souhaités de personnes en situation de handicap adultes vers la Belgique, leur pertinence est difficilement appréciable à défaut de disposer d'une étude précise des besoins des PSHV meusiennes.*

*Les personnes en situation de handicap vieillissantes cumulent les difficultés de prise en charge médicale et dépendent, comme tous, de l'offre disponible sur le territoire notamment en médecins généralistes et spécialistes.*

*Le département de la Meuse a pu développer une offre de soins spécialisée à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. L'information et la sensibilisation des professionnels de santé restent à être renforcées notamment dans le secteur de télémédecine et de télésoins.*

---



## **Chapitre IV**

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

Le parcours résidentiel des personnes en situation de handicap peut évoluer en raison de leur avancée en âge. Il s'agit d'une part du parcours à domicile, avec ou sans aide, et d'autre part de l'accompagnement en établissement, médicalisé ou non.

La logique d'inclusion et de parcours continu est privilégiée à la logique de dispositif ciblé par l'ARS. L'enjeu est l'évolution de l'offre dans une logique de parcours de vie en prenant en compte les évolutions d'espérance de vie et de besoin. Ainsi les accueils de jour, l'habitat inclusif peuvent apporter une partie des solutions en les adaptant à l'avancée en âge.

L'ARS vise également la transformation et/ou l'adaptation des établissements sociaux existants (MAS/FAM) pour permettre le maintien des personnes sur leur lieu de vie, si elles le souhaitent. Elle privilégie ensuite la médicalisation externe des autres structures, notamment les foyers de vie, en développant les services spécialisés SAMSAH.

La création d'une équipe mobile pour le maintien à domicile et l'aide aux aidants s'adresse aux personnes en situation de handicap vieillissantes orientées FAM et MAS et non prises en charge par une structure.

## **I - Une articulation difficile des aides allouées au regard des parcours de vie des bénéficiaires**

### **A - Le délai moyen de traitement global des demandes est le plus court de France**

Aux termes de l'article R. 241-33 du CASF, la CDAPH dispose d'un délai de quatre mois pour répondre aux demandes. Ce délai passé, l'absence de réponse vaut acceptation de la demande. La mise en œuvre d'une garantie de délai de traitement des demandes fait partie des objectifs de la feuille de route MDPH 2022.

Le délai moyen de traitement global de 1,8 mois de la MDPH de la Meuse est le plus court de France au dernier trimestre 2021. Le délai moyen de traitement global s'élève à 4,7 mois au niveau national. En 2021, 92 % des décisions de la MDPH ont été prises en moins de quatre mois et 69 % en moins de deux mois.

Ce constat doit être mis au regard du taux de demandes pour 1 000 habitants, qui se situait en 2019 pour la Meuse significativement en-dessous de la moyenne nationale avec 54 demandes contre 65. De même, le nombre de décisions et d'avis par équivalent temps plein (ETP) s'élevait à 594,8 contre 765,1 en moyenne nationale.

### **B - Des prestations handicap qui prennent souvent fin au moment de la retraite**

La MDPH de la Meuse ne prévoit pas de modalités d'accueil et d'information spécifique aux personnes de plus de 45 ans.

Cependant, l'AAH et la PCH étant soumises à des conditions d'âge, la MDPH met en œuvre les procédures d'information spécifiques à l'attention des personnes dont les droits à ces prestations arrivent à échéance.

Si les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé-1 (AAH-1) à la retraite peuvent continuer de percevoir l'allocation (sous réserve d'avoir demandé la liquidation de l'ensemble de leurs pensions de retraite), à l'inverse, compte tenu des critères d'attribution de l'AAH-2, qui tiennent compte en particulier des difficultés qu'éprouve la personne dans l'accès et le maintien dans un emploi, le versement de la prestation prend fin à l'âge auquel le bénéficiaire est réputé inapte au travail, c'est-à-dire à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse.

En conséquence, pour simplifier le parcours des usagers, la CDAPH de la Meuse avait pris l'habitude de prononcer un refus d'attribution de l'AAH-2 aux personnes ayant un taux d'invalidité compris entre 50 et 79 % ayant atteint l'âge de 62 ans. Le Tribunal de Grande Instance de Nancy a toutefois enjoint la CDAPH à se prononcer uniquement sur la notion de restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi indépendamment de l'âge de la personne handicapée. Dès lors, il peut arriver que les demandeurs reçoivent une réponse positive de la CDAPH à leur demande d'attribution alors que la CAF prononcera un refus de versement de l'AAH différentielle au regard des autres critères d'attribution de cette prestation.

Concernant la PCH, une requête est effectuée chaque mois par le directeur adjoint de la MDPH et transmise à la référente compensation, qui indique la liste des usagers dont les droits arrivent à expiration à échéance de six mois. Un courrier est adressé à chaque usager, accompagné d'un dossier, afin de l'inviter à procéder, s'il le souhaite, au renouvellement de ses droits. D'après la MDPH, une procédure d'arbitrage entre la PCH et l'APA<sup>61</sup> (allocation personnalisée d'autonomie) est réalisée en interne par les services en fonction des besoins de l'utilisateur et lui est proposée.

Selon la MDPH de la Meuse, la limite d'âge d'éligibilité à la PCH fixée à 60 ans peut poser problème dans le cas de l'apparition de maladies et des handicaps liés après le seuil des 60 ans. Cela peut être le cas par exemple pour les personnes souffrant de scléroses latérales amyotrophiques dont l'âge au début de la maladie est en moyenne de 55 ans. Dans ces cas, malgré l'apparition d'un handicap antérieur à 60 ans, le droit à la compensation ne peut être ouvert du fait de la survenue des besoins postérieurement.

Les personnes en situation de handicap vieillissantes sont bénéficiaires de l'allongement de la durée des droits attribués qui contribue à prévenir les effets de seuil et les ruptures de parcours qui les accompagnent. Elles représentaient 89 % des bénéficiaires de droits à vie en 2021<sup>62</sup>.

---

<sup>61</sup> Les personnes âgées de 60 ans ou plus confrontées à des situations de perte d'autonomie peuvent solliciter l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), gérée par les départements, pour couvrir tout ou partie de leurs besoins. Pour les personnes résidant à domicile, cette aide correspond à la valorisation d'un plan d'aide notifié par le conseil départemental après l'évaluation in situ des besoins de la personne âgée en termes d'aides humaines, techniques ou ponctuelles nécessaires à son maintien à domicile. Pour les personnes résidant en établissement, l'APA sert à couvrir une partie du tarif dépendance fixé par l'établissement médico-social d'accueil.

<sup>62</sup> Cf. tableau 13 à l'annexe n° 2.

## C - Les aides diverses départementales en réponse aux besoins variés

### Handicap ou personne âgée : la persistance d'une barrière d'âge

Selon l'âge de survenue du handicap, une personne peut avoir droit à des aides de nature très différentes, selon qu'elle est considérée comme une personne âgée ou une personne en situation de handicap.

Une personne inactive victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) grave n'aura pas les mêmes droits à la compensation si son AVC survient avant ou après ses 60 ans.

Dans le premier cas, elle bénéficiera d'un plan de compensation sans condition de ressources lui permettant d'adapter son cadre de vie à son handicap. En effet, la PCH est ouverte à toute personne en situation de handicap peu importe son âge, à condition cependant que la première demande ait été déposée avant 60 ans ou après 60 ans si la personne exerce toujours une activité professionnelle ou si elle arrive à prouver qu'elle répondait aux conditions d'éligibilité à la PCH avant 60 ans<sup>63</sup>.

Dans le second cas, elle pourra être éligible à l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) accordée par le département, sous condition de ressources et avec des tarifs plafonds.

Sur la période de contrôle, le nombre total d'aides accordées aux personnes en situation de handicap par le département de la Meuse passe de 1 392 en 2016 à 1 450 en 2020, soit une augmentation de 4,2 %.

Plus précisément, elles diminuent de 7,3 % entre 2016 et 2018, avant d'augmenter de 12,4 % entre 2018 et 2020.

Le tableau ci-dessous totalise le nombre de mesures d'aide sociale allouées aux personnes en situation de handicap. Une même personne peut être comptabilisée plusieurs fois si elle bénéficie de plusieurs types d'aide.

**Tableau n° 8 : nombre total d'aides accordées aux personnes en situation de handicap, au 31 décembre**

	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Aides à domicile</i>	1 016	956	875	997	1 070
<i>Aides à l'accueil</i>	376	374	415	410	380
<b>Total des aides</b>	<b>1 392</b>	<b>1 330</b>	<b>1 290</b>	<b>1 407</b>	<b>1 450</b>

*Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), enquête aide sociale*

<sup>63</sup> Article D. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.

Les aides à domicile regroupent l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) à domicile, la PCH et les aides ménagères. Les aides à l'accueil regroupent l'ACTP en établissement, les aides à l'hébergement en établissement, l'accueil par des particuliers et l'accueil de jour.

### 1 - L'allocation compensatrice tierce personne

L'allocation compensatrice pour tierce personne est destinée aux personnes en situation de handicap ayant besoin de l'aide d'une autre personne pour les actes essentiels de la vie courante (par exemple, se laver, marcher, s'habiller).

L'ACTP a été remplacée en 2006 par la PCH. Toutefois, les personnes admises au bénéfice de cette aide avant 2006 peuvent continuer à la percevoir, tant qu'elles en remplissent les conditions d'attribution et qu'elles en expriment le choix à chaque renouvellement des droits. À partir de 60 ans, la personne en situation de handicap peut demander à bénéficier de l'APA.

Le nombre de bénéficiaires de l'ACTP diminue de 19,6 % sur la période 2016-2020. Il s'élevait à 138 en 2016 contre 111 en 2020. La baisse est plus particulièrement marquée en 2018 (- 8,4 % par rapport à l'année précédente).

Corrélativement, les montants versés au titre de l'ACTP décroissent de 21 % sur la même période, pour atteindre 0,5 M€ en 2020. Les baisses les plus importantes sont constatées aux exercices 2018 (- 9,6 %) et 2020 (- 8,9 %). Le département de la Meuse a octroyé, en cumulé, 3,5 M€ d'ACTP sur la période allant de 2016 à 2021.

Le montant moyen annuel de l'ACTP versée en 2016 s'élevait à 4 838,3 € (soit 403 € par mois) contre 4 749,9 € en 2020 (soit 396 € par mois), soit une diminution de 1,8 % sur la période 2016-2020.

**Tableau n° 9 : ACTP accordée aux personnes en situation de handicap, au 31 décembre**

	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Nb bénéficiaires de l'ACTP</i>	138	131	120	116	111
<i>dont ACTP à domicile</i>	121	114	107	104	100
<i>dont ACTP en établissement</i>	17	17	13	12	11
<i>Montants ACTP versés (en €)</i>	667 680	661 227	597 983	578 706	527 241

Source : DREES, enquête aide sociale, comptes de gestion du département de la Meuse

Le nombre de bénéficiaires de l'ACTP de moins de 60 ans est faible. Il diminue au fil des années, soit 28 % entre 2016 et 2020.

Toutefois, sur la même période, le nombre de bénéficiaires de 60 ans et plus est stable, en moyenne à 47. Leur part dans le nombre total de bénéficiaires de l'ACTP s'amplifie de près de sept points sur la période, elle passe de 35,5 % en 2016 à 42,3 %.

Les allocataires de l'ACTP ont dès lors tendance à demander, après leurs 60 ans, la conservation de leurs droits ACTP.

Les raisons de ce choix ne font pas l'objet d'une analyse par le département de la Meuse.

Une étude nationale réalisée par la DREES en août 2011<sup>64</sup> identifie trois causes. Les allocataires ayant une déficience principale intellectuelle, psychique ou visuelle ont davantage tendance à conserver l'ACTP, principalement pour des raisons financières. La situation face à l'emploi constitue la deuxième variable qui influe le plus sur le choix. Les allocataires inactifs (autres que retraités ou au foyer) ont davantage tendance que les autres à choisir la PCH. L'étude conclut que « les allocataires qui ont décidé d'opter pour la PCH plutôt que de conserver l'ACTP ont des besoins, aussi bien en aides humaines qu'en aides matérielles, relativement onéreux et nombreux, ce qui peut justifier leur choix de quitter l'ACTP, qui ne pouvait répondre qu'aux besoins en aide humaine et avec un montant insuffisant pour couvrir leurs besoins ».

**Tableau n° 10 : répartition de l'ACTP entre les personnes ayant des droits ouverts de moins de 60 ans et celles de 60 ans et plus, au 31 décembre de chaque année**

	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Bénéficiaires de moins de 60 ans</i>	89	84	76	69	64
<i>Bénéficiaires de plus de 60 ans</i>	49	47	44	47	47
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>131</b>	<b>120</b>	<b>116</b>	<b>111</b>

Source : DREES, enquête aide sociale, bénéficiaires ayant des droits ouverts au 31 décembre

<sup>64</sup> DREES, études et résultats n° 772, août 2011, « les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes ».

## 2 - La prestation de compensation du handicap

Mise en place en 2006, la PCH est une aide en nature versée par les départements aux personnes en situation de handicap reconnues éligibles par la CDAPH. Elle vise à financer les besoins en aides humaines, aides techniques et matérielles ou aides animalières.

Le nombre total de bénéficiaires ayant un droit ouvert à la PCH dans le département de la Meuse évolue de 895 en 2016 à 970 en 2020, soit une progression de 8,4 %. L'année 2018 enregistre le niveau le plus bas avec 768 bénéficiaires.

La part des bénéficiaires de plus de 60 ans augmente de 27 % en 2016 à 31 % en 2020. Ils sont donc plus nombreux en 2020 à préférer maintenir leur droit à la PCH que de demander l'APA.

**Tableau n° 11 : répartition de la PCH entre les personnes ayant des droits ouverts de moins de 60 ans et celles de 60 ans et plus, dans le département de la Meuse, au 31 décembre de chaque année**

	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Bénéficiaires de moins de 60 ans</i>	649	611	556	633	666
<i>Bénéficiaires de plus de 60 ans</i>	246	231	212	260	304
<b>Total</b>	<b>895</b>	<b>842</b>	<b>768</b>	<b>893</b>	<b>970</b>

Source : DREES, enquête aide sociale

**Tableau n° 12 : nombre de bénéficiaires de la PCH (droits ouverts), par âge, dans le département de la Meuse, au 31 décembre 2019**

Âge	2016	2017	2018	2019
0 à 19	43	NR	33	28
20 à 44	258	NR	214	267
45 à 49	92	NR	85	80
50 à 54	121	NR	96	119
55 à 59	135	NR	123	135
60 à 64	131	NR	108	125
65 à 69	79	NR	66	75
70 ans et plus	36	NR	43	64
<b>Total</b>	<b>895</b>	<b>842</b>	<b>768</b>	<b>893</b>

Source : DREES, enquête aide sociale

Tous les bénéficiaires d'un droit ouvert à la PCH ne se voient pas attribuer cette prestation, qui est déclenchée sur service fait, par la production aux services départementaux de pièces justificatives justifiant la réalisation du service. Le département éclaire une partie des non-recours au paiement par l'absence de production des factures. Il précise, sans qu'il soit possible de chiffrer, que certains plans personnalisés de compensation ne sont pas appliqués, en raison d'évolution de la situation du bénéficiaire ou à défaut de réponse disponible.

Le nombre total de bénéficiaires payés au titre de la PCH évolue de 564 en 2016 à 498 en 2020, soit une diminution de 11,7 %. L'année 2020 enregistre le plus bas niveau de bénéficiaires, à l'inverse de 2017 où 733 personnes ont reçu la PCH.

L'écart chiffré entre le nombre de bénéficiaires ayant un droit ouvert et ceux payés est erratique en fonction des exercices. Il oscille entre 109 bénéficiaires en 2017, l'écart le moins important, soit 37 % de bénéficiaires non payés, et 472 bénéficiaires en 2020, l'écart le plus important, soit 48,7 % de bénéficiaires non payés.

En moyenne sur la période 2016-2020, 65 % des bénéficiaires ayant un droit ouvert à la PCH perçoivent l'aide sociale. La part était de 87,1 % en 2017, la plus importante sur la période, cette part était la plus faible en 2020, avec 51,3 %.

Malgré une diminution du nombre de bénéficiaires payés de 9,9 % sur la période 2016-2018, le coût global de la PCH supporté par le département est constant à 3,9 M€ annuels. Le montant moyen annuel de la PCH par bénéficiaire était en 2016 de 7 003 €, puis de 7 713 € en 2018, soit une augmentation de 10,1 %.

Entre 2018 et 2020, le nombre de bénéficiaires de la PCH payés diminue de 2,9 % alors que le nombre de bénéficiaires ayant un droit ouvert croît de 26,3 %.

Sur la période 2016-2019, le nombre de bénéficiaires de plus de 45 ans progresse fortement. Ils sont 246 en 2016 contre 596 en 2019, soit une augmentation de 142,3 %. Leur part dans le total de bénéficiaires ayant un droit ouvert à la PCH est de 27,5 % en 2016, contre 66,7 % en 2019, soit une augmentation de plus de 39 points.

**Tableau n° 13 : PCH accordée aux personnes en situation  
de handicap, au 31 décembre**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Nb de bénéficiaires (droits ouverts)</i>	895	842	768	893	970	NC
<i>dont bénéficiaires de 45 ans et plus</i>	246	NR	521	596	NR	NC
<i>Nb bénéficiaires payés</i>	564	733	513	519	498	NC
<i>dont bénéficiaires de 45 ans et plus</i>	NR	NR	373	497	482	502
<i>Montants versés (en €)</i>	3 949 604	3 862 706	3 956 965	3 577 452	3 759 952	3 864 930
<i>dont PCH + 20 ans (en €)</i>	3 653 852	3 509 388	3 664 694	3 294 356	3 407 245	3 591 578
<b><i>Dotations CNSA (c/747812)</i></b>	1 586 878	1 506 601	1 873 064	1 754 120	1 685 559	1 701 898

Source : DREES, enquête aide sociale, comptes de gestion du département, données du département de la Meuse, compte administratif de l'exercice 2021

De 2016 à 2018, le département dépense en moyenne 3,6 M€ chaque année au titre de la PCH adulte<sup>65</sup>. Le montant diminue de 10,1 % en 2019, à environ 3,3 M€, puis augmente de 9 % entre 2019 et 2021.

Le département estime le nombre de bénéficiaires de plus de 45 ans bénéficiant de la PCH à 502 en 2021, soit une progression de 34,6 % depuis 2018.

Néanmoins, le département de la Meuse ne peut pas individualiser le montant de la PCH.

La décomposition des dépenses de PCH accordées aux adultes en situation de handicap révèle que les aides humaines représentent en moyenne 86 % des aides octroyées. Elles permettent de rémunérer un service d'aide à domicile ou de dédommager un aidant familial. En décembre 2020, 439 personnes<sup>66</sup> ont perçu cette aide, soit un montant moyen annuel de 6 402 € par bénéficiaire.

Les aides dédiées à l'aménagement du logement ou du véhicule et aux surcoûts liés aux trajets représentent le deuxième poste de dépenses de PCH, en moyenne 8,1 % de la PCH adulte. En décembre 2020, 64 personnes<sup>67</sup> ont bénéficié de ces aides, soit un montant moyen annuel de 4 065 € par bénéficiaire.

<sup>65</sup> La PCH adulte plus de 20 ans est comptabilisée au compte 6511211.

<sup>66</sup> Source : DREES, enquête aide sociale, chiffres pour le mois de décembre 2020.

<sup>67</sup> *Idem.*

Sur la période 2016-2021, les aides octroyées au titre de la PCH domicile représentent chaque année en moyenne un coût de 2,87 M€, soit 85,7 % du total de la PCH adulte.

**Tableau n° 14 : décomposition des dépenses de prestation de compensation du handicap (établissement et domicile) accordées aux adultes en situation de handicap (plus de 20 ans)**

<i>En €</i>	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Aides humaines</i>	2 937 741	2 911 381	3 072 225	2 708 921	2 810 682	2 900 093
<i>Aides techniques</i>	80 956	72 939	132 679	74 423	60 242	71 153
<i>Aménagements du logement et véhicule, surcoût transport</i>	280 931	254 826	275 070	325 227	260 149	230 055
<i>Aides spécifiques et exceptionnelles</i>	90 363	78 236	82 912	91 918	68 442	77 076
<i>Aides animalières</i>	0	0	100	2 200	2 750	3 482
<b>Montant total</b>	<b>3 428 278</b>	<b>3 354 600</b>	<b>3 608 576</b>	<b>3 235 775</b>	<b>3 215 835</b>	<b>3 315 091</b>
<i>dont total domicile</i>	<i>2 838 447</i>	<i>2 890 611</i>	<i>3 037 845</i>	<i>2 822 895</i>	<i>2 819 983</i>	<i>2 845 567</i>
<i>dont total établissement</i>	<i>589 831</i>	<i>463 989</i>	<i>570 731</i>	<i>412 880</i>	<i>395 852</i>	<i>469 524</i>

Source : département de la Meuse, extractions logiciel départemental de l'action sociale

Le montant de la PCH adulte, calculée par l'addition des dépenses de PCH, par catégorie, établissement et domicile, accordées aux adultes en situation de handicap de plus de 20 ans, n'est pas identique au montant de la PCH adulte repris dans les comptes de gestion. À chaque exercice, ces derniers sont plus élevés que les chiffres transmis par les services départementaux.

L'écart est variable en fonction des exercices, de 56 118 € en 2018 à 276 487 € en 2021, soit respectivement entre 1,5 % et 7,7 % du montant total de la PCH tel qu'issu des comptes de gestion.

**Tableau n° 15 : différence des montants de la PCH plus de 20 ans octroyée entre 2016 et 2021**

<i>En €</i>	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>PCH compte de gestion</i>	3 653 852	3 509 388	3 664 694	3 294 356	3 407 245	3 591 578
<i>PCH département</i>	3 428 278	3 354 600	3 608 576	3 235 775	3 215 835	3 315 091
<b>Écart</b>	<b>225 574</b>	<b>154 788</b>	<b>56 118</b>	<b>58 581</b>	<b>191 410</b>	<b>276 487</b>

Source : comptes de gestion du département, compte administratif 2021 du département de la Meuse, extractions réalisées par le département de la Meuse

## **II - Une offre d'accueil en établissement pour les personnes en situation de handicap vieillissantes limitée**

L'offre spécifique à destination des PSHV au sein des établissements pour adultes en situation de handicap et des EHPAD, l'accueil de droit commun, reste limitée dans le département de la Meuse.

Au 31 décembre 2021, le département de la Meuse disposait de 20 places ciblées PSHV au sein de trois FAM (à Bar-le-Duc, Vassincourt et Clermont-en-Argonne).

S'agissant des EHPAD, l'identification des unités PSHV au sein de ces structures présente des difficultés en raison de la non exhaustivité des données et notamment de la base Seppia<sup>68</sup> qui ne recense que les opérations faisant l'objet d'un financement via l'ARS. Ainsi, une unité PSHV dans un EHPAD pour laquelle il n'y aurait qu'un complément financier du département n'apparaîtra pas dans la base.

En 2021, l'offre dédiée aux personnes en situation de handicap vieillissantes en EHPAD s'est élargie de 18 places (Bar-le-Duc) par la requalification de places existantes classiques en places PSHV et de 12 places labellisées PSHV en EHPAD d'Hannonville-sous-les-Côtes.

L'accompagnement en ESMS 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) ;

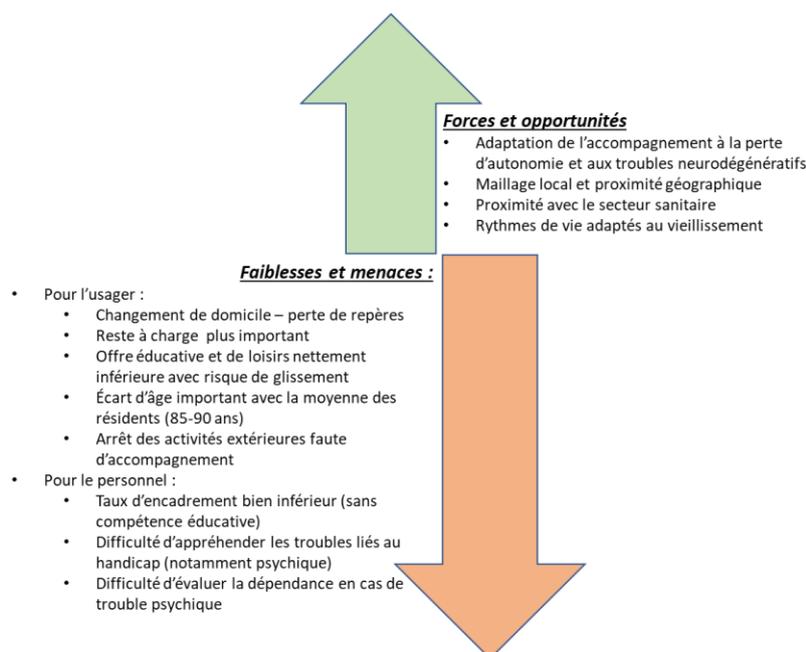
---

<sup>68</sup> Application de suivi de la programmation, des autorisations et des installations des places en ESMS par l'ARS.

- 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 (amendements 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° 3 : analyse des risques d'accueil de PSHV en EHPAD



Source : CRC GE 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, 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.

### **III - Une très grande partie des personnes en situation de handicap vieillissantes sont accompagnées à domicile**

En région Grand Est<sup>69</sup>, 86 400 adultes en situation de handicap se trouvent à domicile et 12 500 en institution. La majorité des personnes en situation de handicap se trouvent donc à domicile. Le parcours en provenance du domicile est différent du parcours en institution.

#### **Les différentes formes de soutien à domicile :**

1° Des aides humaines dispensées par des services médico-sociaux :

- aide dans les actes de la vie quotidienne (SAAD) ;
- soins infirmiers (SSIAD) ;
- services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui regroupent les SSIAD et les SAAD. L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit la fusion de ces trois types de services au sein de « services autonomie à domicile » ;

2° 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 ;

3° La présence d'aidants et les solutions de répit les concernant ;

4° Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) contribuent à maintenir les liens familiaux et sociaux et facilitent l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Les adultes handicapés disposent en plus des SAVS d'un accompagnement médico-social comportant des prestations de soins (SAMSAH).

---

<sup>69</sup> Selon les données de l'ARS Grand Est.

## **A - Le taux d'effectivité des plans d'aides des PSHV auprès des SAAD reste faible**

En septembre 2022, 12 SAAD interviennent sur le territoire meusien, dont trois sont habilités<sup>70</sup> à l'aide sociale par le département.

Entre 2020 et 2021, le nombre d'heures réalisées en SAAD pour les personnes en situation de handicap est passé de 37 225 à 40 670, soit une progression de 9,3 %.

Sur les 116 718 heures accordées par des plans d'aides, seules 31,9 % ont été exécutées et payées en 2020. Le taux s'améliore en 2021, il est de 38,6 % ; davantage d'heures ont été payées et moins accordées.

De grandes disparités d'effectivité des plans d'aides sont observées en fonction des tranches d'âge. L'amplitude du taux est comprise, en 2021, entre 22,5 % pour les 75-79 ans – le niveau le plus bas – et 68,3 % pour les 90 ans et plus, le niveau le plus élevé. L'amplitude varie en fonction des années de référence puisque, en 2020, elle est comprise entre 14,6 % et 51,4 %.

Le département paie les heures sur production des pièces justificatives des prestataires, attestant le service fait. Il n'effectue pas de relances administratives et ne déroge pas à cette modalité de paiement, ce qui explique pour partie l'écart important entre les heures accordées et les heures payées.

L'écart s'explique également par l'absence de mise en œuvre, totale ou partielle, du plan d'aide, due à une évolution de la situation de la personne handicapée (plan d'aide devenu inadapté) ou du manque de disponibilité dans les SAAD.

Les services du département ne produisent néanmoins pas d'analyse explicitant les causes des écarts et ne proposent pas de plan d'action pour améliorer le taux d'effectivité.

---

<sup>70</sup> Il doit s'agir de SAAD habilité à percevoir les aides directes et donc avec tarif réglementé.

**Tableau n° 16 : taux d'effectivité des plans d'aides des PSHV auprès  
des SAAD, en 2020 et en 2021**

Âge de la PSHV	2020			2021		
	Nb d'heures accordées	Nb d'heures payées par la PCH	Taux d'effectivité (en %)	Nb d'heures accordées	Nb d'heures payés par la PCH	Taux d'effectivité (en %)
45-49 ans	8 773	1 677	19,1	10 524	3 231	30,7
50-54 ans	23 493	6 767	28,8	15 779	5 512	34,9
55-59 ans	30 598	9 259	30,3	28 696	9 748	33,9
60-64 ans	28 184	7 394	26,2	27 316	8 809	32,2
65-69 ans	14 791	6 823	46,1	14 170	8 248	58,2
70-74 ans	8 732	4 488	51,4	6 470	4 034	62,3
75-79 ans	570	83	14,6	852	192	22,5
80-84 ans	0	0	0	0	0	0
85-89 ans	482	193	40	482	210	43,6
90 ans et plus	1 095	541	49,4	1 004	686	68,3
<b>Total</b>	<b>116 718</b>	<b>37 225</b>	<b>31,9</b>	<b>105 293</b>	<b>40 670</b>	<b>38,6</b>

Source : département de la Meuse

En 2020, 200 PSHV ont été accompagnées en file active par un SAAD, dont 121 – la majorité – ont moins de 60 ans (60,5 %).

Rapporté au nombre d'heures payées par la PCH, chaque PSHV a bénéficié, en moyenne, d'un accompagnement SAAD de 186 heures annuelles, soit 15 h 30 par mois.

**Tableau n° 17 : nombre de PSHV bénéficiaires de la PCH prestataire/mandataire (SAAD) payés en 2020, par tranches d'âge**

	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 et plus
<i>Nb de personnes</i>	22	38	61	43	21	11	2	0	1	1

Source : département de la Meuse

Le département ne dispose pas de données relatives aux formations au handicap des personnels des SSIAD et des SPASAD. Il dispose néanmoins de celles pour les trois SAAD habilités à l'aide sociale.

En 2021, l'activité APA et PCH de ces trois SAAD représente, selon le département, 86,5 % de l'activité des 12 SAAD du territoire.

L'un d'eux porte plus de la moitié (58 %) de l'activité. Entre 2015 et 2021, le personnel de cet établissement a bénéficié de 659 jours de formations relatives au handicap et au vieillissement, telles que le handicap moteur, le handicap mental, la maladie d'Alzheimer ou l'accompagnement en fin de vie.

Toutefois, les données à disposition du département sont partielles et ne permettent donc pas d'avoir une vision consolidée du nombre total de jours de formation de ces trois structures, ni de connaissance sur les thématiques abordées. Un taux de formation global pour ces trois établissements ne peut pas être déterminé.

**Tableau n° 18 : jours de formation des professionnels des trois SAAD habilités à l'aide sociale**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Nb de jours de formation (pour 2 des 3 SAAD)</i>	828	818	915	699	482*	569*
<i>Nb d'ETP formés</i>	470,55	490,65	478,76	460,90	383,63	383,49

Source : département de la Meuse (\*données pour un seul des trois SAAD)

## **B - Des dispositifs innovants complètent l'offre d'accompagnement existante**

Le département propose un mode d'hébergement alternatif pour les personnes âgées de plus de 60 ans et pour les adultes de plus de 20 ans en situation de handicap, qui souhaitent vivre dans une famille et non seuls ou dans un établissement spécialisé. Ces personnes peuvent être hébergées par un accueillant familial, de manière permanente, temporaire, à temps complet ou partiel. Ce dernier accompagne la personne accueillie dans les gestes de la vie quotidienne en fonction de son degré d'autonomie et de ses capacités.

La personne accueillie conclut un contrat de gré à gré avec l'accueillant et règle sa rémunération (paiement journalier, indemnité de congé, indemnité d'entretien, loyer de la partie habitation qui lui est réservée, etc.). En moyenne, le coût de cet accueil varie entre 46 € et 59 € par jour, soit entre 1 400 € et 1 800 € par mois. La personne accueillie peut percevoir certaines aides comme l'APA, la PCH ou les aides au logement.

En juillet 2021, 14 accueillants familiaux sont agréés par le département de la Meuse sans que ce dernier ne sache préciser si des personnes en situation de handicap en bénéficient.

Le département met par ailleurs en avant deux projets innovants d'offre d'accompagnement dont peuvent bénéficier les personnes handicapées vieillissantes.

Le premier concerne le déploiement sur le territoire de l'habitat inclusif. La conférence des financeurs de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées a articulé sa programmation autour de trois axes, la réponse à une population particulièrement vieillissante, la proposition de logements plus adaptés aux besoins spécifiques des personnes âgées et en situation de handicap et le déploiement d'une solution alternative à l'hébergement et plus inclusive.

Aidée d'une grille d'évaluation<sup>71</sup>, la conférence a rendu un avis favorable pour sept dossiers sur les neuf finalisés, qui, après une étape de pré-validation obligatoire avec la CNSA, devaient être présentés au vote de la commission permanente du 24 novembre 2022.

Le coût total de ces sept projets est estimé à 2 482 500 €, dont 80 % pris en charge par la CNSA (1 986 000 €).

---

<sup>71</sup> Cf. annexe n° 4.

Les projets sont localisés à Verdun<sup>72</sup>, Bar-le-Duc<sup>73</sup>, Commercy, Damvillers, Stenay, Saint-Mihiel et Vaucouleurs. Ils doivent permettre de transformer ou de créer 55 places d'aide à la vie partagée entre 2023 et 2029. 33 places devraient être occupées par des personnes en situation de handicap, soit 60 % des places financées. Sur les 41 places que l'association départementale des amis et parents d'enfants inadaptés de la Meuse (ADAPEIM) propose, 30 places sont dédiées aux PSHV, soit 73,2 % de son offre pour ce projet.

Le second est un programme d'investissement d'avenir baptisé « e-Meuse santé » consistant en une démarche d'expérimentation, d'innovations numériques, organisationnelles et médico-économiques, qui favorise l'usage de l'e-santé dans la vie quotidienne des patients. Le projet a pour objectif l'amélioration de l'accès aux soins pour tous avec la santé numérique, en milieu rural.

Ce programme est porté par le département depuis 2020<sup>74</sup>, auquel sont associés l'assurance maladie, l'ARS, la région et le commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives. D'une durée de dix ans, le projet est subventionné à hauteur de 22,8 M€<sup>75</sup>.

---

<sup>72</sup> Le logement partagé situé au centre de Verdun est à destination de six personnes en situation de handicap reconnues par la MDPH et âgées d'au moins 55 ans (personne handicapée vieillissante), résidents à titre principal. Ces dernières relèvent d'une déficience intellectuelle légère voire moyenne avec le cas échéant des troubles du comportement stabilisés. En cessation d'activité d'un ESAT, elles sont toutes concernées par les effets de l'avancée en âge : altération des capacités physiques et cognitives, anxiété liée au lieu de vie post travail, fatigabilité, apparition de nouvelles pathologies, etc. Néanmoins, ces personnes font preuve d'une certaine autonomie dans leurs déplacements et dans la plupart des actes de la vie courante, évaluées à partir de la grille d'évaluation du Pôle habitat. Ainsi, un accompagnement adapté à leurs besoins doit être mis en place pour les aider au quotidien et favoriser leur inclusion dans la cité. Ces personnes hébergées au foyer d'hébergement de Glorieux étaient dans l'attente d'une solution d'habitat partagé et accompagné. Leur degré d'autonomie actuel est tel qu'aucune des personnes en attente de ce dispositif n'a fait l'objet d'une évaluation type GIR.

<sup>73</sup> Il est composé de 11 personnes en situation de handicap reconnues par la MDPH, résidents à titre principal. Ces dernières relèvent d'une déficience intellectuelle légère voire moyenne avec le cas échéant des troubles du comportement stabilisés. Ces personnes sont toutes âgées d'au moins 20 ans et exercent une activité professionnelle en milieu protégé ou non. Ces personnes sont relativement autonomes dans l'ensemble des actes de la vie quotidienne. Elles ont émis le souhait d'être accompagnées pour favoriser leur inclusion dans la cité.

<sup>74</sup> Convention de financement établie entre le département de la Meuse et la Banque des Territoires approuvée par la commission permanente du 18 juin 2020 et accord de consortium e-Meuse santé approuvé par la commission permanente du 16 octobre 2020.

<sup>75</sup> Neuf organismes financent le projet e-Meuse santé : ARS Grand Est, Banque des Territoires, département de la Haute-Marne, département de la Meurthe-et-Moselle, département de la Meuse, GIP Haute-Marne, GIP Objectif Meuse, région et fonds européens FEDER.

Le projet revêt un double enjeu opérationnel, rendre de la disponibilité aux professionnels de santé tout en redonnant aux citoyens de l'accessibilité aux soins en tout point du territoire.

Le projet permet notamment de favoriser l'autonomie à domicile, dont celle des personnes en situation de handicap dépendantes, par le développement de lieux de vie adaptés et connectés. C'est ainsi que le comité exécutif *e-Meuse* du 2 juin 2021 a validé l'expérimentation de quatre appartements connectés à destination de personnes en situation de handicap (information à la commission permanente du 25 novembre 2021). Les logements sont tout d'abord équipés de « capteurs sociaux »<sup>76</sup> afin de connaître les habitudes des usagers et d'identifier tout changement pouvant être signe d'un syndrome de glissement ou de recrudescence d'une pathologie. Les logements seront ensuite équipés d'objets connectés répondants aux besoins spécifiques du profil habitant, lui permettant d'être plus autonome dans sa vie de tous les jours.

L'appartement connecté permet ainsi à son usager de vivre dans un lieu plus sécurisé, en lui offrant plus d'autonomie sans faire à sa place, c'est-à-dire en lui laissant intégralement sa capacité de décider de ses actions et de ses choix.

Avec un objectif de déploiement de 200 logements d'ici à 2027, ces appartements doivent être une opportunité pour des personnes en situation de handicap de quitter des institutions spécialisées et de retarder l'admission en EHPAD pour des personnes âgées.

Le projet « e-Meuse santé » soutient également le projet « *Ideas Lab* », *living lab*<sup>77</sup> installé à Bar-le-Duc qui teste et adapte des produits et services connectés pour améliorer leur bien-être, leur autonomie et la sécurisation de l'habitat. Il est un lieu d'échange et de démonstration de solutions de maintien à domicile.

Le projet « *e-Meuse santé* » accompagne le projet OUNA (observation des usages du numérique pour les aînés) qui consiste entre autres en la mise à disposition dans les lieux de vie des personnes âgées et des personnes vulnérables (notamment domicile, résidence services

---

<sup>76</sup> Un « capteur social » permet de collecter des données sur les habitudes de vie de la personne afin de détecter des changements d'habitudes pouvant être signe d'une dégradation dans son maintien à domicile. Ces capteurs sont par exemple des contrôleurs de portes, des sondes d'ambiance, des contrôleurs d'éclairage ou des mesures de consommation d'eau et d'électricité.

<sup>77</sup> Le *living lab* est une méthodologie où citoyens, habitants, usagers sont associés, en tant qu'acteurs clés, au processus de recherche et d'innovation, en testant en grandeur nature des services, des outils ou des usages nouveaux.

seniors, résidence autonomie) de solutions de type médiateurs numériques vocaux comme vecteurs d'accès aux services numériques. Ce projet lutte contre l'isolement des personnes âgées et fragiles.

Ces projets, aux déploiements récents, n'ont pas, à la mi-novembre 2022, fait l'objet d'une évaluation.

### **C - Des dispositifs en faveur des aidants**

L'aidant est la personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap<sup>78</sup>.

Recourir à une solution de répit peut s'avérer bénéfique pour le couple aidant-aidé en ce qu'elle constitue un moyen, pour l'aidant, de prendre soin de soi et de se préserver, et pour la personne aidée, de bénéficier d'activités adaptées et de rencontrer d'autres personnes. Pour cela, plusieurs solutions de relais et de soutien existent à l'extérieur du domicile (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil familial, etc.) ou à domicile (baluchonnage<sup>79</sup>, aide à domicile la nuit, service de répit à domicile, etc.).

Le schéma départemental de l'autonomie 2018-2022 dédie une fiche au renforcement de l'accompagnement et du soutien aux aidants pour prévenir l'épuisement et éviter les ruptures de parcours de l'aidé. Le département a également adopté un plan d'action en faveur des aidants<sup>80</sup>.

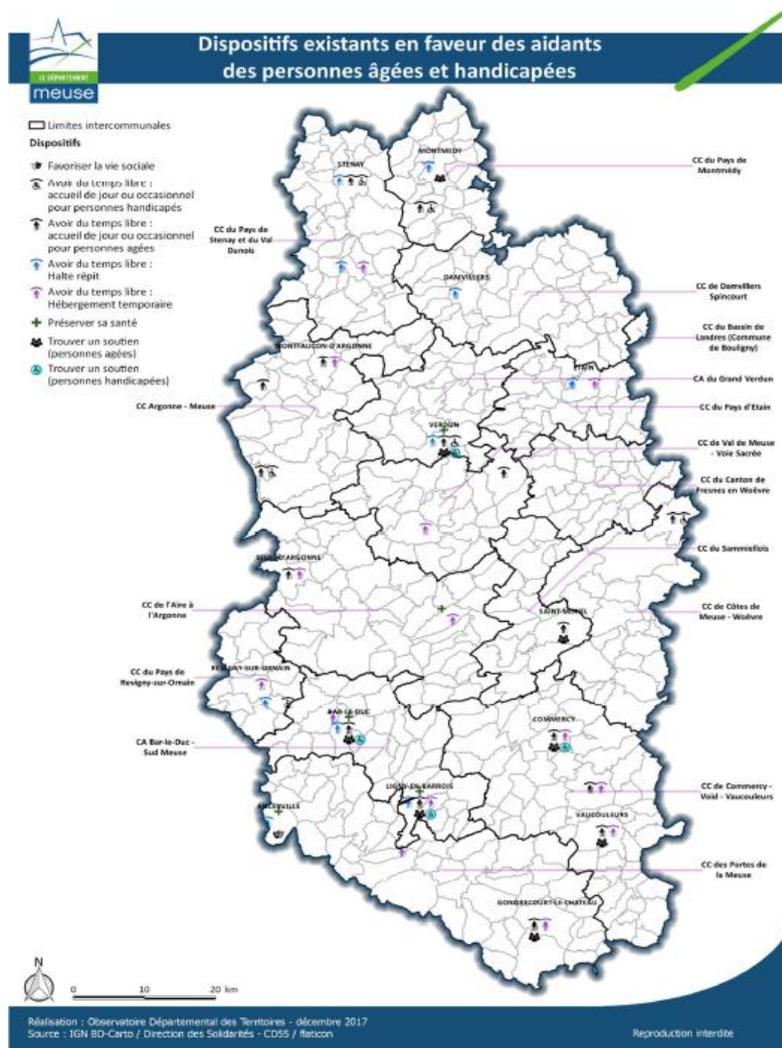
---

<sup>78</sup> Article 51 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

<sup>79</sup> Le « baluchonnage », ou « relayage », est une pratique originaire du Québec. Il consiste en une intervention d'un ou plusieurs baluchonneurs en relais d'un proche aidant sur une durée courte (quelques heures, une demi-journée, une journée). Cette solution présente l'avantage de ne pas perturber les habitudes du proche dépendant.

<sup>80</sup> Ce plan figure à l'annexe n° 5 du schéma départemental de l'autonomie 2018-2022.

### Carte n° 3 : dispositifs en faveur des aidants des personnes âgées et en situation de handicap en Meuse en 2017



Source : schéma départemental de l'autonomie 2018-2022 du département de la Meuse

Les seules données dont dispose le département concerne les séjours ayant bénéficié de financements spécifiques. Ainsi, en 2020, 266 personnes ont bénéficié d'un séjour de répit, au titre de l'APA ou de l'aide sociale d'urgence (ASH), contre 470 en 2021, soit une augmentation de 76,7 %. À titre illustratif, la plateforme dite « les Rétro-actifs » a soutenu 38 aidants au cours de l'année 2021.

**Focus sur deux actions de l'association départementale des amis et parents d'enfants inadaptés de la Meuse (ADAPEIM) financées par la conférence des financeurs**

Proposée par l'ADAPEIM et financée à hauteur de 68 500 € par la conférence des financeurs en 2017, l'action « Les Rétro-actifs » s'adresse aux personnes en situation de handicap vieillissantes et à leurs aidants. Structurée en une plateforme ressource, elle facilite le passage à la retraite des ouvriers d'ESAT, accompagne leur avancée en âge et propose un soutien et du répit aux familles et aidants.

Concrètement, une cellule de coordination rencontre la personne intéressée pour faire connaissance et recenser ses besoins et attentes, puis propose des réponses personnalisées, qui s'inscrivent dans différents thématiques (santé, mode de vie, participation sociale). L'objectif est d'adapter la réponse aux besoins de l'utilisateur et non l'inverse.

L'action « les Rétro-actifs » s'est poursuivie après 2017. Elle est financée par l'association sur fonds propres. L'association propose l'action auprès des personnes en situation de handicap qui avancent en âge repérées par les dispositifs de type MAIA, MDPH et centre communal d'action sociale (CCAS), ce qui permet l'accompagnement de la personne dans son parcours, en privilégiant des solutions adaptées et progressives.

En complément de la plateforme, l'association a créé, en 2019, un dispositif d'animation et de rencontre itinérant pour les personnes en situation de handicap avançant en âge. Cette action crée du lien social grâce à des rencontres et des activités dédiées au bien-être, à la prévention, aux loisirs et à la culture, au domicile et en dehors, accessibles et adaptées (par exemple, des ateliers théâtre, des marches, des initiations informatiques, des jeux collectifs). Par cette action, l'association cherche à lutter contre l'inactivité, l'isolement, voire l'exclusion sociale, et ce afin de permettre l'accompagnement des ruptures.

Les rencontres sont l'occasion de partager ses expériences avec des personnes présentant les mêmes caractéristiques et d'interagir avec d'autres publics. Elles maintiennent une socialisation et permettent de réapprendre à vivre avec les autres. Elles sont conçues avec les aides à domicile et des organismes de loisirs.

**Tableau n° 19 : nombre de personnes ayant bénéficié d'un séjour  
de répit en 2020 et en 2021, par type de répit**

	Répit à domicile (baluchonnage/relayage)	Hébergement temporaire	Accueil de jour	Accueil familial	Autre	Total
2020	25	118	104	19	0	266
2021	49	49	343	19	10	470

Source : département de la Meuse

Le département, par l'intermédiaire de la conférence des financeurs, soutient diverses actions à destination des aidants. Les actions relèvent de différents thèmes, tels que la recherche de temps libre ou de l'accompagnement d'un aidant, la préservation de la santé et de la vie sociale.

Il a notamment financé une plateforme d'accompagnement de répit pour les proches aidants de personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative (*Interm'aides 55*). Dédié aux aidants, ce dispositif propose de l'écoute individualisée, des groupes de paroles, de prendre le relais des aidants, des activités de loisirs et de détente.

Par exemple, la plateforme organise tous les ans un forum gratuit à destination des aidants de personnes en perte d'autonomie et/ou de personnes vieillissantes en situation de handicap. Le forum permet notamment d'identifier de nouveaux aidants, de mobiliser un réseau de partenaires, d'informer la population des difficultés des aidants. Il est délocalisé dans des villes du département (Verdun, Etain, Bar-le-Duc, Stenay, etc.). L'édition 2020 a dû être annulée en raison de la crise sanitaire de la covid 19.

*Interm'aides 55* organise également, en divers endroits du département, des « cafés des aidants » pour partager les expériences entre aidants. 13 séances de deux heures se sont déroulées en 2020, réunissant 136 personnes dont 115 aidants, contre sept séances de deux heures en 2021, réunissant 69 aidants.

## **D - Les actions de prévention dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées bénéficient également aux PSHV**

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées<sup>81</sup> (CFPPA), dont la composition des membres respecte les dispositions de l'article L. 233-3 du CASF, coordonne dans chaque département les financements de la prévention de la perte d'autonomie pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

<sup>81</sup> La conférence des financeurs est prévue par la loi n° 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015.

Sur la base d'un diagnostic des besoins et du recensement des initiatives locales, la conférence identifie les axes prioritaires qui s'en dégagent et les inscrit dans un programme coordonné de financement des actions de prévention. Sur la période de contrôle, les actions prévues par la conférence ont été actualisées au regard du schéma de l'autonomie 2018-2022, puis feront l'objet d'un nouveau programme 2023-2026.

Les actions de prévention sont exclusivement destinées aux personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie. À titre illustratif, elles s'articulent autour des enjeux de « bien vieillir chez soi », de la prévention par les SAAD et les SPASAD et du déploiement d'actions collectives de prévention telles que l'amélioration de la communication aux usagers.

Pour faciliter le maintien à domicile et prévenir la perte d'autonomie (le « bien vieillir chez soi »), le programme de la conférence des financeurs dédie un axe à l'accès aux équipements et aides techniques. Seules les personnes de plus de 60 ans, autonomes (non girées ou relevant d'un groupe iso-ressources - GIR<sup>82</sup> - 6 ou 5) peuvent accéder à ces aides individuelles. La conférence des financeurs a depuis étendu ses critères en permettant à toutes les personnes de plus de 60 ans, quel que soit le niveau de dépendance, d'y prétendre.

Le programme coordonné de la conférence des financeurs n'identifie pas d'actions spécifiques en faveur des PSHV.

Ces dernières peuvent toutefois bénéficier de certaines actions, à l'instar des aides aux aidants. Le département de la Meuse souhaite en effet étoffer et diversifier l'offre de répit pour prévenir les risques d'épuisement, et propose des solutions d'accueil alternatif aux établissements, par exemple l'accueil en famille d'accueil des aidants.

En outre, trois actions financées sous la période de contrôle concernent directement les PSHV.

En 2017 puis en 2019, l'ADAPEIM de Vassincourt a perçu des subventions pour un montant total de 126 900 € pour d'une part, créer une plateforme d'accompagnement à l'avancée en âge des aidants et à la préparation à la fin d'activité pour tous les travailleurs en ESAT du département en fin de parcours professionnel, et, en complément de la plateforme, d'autre part, un dispositif d'animation et de rencontre itinérant à l'attention des personnes en situation de handicap avançant en âge.

---

<sup>82</sup> La grille nationale autonomie gérontologie groupe iso ressources (Aggir) permet de mesurer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'APA. Elle sert à déterminer si le demandeur a droit à l'APA et, dans ce cas, le niveau d'aide dont il a besoin. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en six groupes iso-ressources (GIR). À chaque GIR correspond un niveau de besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort.

En 2022, le SSIAD et l'accueil de jour d'Ancerville, porté par l'ADMR<sup>83</sup>, a reçu une subvention de 9 554 € pour un forum destiné aux aidants de personnes en perte d'autonomie et/ou de personnes vieillissantes en situation de handicap.

## **E - Les instances locales de coordination géronologique : des activités complémentaires pour « bien vieillir » à domicile**

Une instance locale de coordination gérontologique (ILCG) est le rassemblement de personnes physiques et morales qui apportent directement ou indirectement leur concours aux personnes âgées. Elle est prévue par la circulaire du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale en faveur des retraités et personnes âgées.

L'ILCG recense, sur son secteur géographique, les besoins sanitaires, sociaux et culturels des personnes âgées, coordonne et améliore les actions existantes en faveur des personnes âgées et suscite des actions futures, informe, conseille et oriente. Elle est aussi un lieu de rencontres et d'échanges et contribue à ce titre à rompre l'isolement et la solitude.

La Meuse compte 27 ILCG, soit 500 bénévoles au service du « bien vieillir » à domicile. Les instances couvrent l'ensemble du territoire. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les territoires d'intervention des ILCG correspondent aux périmètres géographiques des intercommunalités<sup>84</sup>.

Le département finance chaque année le fonctionnement des ILCG. Sur la période 2016-2021, ce soutien représente un montant total de près de 265 000 €, soit en moyenne, 44 088 € par an.

Chaque ILCG propose diverses activités, par exemple des animations (gymnastique, cours informatiques, conférences, cinéma, etc.), du portage de repas au domicile des personnes âgées, de l'acheminement de personnes âgées des secteurs ruraux vers des lieux de vie et d'animation.

Les ILCG sollicitent la conférence des financeurs pour contribuer au financement des activités destinées aux personnes âgées, à l'instar de séances d'autohypnose et d'exercices de lâcher-prise (2021), d'initiations à la vannerie, de séances de thérapie et d'animation assisté par l'animal et des pièces de théâtre (2020). Parmi les actions financées, aucune n'est spécifique aux PSHV.

---

<sup>83</sup> Aide à domicile en milieu rural. Il s'agit d'un réseau associatif de services à la personne.

<sup>84</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, le département de la Meuse compte deux communautés d'agglomération (Bar-le-Duc-Sud Meuse et du Grand Verdun) et 13 communautés de communes.

---

## CONCLUSION

---

*Les parcours résidentiels des personnes en situation de handicap vieillissantes prennent des formes de plus en plus variées avec ou sans aide au domicile familial mais également en habitat individuel ou regroupé. Le nombre de personnes porteuses de handicap de plus de 45 ans bénéficiant de la prestation de compensation du handicap est en progression (+34,6 %) depuis 2018.*

*La majorité des personnes handicapées accompagnées par un service d'aide et d'accompagnement à domicile ont moins de 60 ans.*

*L'offre existante d'accompagnement à destination des PSHV tend à être renforcée par des services innovants notamment à travers le dispositif « e-Meuse santé » dont l'expérimentation a débuté fin 2021.*

*Divers dispositifs en faveur des aidants des personnes âgées et en situations de handicap participent à la prévention des ruptures des parcours de l'aidé.*

*En outre, des actions de prévention dans le cadre des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ciblent directement des PSHV à travers des actions d'accompagnement à l'avancée en âge des aidants et à la préparation à la fin d'activité pour tous les travailleurs en ESAT du département de la Meuse, et, un dispositif d'animation et de rencontre itinérant à l'attention des personnes en situation de handicap avançant en âge.*

---

## Liste des abréviations

AAH.....	Allocation aux adultes handicapés
ACFP.....	Allocation compensatrice pour frais professionnels
ACTP .....	Allocation compensatrice pour tierce personne
AGGIR.....	Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources
APA.....	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS.....	Agence régionale de santé
ASE.....	Aide sociale à l'enfance
ASH/AESH.....	Accompagnant des élèves en situation de handicap
AVS.....	Auxiliaire de vie scolaire
CAF.....	Caisse d'allocations familiales
CARSAT .....	Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail
CD .....	Conseil départemental
CDA ou CDAPH ..	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CGSS.....	Caisses générales de sécurité sociale
CMI.....	Carte mobilité inclusion
CMP/CMPP .....	Centre médico-psychologique/centre médico-psycho-pédagogique
CNAF.....	Caisse nationale des allocations familiales
CNSA .....	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM .....	Caisse primaire d'assurance maladie
CREAI.....	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
DDASS.....	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
EMS .....	Équipe médico-sociale
ESAT.....	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS .....	Établissements et services médico-sociaux
ETP .....	Équivalent temps plein
FAM-MAS .....	Foyer d'accueil médicalisé-Maison d'accueil spécialisée
FDCH.....	Fonds départemental de compensation du handicap
FDV.....	Foyer de vie pour personnes handicapées
FINSS .....	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIPHFP.....	Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique

---

GIP .....	Groupement d'intérêt public
GIR.....	Groupe « iso-ressources »
HAS.....	Haute Autorité de santé
IME .....	Institut médico-éducatif
ITEP .....	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAIA .....	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDA/MTA .....	Maison départementale de l'autonomie/maison territoriale de l'autonomie
MDPH .....	Maison départementale des personnes handicapées
PA/PH .....	Personne âgée/personne handicapée
PAG.....	Plan d'accompagnement global
PCH.....	Prestation de compensation du handicap
PCPE .....	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PPC .....	Plan personnalisé de compensation
PRTH/PRITH .....	Plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés
RAPT .....	Réponse accompagnée pour tous
RGPD .....	Règlement général de protection des données
RH .....	Ressources humaines
RQTH.....	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAMSAH .....	Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS .....	Services d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD.....	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SI/SIH.....	Système d'information/Système d'information harmonisé
SIADVS .....	Service interrégional d'appui pour adultes déficients visuels
TMS .....	Troubles musculosquelettiques
TSA .....	Troubles du spectre autistique
UAPH.....	Unité ambulatoire péri hospitalière

## **Annexes**

Annexe n° 1 : statistiques relatives aux personnes handicapées vieillissantes .....	92
Annexe n° 2 : fiche n° 10 du schéma départemental de l'autonomie 2018-2022 « Mieux accompagner les personnes en situation de handicap vieillissantes » .....	102
Annexe n° 3 : l'habitat inclusif dans le département de la Meuse .....	104

## Annexe n° 1 : statistiques relatives aux personnes handicapées vieillissantes

**Tableau n° 20 : évolution du nombre de personnes ayant un droit  
ouvert à la MDPH par âge, tous droits confondus**

<i>Âge / nombre de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH (tous droits confondus</i>	<b>Au 31/12/2010</b>	<b>Au 31/12/2015</b>	<b>Au 31/12/2020</b>	<b>Évolution 2010-2015</b>	<b>Évolution 2015-2020</b>	<b>Évolution 2010-2020</b>
0-4 ans	ND	ND	47	ND	ND	ND
5-9 ans	ND	ND	450	ND	ND	ND
10-14 ans	ND	ND	832	ND	ND	ND
15-19 ans	ND	ND	532	ND	ND	ND
<b>0-19 ans</b>	<b>ND</b>	<b>1 358</b>	<b>1 861</b>	<b>ND</b>	<b>37 %</b>	<b>ND</b>
20-24 ans	ND	ND	444	ND	ND	ND
25-29 ans	ND	ND	431	ND	ND	ND
30-34 ans	ND	ND	521	ND	ND	ND
35-39 ans	ND	ND	716	ND	ND	ND
40-44 ans	ND	ND	888	ND	ND	ND
45-49 ans	ND	ND	1 203	ND	ND	ND
50-54 ans	ND	ND	1 637	ND	ND	ND
55-59 ans	ND	ND	2 063	ND	ND	ND
<b>20-59 ans</b>	<b>NC</b>	<b>7 450</b>	<b>7 903</b>	<b>ND</b>	<b>6 %</b>	<b>ND</b>
60-64 ans	ND	ND	1 866	ND	ND	ND
65-69 ans	ND	ND	902	ND	ND	ND
70-74 ans	ND	ND	931	ND	ND	ND
75-79 ans	ND	ND	737	ND	ND	ND
80-84 ans	ND	ND	687	ND	ND	ND
85-89 ans	ND	ND	682	ND	ND	ND
90 ans et plus	ND	ND	725	ND	ND	ND
<b>60 ans et plus</b>	<b>ND</b>	<b>5 330</b>	<b>6 530</b>	<b>ND</b>	<b>23 %</b>	<b>ND</b>
<b>Total</b>	<b>12 137</b>	<b>14 138</b>	<b>16 294</b>	<b>16 %</b>	<b>15 %</b>	<b>34 %</b>
<b>Total des plus de 45 ans</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>11 143</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>

Source : MDPH de la Meuse.

**Tableau n° 21 : évolution du nombre de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH par âge, hors RQTH et carte mobilité inclusion**

<i>Âge/ nombre de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH (hors RQTH et carte solidarité transport)</i>	<b>Au 31/12/2010</b>	<b>Au 31/12/2015</b>	<b>Au 31/12/2020</b>	<b>Évolution 2010-2015</b>	<b>Évolution 2015-2020</b>	<b>Évolution 2010-2020</b>
0-4 ans	ND	ND	47	ND	ND	ND
5-9 ans	ND	ND	450	ND	ND	ND
10-14 ans	ND	ND	832	ND	ND	ND
15-19 ans	ND	ND	529	ND	ND	ND
20-24 ans	ND	ND	321	ND	ND	ND
25-29 ans	ND	ND	287	ND	ND	ND
30-34 ans	ND	ND	313	ND	ND	ND
35-39 ans	ND	ND	376	ND	ND	ND
40-44 ans	ND	ND	425	ND	ND	ND
45-49 ans	ND	ND	518	ND	ND	ND
50-54 ans	ND	ND	685	ND	ND	ND
55-59 ans	ND	ND	827	ND	ND	ND
60-64 ans	ND	ND	646	ND	ND	ND
65-69 ans	ND	ND	381	ND	ND	ND
70-74 ans	ND	ND	211	ND	ND	ND
75-79 ans	ND	ND	73	ND	ND	ND
80-84 ans	ND	ND	25	ND	ND	ND
85-89 ans	ND	ND	17	ND	ND	ND
90 ans et plus	ND	ND	9	ND	ND	ND
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6972</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>
<b>Total des plus de 45 ans</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3392</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>

Source : MDPH de la Meuse.

**Tableau n° 22 : évolution du nombre de personnes ayant un droit ouvert à la PCH et à l'ACTP par âge**

<i>Âge / nombre de personnes ayant un droit ouvert à la PCH</i>	<b>Au 31/12/2010</b>	<b>Au 31/12/2015</b>	<b>Au 31/12/2020</b>	<b>Évolution 2010-2015</b>	<b>Évolution 2015-2020</b>	<b>Évolution 2010-2020</b>
<i>0-4 ans</i>		0	0	ND	ND	ND
<i>5-9 ans</i>		5	1	ND	- 80 %	ND
<i>10-14 ans</i>		17	6	ND	- 65 %	ND
<i>15-19 ans</i>		16	14	ND	- 13 %	ND
<i>20-24 ans</i>		22	58	ND	164 %	ND
<i>25-29 ans</i>		47	44	ND	- 6 %	ND
<i>30-34 ans</i>		43	56	ND	30 %	ND
<i>35-39 ans</i>		52	54	ND	4 %	ND
<i>40-44 ans</i>		68	64	ND	- 6 %	ND
<i>45-49 ans</i>		90	88	ND	- 2 %	ND
<i>50-54 ans</i>		105	116	ND	10 %	ND
<i>55-59 ans</i>		107	129	ND	21 %	ND
<i>60-64 ans</i>		117	142	ND	21 %	ND
<i>65-69 ans</i>		82	111	ND	35 %	ND
<i>70-74 ans</i>		29	63	ND	117 %	ND
<i>75-79 ans</i>		8	26	ND	225 %	ND
<i>80-84 ans</i>		1	5	ND	400 %	ND
<i>85-89 ans</i>		21	1	ND	- 95 %	ND
<i>90 ans et plus</i>		0	2	ND	ND	ND
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>830</b>	<b>980</b>	<b>ND</b>	<b>18 %</b>	<b>ND</b>
<i>Total des plus de 45 ans</i>	0	560	683	ND	22 %	ND

Source : MDPH de la Meuse

**Tableau n° 23 : évolution du nombre de personnes ayant un droit ouvert à l'AAH 1 et 2 par âge**

Âge / nombre de personnes ayant un droit ouvert à l'AAH	Évolution de nombre de personnes ayant un droit ouvert à l'AAH 1 par âge						Évolution de nombre de personnes ayant un droit ouvert à l'AAH 2 par âge					
	Au 31/12/2010	Au 31/12/2015	Au 31/12/2020	Évolution 2010-2015	Évolution 2015-2020	Évolution 2010-2020	Au 31/12/2010	Au 31/12/2015	Au 31/12/2020	Évolution 2010-2015	Évolution 2015-2020	Évolution 2010-2020
0-4 ans	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND
5-9 ans	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND
10-14 ans	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND
15-19 ans	ND	ND	6	ND	ND	ND	ND	ND	1	ND	ND	ND
20-24 ans	ND	ND	143	ND	ND	ND	ND	ND	78	ND	ND	ND
25-29 ans	ND	ND	135	ND	ND	ND	ND	ND	118	ND	ND	ND
30-34 ans	ND	ND	168	ND	ND	ND	ND	ND	107	ND	ND	ND
35-39 ans	ND	ND	226	ND	ND	ND	ND	ND	126	ND	ND	ND
40-44 ans	ND	ND	249	ND	ND	ND	ND	ND	117	ND	ND	ND
45-49 ans	ND	ND	326	ND	ND	ND	ND	ND	120	ND	ND	ND
50-54 ans	ND	ND	289	ND	ND	ND	ND	ND	188	ND	ND	ND
55-59 ans	ND	ND	529	ND	ND	ND	ND	ND	223	ND	ND	ND
60-64 ans	ND	ND	496	ND	ND	ND	ND	ND	156	ND	ND	ND
65-69 ans	ND	ND	384	ND	ND	ND	ND	ND	2	ND	ND	ND
70-74 ans	ND	ND	170	ND	ND	ND	ND	ND	3	ND	ND	ND
75-79 ans	ND	ND	64	ND	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND
80-84 ans	ND	ND	25	ND	ND	ND	ND	ND	1	ND	ND	ND
85-89 ans	ND	ND	13	ND	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND
90 ans et plus	ND	ND	5	ND	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3 228</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 240</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>
<b>Total des plus de 45 ans</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 301</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>693</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>

Source : MDPH de la Meuse

**Tableau n° 24 : évolution du nombre de bénéficiaires et du volume financier moyen de la PCH aménagement du logement et de la PCH aide technique, par tranche d'âge, en 2015 et 2020**

Personnes touchées ; volume financier/ tranche d'âge	Structure d'utilisation de la PCH/ ACTP en 2015 (au 31/12)						Structure d'utilisation de la PCH/ ACTP en 2020 (au 31/12)					
	PCH aide technique			PCH aménagement du logement			PCH aide technique			PCH aménagement du logement		
	Nombre de personnes touchées	Volume financier en euros	Montant moyen par personne	Nombre de personnes touchées	Volume financier en euros	Montant moyen par personne	Nombre de personnes touchées	Volume financier en euros	Montant moyen par personne	Nombre de personnes touchées	Volume financier en euros	Montant moyen par personne
0045-49 ans	19	19 497	1 026,2	2	13 921	6 960,5	11	5 408	491,6	6	17 461	2 910,2
50-54 ans	16	14 058	878,6	2	2 863	1 431,5	12	9 370	780,8	6	24 977	4 162,8
55-59 ans	15	5 097	339,8	5	22 973	4 594,6	17	14 723	866,1	6	21 764	3 627,3
60-64 ans	20	10 219	511	1	4 211	4 211	21	13 326	634,6	7	16 140	2 305,7
65-69 ans	7	2 567	366,7	2	4 039	2 019,5	15	6 724	448,3	0	0	0
70-74 ans	0	0	0	0	0	0	2	300	150	1	4 018	4 018
75-79 ans	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
80-84 ans	0	0	0	0	0	0	1	631	631	0	0	0
85-89 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90 ans et plus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>51 438</b>	<b>668</b>	<b>12</b>	<b>48 007</b>	<b>4 000,6</b>	<b>80</b>	<b>50 482</b>	<b>631</b>	<b>26</b>	<b>84 360</b>	<b>3 244,6</b>

Source : MDPH de la Meuse

**Tableau n° 25 : effectivité de l'orientation vers les SAVS  
et SAMSAH au 31/12/2021**

Âge/ orientations	Nombre de personnes ayant une orientation vers un SAVS	Nombre de personnes effectivement accompagnées par un SAVS	Taux d'effectivité de l'orientation en SAVS par âge	Nombre de personnes ayant une orientation vers un SAMSAH	Nombre de personnes effectivement accompagnées par un SAMSAH	Taux d'effectivité de l'orientation vers un SAMSAH par âge
20-24 ans	57	42	73,7 %	8	6	75,0 %
25-29 ans	67	49	73,1 %	7	5	71,4 %
30-34 ans	42	32	76,2 %	7	4	57,1 %
35-39 ans	47	29	61,7 %	2	0	0,0 %
40-44 ans	28	19	67,9 %	3	1	33,3 %
45-49 ans	43	27	62,8 %	3	2	66,7 %
50-54 ans	38	27	71,1 %	4	1	25,0 %
55-59 ans	55	44	80,0 %	5	0	0,0 %
60-64 ans	36	25	69,4 %	1	1	100,0 %
65-69 ans	10	7	70,0 %	0	0	0
70-74 ans	2	1	50,0 %	0	0	0
75-79 ans	1	1	100,0 %	0	0	0
80-84 ans	0	0	0	0	0	0
85-89 ans	0	0	0	0	0	0
90 ans et plus	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>426</b>	<b>303</b>	<b>71,1 %</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>50,0 %</b>

Source : MDPH de la Meuse

**Tableau n° 26 : tensions sur l'offre d'accueil en établissement pouvant accueillir des PHV par type de handicap (données MDPH)**

Type de handicap	Type de structure/ nb de personnes	Nb de personnes orientées par CDAPH 2020	Nb de personnes handicapées inscrites sur liste d'attente d'un établissement 2020	Nb de personnes accueillies 2020	Délai moyen d'attente avant d'obtenir une place (en mois) 2020	Nb de personnes orientées par CDAPH 2021	Nb de personnes handicapées inscrites sur liste d'attente d'un établissement 2021	Nb de personnes accueillies 2020	Délai moyen d'attente avant d'obtenir une place (en mois) 2020
Tout handicap confondu	Accueil de jour	Les orientations accueil de jour sont gérées au sein des catégories d'établissement ci-dessous et ne font pas l'objet d'un traitement à part. Il s'agit d'une des modalités d'accueil							
	ESAT	784	48	437	ND	714	64	566	ND
	EANM	517	30	325	ND	538	29	455	ND
	FAM	123	7	80	ND	121	8	103	ND
	MAS	227	28	167	ND	229	14	185	ND

Source : MDPH de la Meuse

**Tableau n° 27 : nombre de personnes en attente depuis plus d'un an d'une place en établissement par type de handicap et par type d'établissement et par tranche d'âge**

Total, tous handicaps					
Type de structure/ nb de personnes entrée par tranche d'âge	Accueil de jour	ESAT	EANM	FAM	MAS
20-24 ans	0	9		9	2
25-29 ans	0	4		1	1
30-34 ans	0	3		1	0
35-39 ans	0	6		3	0
40-44 ans	0	2		0	0
45-49 ans	0	1		0	2
50-54 ans	0	6		1	0
55-59 ans	0	1		1	0
60-64 ans	0	0		0	0
65-69 ans	0	0		1	1
70-74 ans	0	0		0	0
75-79 ans	0	0		0	0
80-84 ans	0	0		0	0
85-89 ans	0	0		0	0
90 ans et plus	0	0		0	0

Source : MDPH de la Meuse.

**Tableau n° 28 : nombre de personnes ayant bénéficié d'une réévaluation de la PCH en moins de 30 jours par tranche d'âge (délai entre la demande et la décision - données MDPH sur la période 2016-2021)**

Âge des personnes ayant bénéficié d'une réévaluation de la PCH en urgence	PCH aide humaine - tout type d'aidants	PCH aide technique	PCH aménagement du logement	PCH aide exceptionnelle ou spécifique	PCH transport	Nombre de situations (sans doublon)*
20-24 ans	1	0	1	2	2	4
25-29 ans	1	1	0	2	0	4
30-34 ans	1	5	0	1	2	8
35-39 ans	1	0	0	0	0	1
40-44 ans	0	4	0	2	0	5
45-49 ans	1	2	1	1	1	5
50-54 ans	4	5	0	1	0	9
55-59 ans	10	5	1	6	1	17
60-64 ans	4	7	0	5	0	14
65-69 ans	4	2	0	5	0	8
70-74 ans	6	2	0	7	0	10
75-79 ans	4	2	0	3	0	4
80-84 ans	0	0	0	0	0	0
85-89 ans	1	1	0	0	0	1
90 ans et plus	1	0	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>91</b>

Source : MDPH de la Meuse ; \* car une personne peut bénéficier des 6 types de PCH

**Tableau n° 29 : évolution des prises en charge par défaut depuis 2015**

Type de prise en charge par défaut	Nombre de personnes qui ont un plan de compensation du handicap supérieur à 200 h d'aides humaines par mois, par tranche d'âge	
	En 2015	En 2020
Âge		
20-24 ans	7	6
25-29 ans	6	4
30-34 ans	12	14
35-39 ans	9	8
40-44 ans	8	6
45-49 ans	6	3
50-54 ans	4	1
55-59 ans	2	2
60-64 ans	5	7
65-69 ans	0	1
70-74 ans	1	1
75-79 ans	0	0
80-84 ans	1	0
85-89 ans	0	0
<b>90 ans et plus</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Source : MDPH de la Meuse

**Tableau n° 30 : nombre de personnes ayant été l'objet d'une situation critique**

Âge	Nombre de personnes ayant déposé une plainte ou un signalement auprès de la DT ARS	Nombre de personnes ayant subi un événement indésirables graves	Nombre de personnes ayant fait l'objet d'une étude en commission situation complexe ou RAPT	Nombre de personnes accompagnées par un PCPE
20-24 ans	ND	ND	29	12
25-29 ans	ND	ND	7	5
30-34 ans	ND	ND	3	2
35-39 ans	ND	ND	6	2
40-44 ans	ND	ND	4	1
45-49 ans	ND	ND	4	2
50-54 ans	ND	ND	3	1
55-59 ans	ND	ND	5	0
60-64 ans	ND	ND	3	0
65-69 ans	ND	ND	1	0
70-74 ans	ND	ND	0	0
75-79 ans	ND	ND	0	0
80-84 ans	ND	ND	0	0
85-89 ans	ND	ND	0	0
<b>90 ans et plus</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Source : MDPH de la Meuse

**Tableau n° 31 : nombre de personnes ayant bénéficié d'une orientation MDPH en urgence par type d'établissement (délai de moins de 30 jours entre la saisine de la MDPH et l'orientation par la CDAPH - données MDPH)**

Âge / type d'établissement	EANM	FAM	MAS	Toute orientation (sans doublon d'orientation)
20-24 ans	21	0	2	23
25-29 ans	4	3	0	7
30-34 ans	1	0	3	4
35-39 ans	6	0	1	7
40-44 ans	3	0	1	4
45-49 ans	3	0	2	5
50-54 ans	1	3	4	8
55-59 ans	1	3	1	5
60-64 ans	2	0	3	5
65-69 ans	1	0	1	2
70-74 ans	0	0	0	0
75-79 ans	1	0	0	1
80-84 ans	0	0	0	0
85-89 ans	0	0	0	0
<b>90 ans et plus</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Source : MDPH de la Meuse

**Tableau n° 32 : nombre de personnes concernées par des droits à vie et par des coupures de droits**

<i>Âge / nombre de personnes</i>	Nombre de personnes handicapées ayant des droits à vie en 2020 par tranche d'âge	Nombre de personnes handicapées ayant des droits à vie en 2021 par tranche d'âge	Nombre de personnes n'ayant pas eu de renouvellement de ses droits en 2020 par tranche d'âge	Nombre de personnes n'ayant pas eu de renouvellement de ses droits en 2021 par tranche d'âge
20-24 ans	30	79	ND	ND
25-29 ans	47	98	ND	ND
30-34 ans	62	132	ND	ND
35-39 ans	84	168	ND	ND
40-44 ans	172	292	ND	ND
45-49 ans	189	331	ND	ND
50-54 ans	389	695	ND	ND
55-59 ans	442	728	ND	ND
60-64 ans	450	612	ND	ND
65-69 ans	512	676	ND	ND
70-74 ans	575	703	ND	ND
75-79 ans	630	683	ND	ND
80-84 ans	602	675	ND	ND
85-89 ans	560	592	ND	ND
90 ans et plus	460	493	ND	ND
<b>Total</b>	<b>5 204</b>	<b>6 957</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>
<b>Total des plus de 45 ans</b>	<b>4 809</b>	<b>6 188</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>

Source : MDPH de la Meuse

## **Annexe n° 2 : fiche n° 10 du schéma départemental de l'autonomie 2018-2022 « Mieux accompagner les personnes en situation de handicap vieillissantes »**

*Priorité de mise en œuvre* : un sur quatre (un étant le plus prioritaire)

### *Rappel du contexte / de la problématique*

Il y a aujourd'hui une offre spécifique pour les personnes handicapées vieillissantes très limitée sur la Meuse. Certains EHPAD accueillent cependant des personnes handicapées vieillissantes mais de manière le plus souvent informelle. Lorsqu'elles sont dans des établissements pour personnes en situation de handicap, la prise en charge de ces personnes est compliquée car, avec l'avancée en âge, elles n'ont plus les mêmes besoins que les autres résidents.

De même, lorsqu'une personne en situation de handicap arrive jeune en EHPAD, vers 60 ans (ou avant, sur dérogation), l'adaptation peut être difficile, le décalage avec les autres résidents étant important. De plus, les professionnels des EHPAD peuvent être démunis face à ces situations complexes pour lesquels ils n'ont pas de formation spécifique.

De plus, le public composant la catégorie des « personnes handicapées vieillissantes » est très varié puisqu'il y a autant de personnes en situation de handicap vieillissantes que de type de handicap, d'autant plus qu'avec l'avancée en âge, les pathologies peuvent évoluer fortement.

L'intervention des équipes mobiles (psycho-gériatrie notamment) permet d'apporter un soutien aux structures et de pallier le manque de solutions intermédiaires. Ces interventions doivent être développées.

Les questions de mixité des publics au sein des structures, de formation des professionnels et d'articulation des acteurs sont centrales dans la construction de solutions adaptées pour des publics très distincts. Il est important de diversifier l'offre existante.

La problématique se pose également pour les travailleurs d'ESAT vieillissants. Ils peuvent être amenés à travailler à mi-temps mais ils n'ont alors pas de prise en charge adaptée la deuxième partie du temps.

### **Objectifs**

- définir des modalités d'accompagnement répondant aux besoins des personnes en situation de handicap vieillissantes ;
- adapter les établissements existants à ces nouvelles problématiques ;
- mieux repérer les personnes et anticiper le vieillissement des personnes en situation de handicap ;
- encourager le décloisonnement entre les secteurs pour fluidifier les transitions entre deux dispositifs ;
- diversifier les réponses apportées aux personnes en situation de handicap vieillissantes pour répondre aux spécificités des différents profils à partir de l'existant.

### **Modalités de mise en œuvre de la fiche**

<i>Action 1</i>	<b>Poursuivre la formation du personnel des structures et des équipes mobiles pour la prise en charge de ce public</b>
<i>Action 2</i>	Favoriser l'intervention des équipes mobiles au sein des structures
<i>Action 3</i>	Encourager les mutualisations et le partenariat entre structures (personnels, activités communes...)
<i>Action 4</i>	<b>Favoriser le développement des unités PHV (personnes handicapées vieillissantes) dans les établissements existants (secteurs PA et PH)</b>

### **Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action**

- nombre de formations mises en place et nombre de participants (action 1) ;
- évolution du nombre d'interventions des équipes mobiles spécialisées au sein des structures (action 2) ;
- évolution du nombre de conventions de mutualisations et de partenariat signées entre structures (action 3) ;
- évolution du nombre d'unités de PHV et nombre de places proposées (action 4).

**Pilote** : département (Direction de l'Autonomie)

**Copilote(s)** : département (Service des Ressources Mutualisées des Solidarités), ARS

**Acteurs et partenaires associés** : MDPH, ESMS du secteur personnes âgées et du secteur personnes en situation de handicap, centres hospitaliers.

### **Annexe n° 3 : l'habitat inclusif dans le département de la Meuse**

L'habitat inclusif constitue une forme « d'habiter » complémentaire au domicile (logement ordinaire) et à l'accueil en établissement (hébergement). Il s'agit de petits ensembles de logements indépendants, caractérisés par la volonté de ses habitants de vivre ensemble et par des espaces de vie individuelle associés à des espaces de vie partagée, dans un environnement adapté et sécurisé<sup>85</sup>.

L'habitat inclusif<sup>86</sup> est ainsi un habitat accompagné, partagé et inséré dans la vie locale. Il est destiné aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes. Ce mode d'habitat regroupé est assorti d'un projet de vie sociale.

Le logement dit « hors les murs » est intermédiaire entre le logement ordinaire et l'hébergement en institution. Il peut être plus ou moins médicalisé et construit ou aménagé afin de correspondre aux besoins spécifiques de ceux qui vont y habiter.

Les habitants peuvent disposer d'une aide pour la vie partagée par l'intervention d'un professionnel chargé de l'animation, de la coordination ou de la régulation du vivre ensemble, à l'intérieur comme à l'extérieur du logement.

Le projet de vie sociale et partagée est défini dans la loi pour l'évolution du logement, de l'aménagement et de la transition numérique (loi ELAN) du 23 novembre 2018. Il fait l'objet d'un financement spécifique, le forfait habitat inclusif, ou, à compter de 2021 dans les départements qui l'ont mis en place, comme dans la Meuse, de la prestation d'aide à la vie partagée.

La conférence des financeurs habitat inclusif, réunie le 13 septembre 2022, a défini une grille de huit questions pour définir l'habitat inclusif.

- 1- le logement proposé répond-il en premier lieu au souhait de vivre ensemble ?
- 2- est-ce que les habitants ont construit ou prévoient de construire ensemble un projet de vie sociale et partagée ou participent pour le moins à son évolution ?

---

<sup>85</sup> Cf. site internet de la CNSA.

<sup>86</sup> L'habitat inclusif est défini à l'article L. 281-1 du CASF.

- 3- l'habitant est-il libre de la gestion de son rythme de vie, des personnes qu'il invite, de ses activités, de ses allers et venues, etc. ?
- 4- les habitants décident-ils ensemble des temps et des moments de vie quotidienne qu'ils souhaitent partager ?
- 5- est-ce qu'il existe des espaces de vie individuels et des espaces de vie partagés à l'intérieur ou à l'extérieur du logement, à proximité et faciles d'accès ?
- 6- les habitants peuvent-ils accéder facilement à des commerces de proximité, des services de transport, des professionnels médicaux, des lieux sportifs et culturels, etc. ?
- 7- ont-ils accès à une vie locale, de quartier ou de centre-bourg, comme tout citoyen ?
- 8- les habitants peuvent-ils choisir librement les services et professionnels pour le soutien à l'autonomie, la santé, etc. ?