

Cour des comptes



Chambres régionales  
& territoriales des comptes

ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ACCOMPAGNEMENT  
DES PERSONNES  
EN SITUATION  
DE HANDICAP  
VIEILLISSANTES

Cahier territorial du Nord

Rapport public thématique

Septembre 2023



# Sommaire

<b>Procédures et méthodes</b> .....	<b>5</b>
<b>Synthèse</b> .....	<b>9</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>13</b>
<b>Chapitre I Les chiffres clés du handicap dans le département du nord</b> .....	<b>17</b>
I - Une population de personnes en situation de handicap en forte augmentation, majoritairement à domicile .....	17
A - Une population surreprésentée et en évolution rapide notamment pour les personnes en situation de handicap vieillissantes .....	17
B - Une population vieillissante pour tous les types de handicap .....	19
C - Des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de handicap vieillissantes très majoritairement à domicile .....	20
II - Une offre qui prend en compte le vieillissement des personnes en situation de handicap sans répondre complètement aux besoins .....	21
A - Des taux d'équipement supérieurs aux moyennes nationales mais des taux de rotation faibles .....	21
B - Une offre spécifique au profit des personnes en situation de handicap vieillissantes .....	24
C - Une faible évolution quantitative de l'offre .....	27
D - Une offre sous tension .....	28
E - Un accueil important en Belgique .....	31
<b>Chapitre II La gouvernance</b> .....	<b>35</b>
I - Les acteurs clés des politiques locales du handicap .....	35
A - Une gouvernance territoriale partagée au pilotage difficile .....	35
B - Des répartitions de compétences et de multiples catégories d'établissements et de services complexes pour les usagers .....	36
C - Une nécessaire articulation de l'ARS et du département .....	40
D - La MDPH : de l'ouverture des droits à l'accompagnement individuel .....	41
II - Des stratégies institutionnelles propres .....	45
A - Le schéma régional de santé .....	45
B - Le schéma unique des solidarités humaines 2018-2022 du département du Nord .....	46
C - La feuille de route MDPH 2022 .....	49
III - Une même difficulté à appréhender les besoins .....	51
A - L'outil « ViaTrajectoire » de suivi des orientations et des places disponibles n'est pas opérationnel .....	51
B - La négociation des CPOM retardée par la crise sanitaire .....	52
C - Des diagnostics territoriaux attendus fin 2022 .....	52

IV - Des moyens financiers encadrés alloués aux politiques du handicap, et peu de moyens supplémentaires pour les PHV .....	53
A - Des financements sous contrainte pour l'ARS .....	53
B - Des financements sous contrainte pour le Conseil départemental .....	55
<b>Chapitre III Les parcours résidentiels des personnes en situation de handicap vieillissantes.....</b>	<b>59</b>
I - Un accompagnement à domicile généraliste .....	59
A - Une offre fragilisée par les tensions sur le recrutement .....	59
B - Des services d'aide qui se sont adaptés au vieillissement des personnes en situation de handicap.....	60
C - Des besoins en aides techniques et en aménagement du logement mutualisés.....	64
D - Des solutions d'habitat inclusif pour PHV en cours de développement .....	65
E - Le repérage des situations de fragilité liées au vieillissement repose sur un travail en réseau .....	66
F - Un empilement peu lisible des dispositifs de traitement des situations complexes.....	70
II - L'adaptation des parcours résidentiels des personnes en situation de handicap vieillissantes.....	72
A - Les actions des CPOM en faveur des personnes en situation de handicap vieillissantes .....	72
B - Les freins repérés à l'accompagnement des PSHV en établissement PH.....	72
C - Le difficile accès aux ESMS en cours de vie.....	73
D - Les risques de rupture de parcours en établissement au moment de l'avancée en âge .....	75
E - Un accueil significatif et dispersé des PHV en Ehpad .....	76
F - La situation particulière des travailleurs avançant en âge en Esat.....	80
<b>Chapitre IV La prise en charge du soin .....</b>	<b>83</b>
I - La stratégie de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France.....	83
II - Les orientations départementales relatives à la santé 2019-2023.....	84
A - Des actions de sensibilisation des professionnels de santé .....	85
B - Un nouveau site d'information et de communication pour les professionnels et les particuliers .....	86
III - Un accès à la prévention et aux soins à améliorer.....	86
A - La mesure de l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap .....	87
B - Une offre de soins spécialisés principalement implantée dans le Nord.....	88
<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>91</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>93</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. [Préciser quelle formation a fait le rapport, qui est contrôlé, quelles méthodes d’instruction ont été utilisées (entretiens, auditions, visites, échantillon, sondage, collecte et traitement de données...)].

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

---

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



## 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 (PHV)<sup>2</sup>, les politiques locales et les prises en charges et accompagnements par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ont dû s'adapter. Cette monographie, consacrée au département du Nord, vise à comprendre comment les dispositifs ont évolué sur ce territoire et si cela a permis d'apporter des réponses pertinentes et suffisantes.

### **Une offre en établissement qui ne parvient pas à répondre aux besoins liés au vieillissement**

Les personnes ayant un droit ouvert à la MDPH<sup>3</sup> (274 000 personnes) sont surreprésentées dans le Nord car elles représentent plus de 10 % de la population du département. Leur nombre est en progression rapide soit 46 % sur la période 2011 à 2021 y compris chez les plus de 60 ans.

Même si les taux d'équipement peuvent être supérieurs aux moyennes nationales, l'offre en ESMS est insuffisante pour couvrir l'ensemble des besoins. Les besoins non satisfaits sont particulièrement importants dans les établissements médicalisés qui accueillent les handicaps les plus lourds (EAM/Mas) où les taux de rotation sont très faibles.

Faute de places en établissement, de nombreux accueils sont effectués en Ehpad ou en Belgique. De même, 279 jeunes adultes sont maintenus en établissements pour enfants soit une progression de 9 % entre 2018 et 2021.

---

<sup>2</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.

<sup>3</sup> En 2021 33 % des décisions concernent les cartes « mobilité inclusion » (stationnement, invalidité, priorité) destinées à faciliter les déplacements notamment de personnes âgées non handicapées par ailleurs.

### **Un pilotage entravé par une gouvernance partagée, une offre de plus en plus complexe et une méconnaissance des besoins**

Dans le Nord, les documents stratégiques et leurs déclinaisons opérationnelles prévoient d'adapter la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes en s'appuyant sur des initiatives portées par les acteurs associatifs du secteur du handicap.

Mais le partage de la gouvernance des politiques locales du handicap entre l'agence régionale de santé (ARS) et le département et une répartition compliquée de compétences partagées ou non entre des différents types d'établissements et services complexifie le pilotage, la lisibilité et la coordination de l'offre pour tous les acteurs publics et privés et pour les usagers.

La mise en place d'une maison de l'autonomie permet de mutualiser l'information à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. La MDPH a également facilité la vie des personnes en situation de handicap vieillissantes en améliorant ses délais d'instruction ou en accordant des droits sans limitation de durée.

Par contre, l'accès aux droits reste entravé par la complexité des différents types d'accompagnement à domicile ou en établissement et la difficulté d'y accéder. Les usagers et les différents acteurs du territoire disposent d'informations parcellaires et non fiables sur les places disponibles en ESMS.

La fiabilisation de l'outil de suivi des orientations en ESMS « via trajectoire PH » et son actualisation par tous les établissements et services constitue un enjeu majeur pour adapter l'offre aux besoins et améliorer l'équité entre les usagers et entre les territoires.

Les moyens financiers importants alloués aux politiques du handicap (en 2021, 551 M€ pour l'ARS et 379 M€ pour le département) ciblent peu les personnes en situation de handicap vieillissantes alors que les établissements recensent des surcoûts liés à la prise en charge du soin, à la formation des personnels, à l'aménagement des locaux et des matériels.

### **Le manque de fluidité des parcours résidentiels des personnes en situation de handicap**

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. 98 % des personnes en situation de handicap vivent à domicile.

Les services d'aides médicalisés, pour partie adaptés au handicap, interviennent traditionnellement à domicile mais de plus en plus dans les établissements pour prendre en charge la grande dépendance. Les personnes en situation de handicap vieillissantes venant du domicile intègrent difficilement ces structures.

Le territoire du Nord 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 d'accompagnement notamment des travailleurs Esat. Par contre, la multiplication des dispositifs de repérage et d'intervention et la création de nouveaux types de coordination développent l'offre d'accompagnement tout en la rendant peu lisible.

Les établissements du secteur du handicap ont prévu, d'une part, d'adapter les accompagnements au vieillissement de leurs résidents et d'autre part, de leur proposer une prise en charge en Ehpad. Ce changement de lieu de vie reste un bouleversement qui doit être minutieusement préparé et accompagné dans le temps avec des moyens suffisants en personnels formés.

### **Un accès aux soins à améliorer**

Les difficultés rencontrées pour accéder aux soins sont accentuées avec l'avancée en âge du fait de l'apparition des effets du vieillissement en plus des besoins liés au handicap.

Bien que le département du Nord propose une offre de soins spécialisée, avec des sites dédiés, la formation et la sensibilisation des professionnels de santé doivent encore être davantage développées.



## 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.

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

Cette adaptation se heurte toutefois à deux freins majeurs,<sup>4</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>5</sup>, et l'évolution de l'offre s'inscrit dans une dynamique plus inclusive.

---

<sup>4</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>5</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>6</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.

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 du Nord s'appuie d'abord sur les réponses apportées à l'enquête par le conseil départemental du Nord et l'agence régionale de santé des Hauts-de-France, ensuite sur le contrôle des comptes et de la gestion de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) du Nord et de l'Ehpad Les Bouleaux de Louches et enfin sur panel de 29 ESMS ayant répondu à un questionnaire d'enquête (annexe n° 6) et un panel de 12 établissements médico-sociaux pour personnes âgées (Ehpad) incluant des unités de vie pour personnes en situation de handicap vieillissantes.

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

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

---

<sup>6</sup> 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. E. Aragona, P. Baudot et M. Robelet.

### Le département du Nord

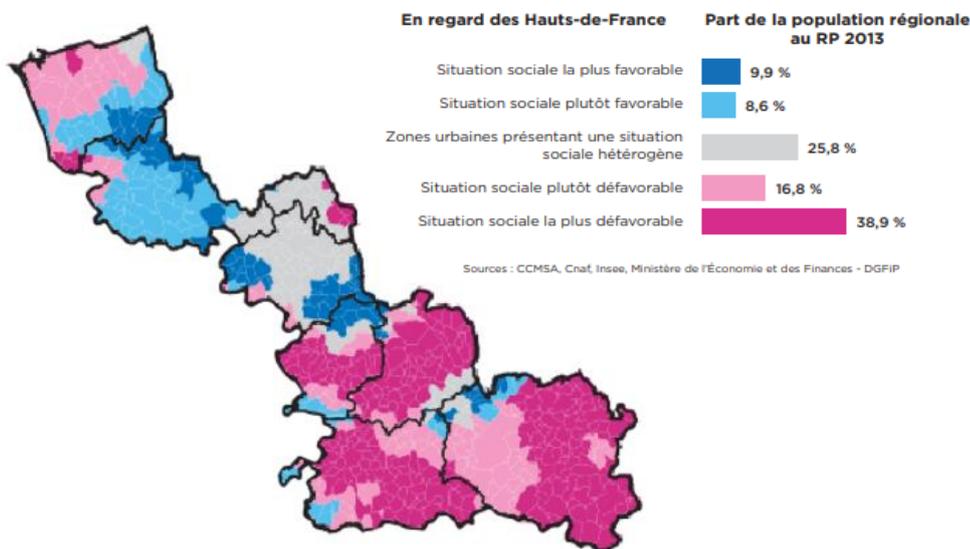
Avec 2 608 346 habitants, le Nord est le département le plus peuplé de France. Il représente 43 % de la population de la région Hauts-de-France. Avec 454 habitants au km<sup>2</sup>, il est aussi quatre fois plus dense que la moyenne nationale.

Au premier trimestre 2022, le taux de chômage est de 9,2 % au-dessus de la moyenne des Hauts-de-France (8,7 %) et de la France métropolitaine (7,9). 18,9 % des habitants vivent sous le seuil de pauvreté, soit 4 points de plus que dans l'ensemble des départements métropolitains. Le niveau de vie est inférieur à la moyenne de la France métropolitaine. La population dépend des prestations sociales, plus encore que celles des autres départements de la région.

Plus de 50 % de la population est en situation sociale défavorable avec un clivage nord-sud marqué. La part des personnes âgées a tendance à y être plus élevée même si l'indice de vieillissement est bien en deçà du niveau national dans la mesure où la population est plus jeune.

L'espérance de vie et la mortalité affichent un différentiel de 30 % avec l'Hexagone, notamment du fait de pathologies en lien avec la consommation d'alcool (+ 110 % par rapport au niveau national)<sup>7</sup>.

### Carte n° 1 : typologie sociale



Source : CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Économie et des finances - DGFIP

<sup>7</sup> Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2023-PRS Hauts-de-France.



# **Chapitre I**

## **Les chiffres clés du handicap**

### **dans le département du nord**

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

##### **A - Une population surreprésentée et en évolution rapide notamment pour les personnes en situation de handicap vieillissantes**

Dans le département du Nord, le total des personnes ayant un droit ouvert à la MDPH n'a cessé de croître, atteignant + 46 % entre 2011 et 2021. Ces augmentations sont particulièrement significatives pour les jeunes de 5 à 19 ans et à partir de 60 ans.

Au 31 décembre 2021, 274 084 personnes avaient au moins un droit en cours à la MDPH du Nord, soit une file active correspondant à plus de 10,5 % de la population du département (2,6 M d'habitants)<sup>8</sup> (annexe n° 5).

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) a quant à lui augmenté de 43,3 % en dix ans et de près de 69 % chez les plus de 45 ans qui sont 49 809 au 31 décembre 2021 et représentent 64,4 % de l'ensemble des bénéficiaires.

---

<sup>8</sup> La France comptait en 2008-2009 2,5 millions de personnes handicapées de 16 à 59 ans, et 1,3 million de 60 ans et plus.  $3,8/66 = 5,75$  % de la population française.

Cette évolution est essentiellement due à la forte augmentation des bénéficiaires de l'AAH 2 (handicap de 50 à 80 %) notamment chez les plus de 45 ans avec une évolution de 141 % en 10 ans (annexe n° 5).

En tenant compte des seules personnes ayant un droit ouvert à la prestation de compensation du handicap (PCH) ou à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)<sup>9</sup>, qui concernent les plus lourdement handicapés<sup>10</sup>, nécessitant des aides humaines ou techniques, les plus de 45 ans sont 11 882, soit une augmentation de 56 % en dix ans. Ils représentent plus de 65 % des bénéficiaires.

On note toutefois que cette très forte progression est concentrée sur la période allant de 2011 à 2016. D'une part, la création de la PCH en 2005 et son ouverture à de nouveaux handicaps a entraîné un afflux de demandes sur les dix premières années. D'autre part, la MDPH du Nord a mis en place en 2017, à la demande du département, un service dédié à l'harmonisation des pratiques d'évaluation dans le respect plus strict du référentiel prévu par le code de l'action sociale et des familles qui a freiné l'évolution.

Les causes de ces très fortes évolutions chez les plus de 45 ans sont multifactorielles. Elles s'expliquent notamment, selon l'ARS et le département du Nord, par les tendances démographiques générales de vieillissement de la population et par l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques.

L'amélioration de l'information permet également un meilleur accès aux droits grâce au développement du numérique, des réseaux sociaux, de l'accompagnement par les associations et de l'accueil en proximité sur les territoires.

Les séquelles des traitements lourds (chimiothérapie, radiothérapie) sont également à souligner compte tenu de la prévalence des maladies cancéreuses sur ce territoire.

De plus, le département du Nord présente un contexte social défavorable où « *l'accès aux soins est extrêmement limité* » pour certains usagers avec un retard de prise en charge. Les effets de la pauvreté, de la précarité et des inégalités sociales entraînent notamment des syndromes d'alcoolisation fœtale, un taux de naissance de grands prématurés et un taux de décès féminins avant 65 ans liés à l'alcool au-dessus de la moyenne nationale.

---

<sup>9</sup> La PCH s'est substituée à l'ACTP qui peut toutefois continuer à être versée aux personnes qui en bénéficiaient avant 2006.

<sup>10</sup> La PCH n'est pas ouverte au handicap psychique qui peut être très lourd.

## B - Une population vieillissante pour tous les types de handicap

La MDPH dispose des données chiffrées par type de handicap concernant au total 102 864 personnes en 2021, dont 64 % de plus de 45 ans.

**Tableau n° 1 : nombre de personnes handicapées ayant un droit ouvert à la MDPH par type de handicap en 2021**

Âge	handicap moteur	déficience auditive grave	déficience visuelle grave	trouble du spectre autistique	handicaps psychiques	handicaps cognitifs	déficiences intellectuelles	polyhandi-caps	cérébro-lésions	total par âge
45-49	6 748	185	95	21	1 516	80	1 005	203	165	10 018
50-54	8 772	235	118	18	1 712	90	1 039	282	200	12 466
55-59	10 581	197	144	12	1 587	109	1 051	316	241	14 238
60-64	7 968	181	144	7	898	94	764	255	208	10 519
65-69	4 347	143	158	2	308	46	383	164	129	5 680
70-74	3 896	98	90	5	154	36	133	127	97	4 636
75-79	2 822	53	50		68	44	48	77	62	3 224
80-84	2 014	19	41		23	29	16	52	36	2 230
85-89	1 459	7	33		15	31	1	56	22	1 624
90 ans et +	824	2	25		9	24	2	36	14	936
Total	66 692	1 925	1 336	2 334	12 430	985	12 786	2 671	1 705	102 864
dont + de 45 ans	49 431	1 120	898	65	6 290	583	4 442	1 568	1 174	65 571

Source : MDPH 59.

Sous réserve de la fiabilité de la saisie récente de ces données<sup>11</sup>, les trois principaux handicaps sont le handicap moteur (64,8 %), les déficiences intellectuelles (12,4 %) et le handicap psychique (12,1 %).

<sup>11</sup>Le département du Nord précise que la saisie récente de ces typologies n'est pas exigée dans 100 % des cas par la CNSA. La MDPH du Nord, pour sa part, indique chercher à en améliorer la complétude.

Les personnes en situation de handicap de plus de 45 ans représentent 74 % des handicapés moteurs (49 431 personnes), 68 % des personnes cérébrolésées (1 174 personnes) et 67 % des déficients visuels graves (898 personnes). *A contrario*, le nombre de déficients intellectuels baisse significativement avec l'âge (moins de 35 % de plus de 45 ans). Par ailleurs, 87 % des personnes reconnues pour des troubles du spectre autistique ont moins de 25 ans.

### **C - Des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de handicap vieillissantes très majoritairement à domicile**

La très grande majorité des personnes en situation de handicap vivent à domicile, seulement 2 % d'entre elles étant accueillies dans des établissements. Le taux d'institutionnalisation<sup>12</sup> baisse de 1,26 % en 10 ans chez les plus de 45 ans (2,08 % en 2021 au lieu de 3,35 % en 2011).

Au 31 décembre 2021, le département du Nord compte 5 656 adultes en situation de handicap vivant en établissement dont 3 286 de plus de 45 ans<sup>13</sup> sans évolution depuis 2016 pour ces derniers (3 295) (annexe n° 5).

L'accueil en établissement non médicalisé baisse contrairement aux établissements médicalisés.

L'accueil en foyer d'hébergement (FH) pour travailleurs handicapés a baissé de 38 % en 10 ans pour les plus de 45 ans. Les jeunes générations préfèrent un hébergement plus autonome. Le Conseil départemental a autorisé, à titre expérimental, la transformation de huit foyers d'hébergement en « foyers d'accompagnement », spécialisés dans l'accueil des travailleurs handicapés en cessation d'activité.

L'accueil en foyer de vie (FV) a également baissé de 21 % sur la même période pour les plus de 45 ans contrairement aux statistiques nationales de la Drees. La cause pourrait être liée au transfert des personnes en situation de handicap vieillissantes en Ehpad (voir infra).

Les foyers d'accueil médicalisés (Fam/EAM) accueillent 879 personnes selon la MDPH (+ 34 % en 10 ans) et 1 043 personnes selon l'ARS au 31 décembre 2021. Les personnes de plus de 45 ans représentent 58 % des adultes accueillis.

---

<sup>12</sup> Nombre de personnes handicapées âgées en institution/ nombre total de personnes handicapées. Tableau n°17 de l'enquête.

<sup>13</sup> Compte tenu de données divergentes concernant les établissements d'accueils médicalisés (EAM), ce montant total comprend les foyers d'hébergement et les foyers de vie (données conseil départemental) ainsi que les établissements d'accueil médicalisés et les maisons d'accueil spécialisées (données ARS).

Par ailleurs, au 31 décembre 2021, 304 personnes handicapées dont 178 de plus de 45 ans sont accueillies dans un établissement dans un autre département, financé par le conseil départemental du Nord.

Le nombre de personnes hébergées en maisons d'accueil spécialisées (Mas) a progressé de près de 33 % entre 2016 et 2021 (annexe n° 5).

## **II - Une offre qui prend en compte le vieillissement des personnes en situation de handicap sans répondre complètement aux besoins**

### **A - Des taux d'équipement supérieurs aux moyennes nationales mais des taux de rotation faibles**

#### **1 - Des taux d'équipement contrastés**

Les taux d'équipement sont plutôt supérieurs aux moyennes nationales sous réserve de l'hétérogénéité des prises en charge dans les établissements. En effet, les Mas, Fam, EAM et FV sont essentiellement des lieux d'hébergement en internat. Les établissements et services d'aide au travail accueillent en journée des travailleurs en situation de handicap et ne sont pas des lieux d'hébergement (internat). Les foyers d'hébergement accueillent en internat ces mêmes travailleurs lorsqu'une prise en charge collective est demandée.

Les taux d'équipement en établissement pour personnes handicapées du département du Nord sont nettement inférieurs aux taux départementaux et nationaux pour les établissements ou foyers d'accueil médicalisé (Fam/EAM).

Par contre le taux d'équipement a progressé récemment pour les maisons d'accueils spécialisées (Mas) qui accueillent les personnes demandant un accompagnement très médicalisé.

**Tableau n° 2 : taux d'équipement pour l'accueil des adultes handicapés au 31 décembre 2021**

	Maison d'accueil spécialisé (Mas)	Établissement d'accueil médicalisé (Fam ou EAM)	Foyers de vie (FV) et d'hébergement (FH) non médicalisé	Service d'aide au travail (Esat)
Nord	1,07	0,64	2,6	4,28
Haut-de-France	1,06	0,78	2,7	4,51
France	0,9	0,9	2,4	3,6

Source : ARS au 31/12/2021 pour les Mas, Fam et Esat. Drees, Insee et panorama statistique jeunesse Sports cohésion sociale pour les établissements non médicalisés au 31/12/2020 (dernières données disponibles pour les taux France métropolitaine)

Les personnes en situation de handicap vieillissantes ont également accès aux établissements pour personnes âgées.

**Tableau n° 3 : capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2020**

	Taux d'équipement total en places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus	Ehpad (nombre de places)	Maisons de retraite non médicalisée (nombre de places)	Résidences autonomie (nombre de places)	Soins infirmiers à domicile (nombre de places)	Soins de longue durée (nombre de lits)
Nord	161	19 672	101	5 122	5 683	1 028
Haut-de-France	159	47 405	240	11 860	13 448	3 049
France	141	612 277	6 522	120 247	126 608	30 610

Source : Insee

Note : taux d'équipement comprenant les places en Ehpad, maisons de retraite non Ehpad, résidences autonomie, services de soins à domicile ou de soins de longue durée.

Le taux d'équipement<sup>14</sup> total en hébergement pour personnes âgées dans le département du Nord est de 161 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. Ce taux est supérieur de deux points à celui constaté au niveau régional et supérieur de 20 points par rapport au niveau national.

<sup>14</sup> Taux d'équipement en places installées pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

Par contre le taux d'équipement régional en Ehpad (97,4 lits en hébergement complet pour 1 000 personnes de 75 ans et plus) est proche de celui de l'hexagone (97,6)<sup>15</sup>.

## **2 - Des taux de rotation faibles dans le secteur du handicap**

Les taux de rotation dans les établissements et services sont contrastés<sup>16</sup>.

Les taux de rotation des personnes accompagnées dans des établissements médicalisés sont très faibles. Elles ne concernent que 35 personnes sorties dans l'année (et 35 entrées) sur 32 établissements d'accueil médicalisé (EAM) soit un taux de rotation de 3,6 %. De même, 88 personnes sont sorties (73 entrées) dans l'année sur 26 maisons d'accueil spécialisées (Mas) soit un taux de rotation de 5,8 %.

Le taux de rotation est plus élevé en Ehpad avec 30,7 % des personnes accompagnées, soit 5 726 sorties définitives dans l'année.

## **3 - Les chiffres de l'aide sociale à l'hébergement du conseil départemental du Nord**

Au 31 décembre 2020, 5 576 personnes handicapées étaient bénéficiaires de l'aide sociale en établissement. 81 % sont accueillies dans des établissements nordistes, principalement dans la métropole lilloise.

Les établissements belges accueillent 70 % de personnes hébergées hors du département.

Le nombre de personnes en situation de handicap bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes handicapées apparaît très faible en Ehpad par rapport au nombre de personnes en situation de handicap vieillissantes présentes dans ces établissements.

---

<sup>15</sup> Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France (PF2S HDF), Focus « les séniors », mars 2022.

<sup>16</sup> Selon les données ARS elles s'échelonnent entre 74,6 % dans les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et 3,6 % dans les établissements d'accueil médicalisés (EAM) hors hébergement temporaire et accueil de jour.

**Tableau n° 4 : nombre de personnes en situation de handicap bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement en établissement en 2020**

2020	NORD	HORS NORD
Foyer hébergement	1 004	128
Foyer de vie	2 340	641
Foyer d'accueil médicalisé	777	260
Foyer Logement PH	350	1
Établissement PA	70	5

Source : rapport d'activité de la direction de l'autonomie du département du Nord

Par ailleurs, 1 250 personnes handicapées sont accueillies en accueil de jour et 265 en accueil temporaire.

## **B - Une offre spécifique au profit des personnes en situation de handicap vieillissantes**

### **1 - L'offre en établissements et services médico-sociaux du secteur du handicap**

Pour les établissements médicalisés, au 1<sup>er</sup> janvier 2022, le département du Nord dispose de 879 places médicalisées en établissement d'accueil médicalisé (EAM) et 1 561 places en Mas dont respectivement 116 et 13 places dédiées aux personnes en situation de handicap vieillissantes soit 129 places (353 en région Hauts-de-France).

**Tableau n° 5 : les établissements Mas et EAM du Nord ayant spécifiquement des places personnes en situation de handicap vieillissantes**

Organisme gestionnaire	Établissement	Commune	Nombre de places PHV
APEI Roubaix-Tourcoing	Fam Altitude	Halluin	6
APAJH 59	EAM Alter Egaux	Caudry	32
APEI du Valenciennois	Fam Hergnies	Hergnies	24
AFEJI	EAM Résidence des Weppes	La Bassée	50
Association Les Lauriers	Fam Les Lauriers	Villeneuve-d'Ascq	4
APEI Douai	Mas Le Chemin Vert	Dechy	13

Source : ARS Hauts-de-France<sup>17</sup>

<sup>17</sup> D'autres établissements accompagnent des PHV sans que la mention de l'âge soit précisée dans leur autorisation.

La prise en compte du vieillissement précoce de certaines personnes présentant des défaillances intellectuelles a commencé dès 2005 avec la création de 32 places dont deux places d'accueil d'urgence » *pour adultes handicapés mentaux vieillissants* » à Caudry.

Le nombre de places déclarées en établissement médicalisé reste faible, mais ne tient pas compte des aménagements réalisés par les établissements pour permettre une prise en charge adaptée au vieillissement d'une partie de son public.

Pour les établissements non médicalisés, le conseil départemental a dédié un axe des CPOM 2018-2021 au vieillissement des personnes handicapées avec 23 places créées essentiellement en foyer logement et foyer d'hébergement. En complément, 10 places de foyer d'hébergement pour personnes en situation de handicap vieillissantes ont été transformées en foyer de vie pour renforcer l'accompagnement de ces personnes en journée.

En pratique, les besoins sont identifiés par la plupart des CPOM qui ont mis en place des rythmes différenciés ou ont organisé des unités de vie spécifiques dans certains foyers.

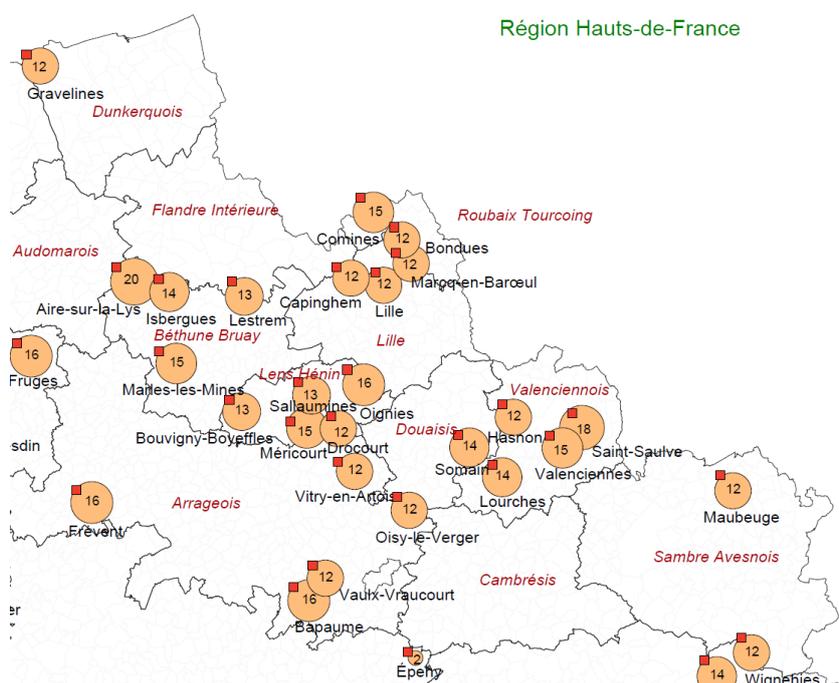
Par ailleurs, le Conseil départemental a autorisé, à titre expérimental, la transformation de huit foyers d'hébergement en « foyers d'accompagnement », spécialisés dans l'accueil des travailleurs handicapés en cessation d'activité (la Résidence des toiles à Armentières, la résidence Rembrandt à Coudekerque-Branche, le foyer « les grands champs » à Denain, la résidence Le Cèdre à Douai, la résidence Frédéric Dewulf à Dunkerque, le foyer Habitat de Villeneuve d'Ascq et le foyer Famchon à Willems).

Cependant, au regard du nombre de PHV accueillies ou accompagnées dans l'ensemble des établissements et services médico-sociaux du département, l'offre qui leur est spécifiquement réservée reste officieuse et peu lisible puisque sans mention particulière dans les autorisations.

Le département estime que le vieillissement de la population et le besoin de médicalisation nécessiteraient la conversion de plusieurs dizaines de places de foyer de vie sur l'ensemble du département du Nord. Le besoin pourra être quantifié lorsque les nouveaux CPOM auront été renégociés.

## 2 - L'offre en Ehpad

**Carte n° 2 : les unités de vie pour personnes handicapées âgées ou vieillissantes (UVPHA) en Ehpad  
Nombre de places autorisées au 1<sup>er</sup> janvier 2022**



Source : ARS Hauts-de-France

La région Hauts-de-France compte au total 626 places autorisées en unité de vie dans 48 Ehpad.

En 2019, le Conseil départemental du Nord a retenu huit porteurs de projet d'unité de vie pour personnes en situation de handicap vieillissantes en Ehpad sur un total de 23 réponses.

Il existait déjà quatre unités à Bondues, Capinghem, Hasnon et Saint-Saulve soit un total de 160 places (annexe n° 5).

Le nombre total de personnes en situation de handicap accueillies en établissement pour personnes âgées est dix fois plus élevé avec 1 610 résidents au 31 décembre 2021 dont 1 356 en Ehpad (annexe n° 5).

Les autres Ehpad de la région Hauts-de-France porteurs d'une unité de vie sont majoritairement situés à proximité du département du Nord.

#### **Les critères d'entrée prévus par le cahier des charges**

- Être âgé d'au moins 55 ans (pour les personnes de moins de 55 ans, uniquement sur décision du Président du Conseil Départemental) ;
- Être reconnu en situation de handicap par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
- Être en capacité à la fois de communiquer, d'entrer en relation avec autrui et de participer aux activités de stimulation quotidienne et d'animation ;
- Présenter un état de santé ou de dépendance nécessitant un projet de soin individuel (surveillance légère à prise en charge médicale plus lourde) ;
- Présenter un handicap s'accompagnant de signes de vieillissement (fatigabilité, perte d'autonomie, aggravation ou apparition de problèmes de santé, ralentissement du rythme de vie, etc.) ;
- Obtenir le consentement de la personne accueillie, de sa famille ;
- Une proposition d'entrée en Ehpad ne nécessite pas d'orientation MDPH ni de dérogation d'âge avant 60 ans ;
- L'admission reste une prérogative de l'Ehpad et du médecin coordonnateur qui devra si besoin s'adjoindre l'avis d'un expert. La période d'admission (avant et après) doit être soutenue par un SAVS ou un Samsah (notification CDAPH).

### **C - Une faible évolution quantitative de l'offre**

L'évolution de l'offre en ESMS s'est essentiellement opérée par la transformation de l'offre existante avec peu de création de places en établissement.

Pour le conseil départemental du Nord, la transformation de l'offre au bénéfice des personnes en situation de handicap vieillissantes s'est faite, d'une part, par transformation de places de foyer d'hébergement en places de foyers « d'accompagnement » pour les travailleurs en cessation d'activité et, d'autre part, par la transformation de places pour personnes âgées au sein des Ehpad au profit d'unité de vie pour personnes en situation de handicap vieillissantes.

Les évolutions et transformations de l'offre s'appuient également sur le dialogue de gestion avec les organismes gestionnaires, à partir d'alertes ou des diagnostics des CPOM.

## D - Une offre sous tension

### 1 - Des besoins non satisfaits dans les établissements et services accueillant les personnes les plus lourdement handicapés

Le nombre de places autorisées par le département et l'ARS et transmis par chacun des financeurs présentent des écarts notamment pour les établissements ou foyers d'accueils médicalisés qui sont co-financés. Ces divergences mettent à nouveau en évidence les difficultés d'harmonisation des systèmes d'information et de fiabilisation des données.

**Tableau n° 6 : évolution du nombre de places adultes en ESMS autorisées par le Conseil départemental et/ou l'ARS (annexe 2)**

Places adultes autorisées par type d'établissements ou services adultes	Au 31/12/2016	Au 31/12/2021	Évolution 2016/2021
Maison d'accueil médicalisé (Mas)	NC	1 431	
Foyer ou établissement d'accueil médicalisé (Fam/ EAM) <sup>18</sup>	751	854	
Foyer de vie	1 669	1 864	195
Foyer d'hébergement	1 009	771	- 238
Établissement et service d'aide au travail (Esat)	NC	5 707	
Places réinsertion professionnelle (UEROS, CPO, CRP)	NC	416	
Accueil de jour	803	970	167
Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	1 195	1 451	256
Service médico-social Samsah	283	438	135
Service infirmier Ssiad PH	NC	277	
Places en établissements externalisées ou domicile (Mas/Fam) ou dispositif innovant à domicile	NC	156	
Total places adultes autorisées		14 335	

Source : chambre régionale des comptes à partir des données MDPH tableau n° 6 et ARS transmises pour l'enquête

<sup>18</sup> EAM est le nouvel intitulé modifié par le décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relative à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques.

Compte tenu du nombre de personnes relevant du champ du handicap dans le département du Nord (274 000 personnes), le nombre de « places autorisées » en établissement ou service apparaît limité.

Le schéma départemental des solidarités 2018-2022 reconnaît des tensions sur certains types de places disponibles qui peuvent « *conduire à un recours à l'offre belge* » malgré « *33 contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) validés pour 452 places transformées (sur 5 065 places) au 31 décembre 2016* ».

Le schéma a pour objectif d'adapter l'offre de service à la diversité des situations et des choix de vie à la fois pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes âgées. Les personnes en situation de handicap privilégient ces dernières années des prises en charge en milieu ordinaire, plus « inclusive » notamment les jeunes travailleurs en unité protégée (Esat) qui ne souhaitent plus être hébergés en foyers d'hébergement. Ainsi le département considère que la fermeture de places de foyer d'hébergement ou leur transformation en places de service (SAVS) ou d'accueil de jour a permis de favoriser le maintien à domicile pour les personnes les plus autonomes.

Le département considère également que l'offre s'est adaptée aux besoins identifiés sur le territoire « avec une augmentation conséquente, de 2011 à 2021, du nombre de places de foyers de vie et de Fam pour répondre à la demande de personnes vieillissantes ou fortement handicapées ».

Selon les données transmises par le département, 5 481 personnes vivaient en internat au 31 décembre 2021, sans progression depuis 2011, et en baisse de 15 % pour les plus de 45 ans depuis 2016 (annexe n°5).

L'offre est certainement insuffisante puisque près de 1 500 adultes sont hébergés en Belgique (voir infra).

## 2 - ... qui pénalise l'entrée des jeunes majeurs en établissements pour adultes

Les établissements pour enfants en situation de handicap peuvent accueillir des jeunes jusqu'à l'âge de 20 ans. L'amendement « Creton »<sup>19</sup> autorise le maintien dans un établissement social et médico-social, des enfants handicapés ayant atteint l'âge limite autorisé, en attente d'une place en structure pour adultes<sup>20</sup>, afin d'éviter les ruptures d'accompagnement et les retours à domicile sans activité ni accompagnement médico-social.

Les CPOM 2018-2021 du département du Nord ont prévu une fiche action concernant le développement de la capacité d'accueil de l'établissement pour accueillir de jeunes adultes maintenus dans le secteur de l'enfance au titre de l'amendement *Creton*.

Ces jeunes adultes sont doublement pénalisés par des écarts d'âge importants dans le champ enfant et adulte. D'une part, certains subissent, en restant dans des établissements enfants, des écarts d'âge quelquefois très importants avec les plus jeunes, et « *des prestations mises en œuvre ne leur permettent pas de construire un vrai projet d'adultes* »<sup>21</sup>. D'autre part, les établissements adultes doivent se réorganiser pour proposer à ces jeunes publics un lieu de vie adapté à leur besoin d'activités et à leur projet d'autonomie tout en adaptant a contrario d'autres espaces de vie pour accompagner des personnes en situation de handicap vieillissantes nécessitant un accompagnement renforcé.

En contrepartie, la poursuite de l'accueil de jeunes dans le champ adulte permet de rajeunir la moyenne d'âge.

Au 31 décembre 2021, le département du Nord comptait 279 jeunes maintenus en établissements pour enfants soit une progression de 9 % entre 2018 et 2021 (+ 10 % au niveau régional pour un total de 747 jeunes).

---

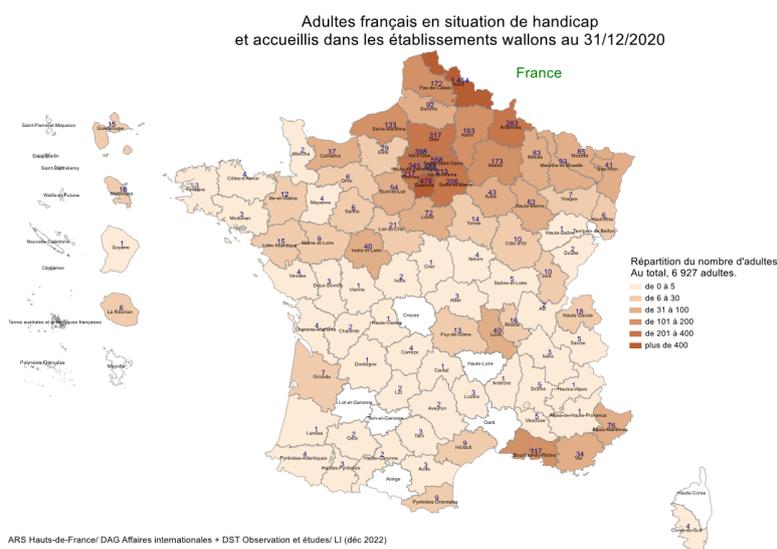
<sup>19</sup> L'article 22 de la loi du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social, a modifié l'article 6 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975.

<sup>20</sup> Le maintien dans le champ de l'enfance de jeunes adultes est parfois volontaire, à la demande des parents.

<sup>21</sup> Exemple de commentaire dans une fiche action.

## E - Un accueil important en Belgique

### Carte n° 3 : origines géographiques des adultes français en situation de handicap hébergés en Belgique au 31 décembre 2020



Source : service observation et études ARS Hauts-de-France

2 153 personnes en situation de handicap originaires du département du Nord sont accueillies en Belgique, au 31 décembre 2020, soit 26 % du total national (8 260)<sup>22</sup>.

Au 31 décembre 2020, 1 454 adultes<sup>23</sup> en situation de handicap sont prises en charge dans 134 établissements wallons.

En août 2017, elles n'étaient que 1 247 selon le relevé d'informations de la Cellule Affaires Internationales de l'ARS Hauts-de-France<sup>24</sup>. Une convention de collaboration dans le cadre des inspections franco-wallonnes a été signée en octobre 2018 avec le département du Nord.

<sup>22</sup> 6 927 adultes et 1 333 enfants selon la note de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France à la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées.

<sup>23</sup> 2 198 provenant de la région des Hauts-de-France en 2020, en progression continue depuis 2017 (1 886).

<sup>24</sup> Depuis 2014, un programme d'inspection-contrôle est concerté annuellement par l'ARS Hauts-de-France et l'Agence wallonne pour une Vie de Qualité. Entre 2014 et 2018 le nombre d'adultes accueillis en Belgique originaire des Hauts-de-France a augmenté de 36,7 %.

En 2020, suite à la fermeture d'un établissement belge, 50 personnes venant du département du Nord ont dû être réorientées en urgence.

Compte tenu de la progression continue des prises en charge en Belgique, un moratoire national a été décrété le 28 février 2021. Aucune orientation ne peut être décidée en CDAPH, sans l'assurance d'une place disponible identifiée dans un de ces établissements belges conventionnés.

Selon une étude de l'agence régionale de santé, près de la moitié des adultes accueillis en Wallonie ont plus de 45 ans et 45 % s'y trouvent depuis moins de cinq ans. La déficience intellectuelle, le handicap psychique et les troubles du spectre autistique représentent les trois-quarts des déficiences principales auxquelles sont souvent associées d'autres déficiences comme les troubles du comportement et de la conduite (TCC 23 %).

Dans le département du Nord, sur les 67 entrées en établissement belge pendant l'année 2020<sup>25</sup>, plus de 80 % bénéficiaient d'une orientation en maison d'accueil spécialisée (Mas) qui correspond aux handicaps les plus sévères.

Les orientations de ce type ont progressé de façon continue contrairement aux orientations en foyer de vie qui se sont stabilisées mais concernent encore 40 % des personnes accueillies en Wallonie. En effet, le diagnostic du projet régional de santé des Hauts-de-France identifie une surreprésentation du handicap liée à l'importance des inégalités et de la fragilité sociale qui se traduit notamment par la fréquence des troubles du comportement lié à des conduites addictives.

---

<sup>25</sup> 67 entrées et 85 sorties.

---

### **CONCLUSION**

---

*Les personnes en situation de handicap sont surreprésentées dans le Nord car elles représentent plus de 10 % de la population du département. Leur nombre est en progression rapide, soit 46 % sur la période 2011 à 2021, y compris chez les plus de 60 ans. Moins de 2 % des personnes en situation de handicap vivent en établissement.*

*Même si les taux d'équipement peuvent être supérieurs aux moyennes nationales, l'offre en ESMS est insuffisante pour couvrir l'ensemble des besoins. Les besoins non satisfaits sont particulièrement importants dans les établissements médicalisés qui accueillent les handicaps les plus lourds (EAM / Mas), où les taux de rotation sont très faibles. De nombreux accueils sont effectués en Ehpad ou en Belgique.*

---



# Chapitre II

## La gouvernance

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

#### A - Une gouvernance territoriale partagée au pilotage difficile

Au niveau territorial, le pilotage des politiques du handicap relève de deux acteurs institutionnels, les agences régionales de santé (ARS)<sup>26</sup> et les conseils départementaux<sup>27</sup>.

Ceux-ci doivent définir des stratégies sanitaires<sup>28</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 » dans les établissements et services sociaux par ailleurs autorisés et financés par le département.

---

<sup>26</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>27</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>28</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 médicalisés (exemple des foyers de vie). La compétence est partagée pour les établissements d'accueil médicalisés (dénommés précédemment foyers d'accueil médicalisé Fam) mais elle est exclusivement sanitaire (ARS) pour les maisons d'accueil spécialisées (Mas) alors que les adultes accueillis peuvent être comparables.

## **B - Des répartitions de compétences et de multiples catégories d'établissements et de services complexes 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 (enfant et parents).

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 dans le secteur enfant faute de places disponibles dans le secteur adulte (voir infra). Une iniquité 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 médicalisés (EANM) qui sont des « foyers » de vie ou d'hébergement et les établissements d'accueil médicalisés en tout ou en partie (EAM) n'a pas apporté la simplification attendue. Les établissements ont conservé leur dénomination de « foyer » d'accueil médicalisé (Fam) et les maisons d'accueil spécialisées (Mas) totalement médicalisées (comme son nom ne l'indique pas) 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. En revanche, les foyers d'hébergement qui sont réservés à ces travailleurs sont de la compétence exclusive des départements. Dans le Nord, une partie de ces foyers d'hébergement s'est transformée en foyers d'accompagnement<sup>29</sup> pour tenir compte du vieillissement et de la retraite des travailleurs handicapés puis en foyer de vie permettant à d'accueillir de jeunes adultes.

---

<sup>29</sup> Dispositif départemental expérimental.

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) avec des soins infirmiers 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>30</sup>.

Il existe par ailleurs d'autres services d'accompagnement. Mais ces derniers sont consacrés à la vie sociale (SAVS). Ils 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° 7 : répartition des compétences ARS / CD pour le pilotage des établissements et services médicaux sociaux pour adultes**

Nomenclature des handicaps décret du 9/05/17	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>31</sup>	Coût annuel moyen national à la place <sup>32</sup>
Mas	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 €
EAM (établissement d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées)	Fam (foyer d'accueil médicalisé)	Accueillent des adultes qui ont besoin d'un suivi médical régulier, d'un accompagnement quotidien pour effectuer les actes essentiels de la vie courante, et d'une aide éducative pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie.	Compétence partagée ARS / CD. Financement Assurance maladie et départements.	55 974 €

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

<sup>31</sup> L'ARS est compétente pour la partie soins dans les établissements médicalisés.

<sup>32</sup> Source : CNSA – [Synthèse nationale des coûts à la place des ESMS entre 2017 et 2020](#).

Nomenclature des handicaps décret du 9/05/17	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>31</sup>	Coût annuel moyen national à la place <sup>32</sup>
EANM (Établissement d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées)	FV (foyer de vie) ou FO (foyer occupationnel)	Accueillent des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler en milieu ordinaire ou adapté, mais disposant d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle. Accueil à la journée ou à temps complet.	Compétence exclusive CD qui en assure le financement. Des frais de participation peuvent être demandés (repas, hébergement...), le plus souvent déduits de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH).	47 965 €
	FH (foyer d'hébergement)	Assurent l'hébergement des travailleurs handicapés exerçant une activité pendant la journée en milieu protégé ou ordinaire.	Compétence exclusive CD	33 619 €
	Esat (établissement et service d'aide par le travail)	Structures de travail adapté dans lesquelles des personnes en situation de handicap exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées et bénéficient d'un soutien social et éducatif.	Compétence exclusive ARS Financement : dotation globale annuelle versée par l'ARS, production des travailleurs, subvention de l'État (complément de rémunération aux travailleurs).	14 014 €
	SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)	Ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes en situation de handicap par un accompagnement adapté Favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services de droit commun.	Compétence exclusive CD Financement : tarif journalier fixé par le CD	7 425 €
	Samsah (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)	La personne accompagnée vit dans un logement autonome ou en famille.	Compétence partagée ARS / CD. Financement : tarif journalier fixé par le département ; forfait soin annuel global fixé par l'ARS	17 133 €
	Ssiad (service de soins infirmiers à domicile)	Permettent aux personnes âgées malades ou dépendantes de recevoir chez elles des soins infirmiers et d'hygiène : actes infirmiers, surveillance médicale, soins d'assistance pour la toilette et l'hygiène, voire coordination de l'intervention d'autres professionnels de santé.	Compétence exclusive ARS. Soins pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.	

Nomenclature des handicaps décret du 9/05/17	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>31</sup>	Coût annuel moyen national à la place <sup>32</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)	Structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes. Il faut avoir au moins 60 ans (ou une dérogation) et avoir besoin de soins et d'aide quotidiens pour effectuer les actes de la vie courante.	Compétence partagée ARS / CD. Tarification tripartite : hébergement (résident) dépendance (CD) et soins (assurance maladie). Le résident peut bénéficier de prise en charge du tarif hébergement grâce à l'aide sociale départementale.	42 705 €

Source : chambre régionale des comptes

Il existe par ailleurs beaucoup d'autres dispositifs d'intervention à domicile ou de soutien aux professionnels dont des « équipes mobiles » qui diffèrent selon les territoires (voir infra).

## 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 du Nord, les calendriers de leurs documents stratégiques et programmatiques concordent. Le programme régional de santé Hauts-de-France couvre la période 2018-2023 et le schéma départemental unique des solidarités humaines porte sur les années 2018-2022.

De plus, même si la santé est de la responsabilité de l'État qui a confié sa mise en œuvre aux ARS, le département se considère également comme un « acteur et un contributeur de politique de santé » du fait de ses compétences en matière de solidarités humaines et territoriales.

Ainsi en cohérence avec le projet régional de santé (PRS 2), le conseil départemental du Nord a défini ses orientations relatives à la santé pour 2019 à 2023 dans une délibération cadre<sup>33</sup> autour de l'autonomie à tous les âges de la vie, la lutte contre les inégalités sociales, territoriales et le renoncement aux soins.

Les visions, ambitions et objectifs qu'ils portent se rejoignent. Cependant les contraintes, notamment financières, ne sont pas les mêmes. La collectivité départementale dispose d'une plus grande autonomie financière et peut s'engager 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 et pas de crédits fléchés.

En 2019, l'ARS a ainsi participé à l'appel à projet du conseil départemental du Nord pour la création de huit unités de vie pour personnes handicapées âgées en Ehpad sans pouvoir apporter de financement direct<sup>34</sup> contrairement au département. Les enveloppes de crédits pour personnes âgées et pour personnes handicapées ne sont pas fongibles.

En matière de gouvernance territoriale, le rapprochement nécessaire entre l'ARS et le conseil départemental pour l'exercice de leurs missions communes est insuffisant notamment pour la négociation tripartite des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les gestionnaires.

Les instances de coopération permettant de réguler l'activité fonctionnent imparfaitement notamment pour les dispositifs « une réponse accompagnée pour tous » et « communauté 360 » (voir infra).

<sup>33</sup> Rapport n° DGASOL/2019/60 de la réunion du 25 mars 2019 Conseil départemental du Nord.

<sup>34</sup> Elle peut participer au financement d'un Samsah pendant la période d'admission de la personne handicapée vieillissante.

Chacun dispose de délégations départementales qui ont du mal à se coordonner. D'une part, la direction de l'offre médico-sociale de l'ARS<sup>35</sup> est représentée par des pôles de proximité médico-social. De son côté, le département anime les territoires grâce à ses sept directions territoriales.

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

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH), groupement d'intérêt public (GIP) placé sous la tutelle administrative et financière du département, « exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. » Elle est le guichet unique pour l'ouverture des droits des personnes en situation de handicap et, à ce titre, délivre notamment les orientations vers les établissements et services médicaux-sociaux (ESMS) ainsi que l'attribution d'aides individuelles ou d'allocations. « Elle (...), assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. »<sup>36</sup>

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

En 2021, la MDPH du Nord a rendu 245 767 décisions et avis, dont 202 797 attribuant à des adultes différents types de prestations soit :

- 33 % de cartes « mobilité inclusion » (stationnement, invalidité, priorité) destinées à faciliter les déplacements notamment de personnes âgées non handicapées par ailleurs ;
- 20,9 % d'allocation adulte handicapé (AAH et complément de ressources) ;
- 17,4 % d'orientation professionnelle notamment en établissement et service d'aide par le travail (Esat) financé par l'agence régionale de santé ;
- 16,9 % de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- 6,5 % de prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- 4,4 % d'orientation vers un établissement, soit 8 867 personnes.

<sup>35</sup> Une des 7 directions de l'ARS Hauts-de-France.

<sup>36</sup> Article L. 146-3 du CASF.

## **2 - La mutualisation de l'information pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, préalable indispensable pour un bon accès au droit**

Le département détient une mission générale d'accueil et d'accompagnement social de proximité. Le premier engagement pris par le département du Nord et la MDPH dans le cadre de la convention socle signée avec la CNSA et la feuille de route MDPH 2022 concerne la « *garantie d'un accueil visible, territorialisé et de proximité* » mutualisé entre les personnes âgées et personnes en situation de handicap.

La mise en place de la maison départementale de l'autonomie (MDA) a débuté en 2019 avec la mission d'accueil commune au département du Nord et à la MDPH. Elle a permis de déployer un accueil physique sur l'ensemble du territoire départemental et mutualisé pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées<sup>37</sup>. Une plateforme mutualisée d'accueil téléphonique a également été mis en place ainsi que le dépôt des demandes sur le portail « [www.portail-autonomie.lenord.fr](http://www.portail-autonomie.lenord.fr) ».

En 2021, 18 724 personnes ont été accueillies dans les 59 relais autonomie<sup>38</sup> externalisés du territoire, dont plus de 68 % de personnes âgées.

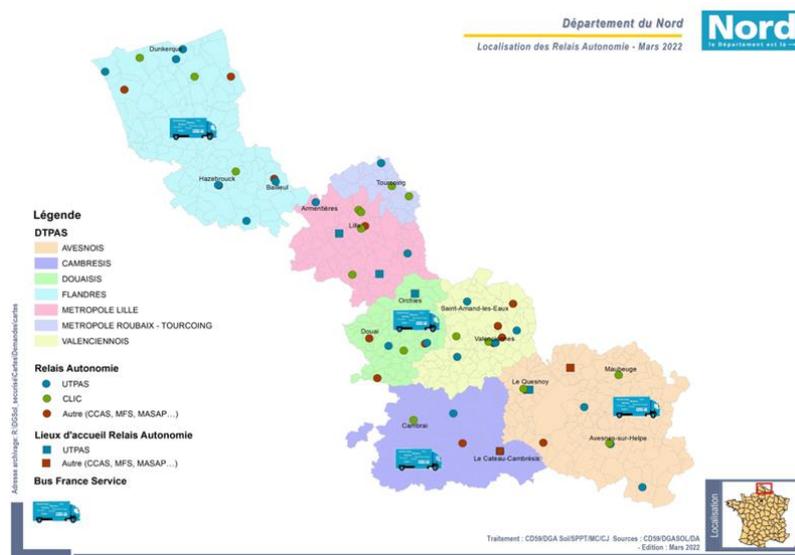
La mise en place de cette nouvelle organisation doit se poursuivre avec notamment un objectif à terme de labellisation de l'ensemble des unités territoriales de prévention et d'action sociale du département et le déploiement d'une tablette numérique dans chaque relais autonomie. L'objectif est d'aider les usagers à compléter leur demande d'aide à la MDPH.

---

<sup>37</sup> Une convention « relais autonomie » tripartite est signée entre le département du nord, la MDPH et chaque organisme. Elle prévoit les engagements réciproques des partenaires notamment l'accès sécurisé aux données personnelles.

<sup>38</sup> En 2021, 45 structures sont labellisées « relais autonomie » sur le territoire départemental. Il s'agit de Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), de Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), de Maisons France Service, de Bus France Service et de centres sociaux.

### Carte n° 4 : les relais autonomie dans le département du Nord



Source : MDPH du Nord

Cet accueil est d'autant plus indispensable que les usagers ont des difficultés à faire leur demande. En effet, un nouveau formulaire de demande, le CERFA n° 15692\*01, est devenu le cadre commun obligatoire le 1<sup>er</sup> mai 2019. Il permet à la personne d'exprimer sa situation et ses besoins plus librement et de façon plus large qu'une demande d'accès à des droits et prestations ciblés.

Or, la longueur et la complexité du nouveau formulaire<sup>39</sup>, passant de huit à 24 pages, a souvent entraîné une mauvaise complétude du dossier et un travail supplémentaire des instructeurs de la MDPH et des évaluateurs.

L'accompagnement de l'utilisateur au remplissage du formulaire de demande reste un enjeu majeur pour l'accès aux droits qui devient dématérialisé (fracture numérique). Tous les dispositifs d'accueil physiques, téléphoniques et numériques de la MDPH sont mobilisés dans l'attente d'une nouvelle version.

<sup>39</sup> Conçu au départ comme un formulaire en ligne. De nombreux médecins ont indiqué ne pas pouvoir remplir de façon exhaustive ce formulaire dans le temps d'une consultation.

### 3 - Des équipes d'instruction non mutualisées

La mutualisation des équipes d'instruction<sup>40</sup> dédiées aux personnes âgées d'une part et aux personnes en situation de handicap d'autre part est envisagée dans le département du Nord. Mais le statut particulier de la MDPH, personne morale, complexifie l'organigramme.

Un premier rapprochement a cependant permis de simplifier les démarches des usagers pour certaines prestations, comme la demande de cartes mobilité inclusion (CMI) par les personnes âgées. S'y ajoutent des missions d'aménagement des logements pour faciliter le maintien des personnes âgées et handicapées à domicile confiées à quatre ergothérapeutes financés par le département.

Ce mouvement de rapprochement est diversement perçu. Une partie des associations de personnes en situation de handicap semble hostile à ce rapprochement.

Le président du Conseil de la CNSA, ancien président du conseil départemental du Nord prône la convergence grand-âge handicap malgré certaines réticences. « *La mise en place de la Maison Départementale de l'autonomie constitue une ardente obligation pour des raisons de cohérence, d'efficacité et de gestion rigoureuse...Les personnes en situation de handicap vieillissantes et les personnes âgées en perte d'autonomie sont largement confrontées aux mêmes difficultés, aspirent à des prises en charge largement comparables et requièrent une attention identique sur le respect de leur dignité, la reconnaissance sans limite de leur citoyenneté et l'écoute de leurs besoins et de leurs souhaits* ».

---

<sup>40</sup> Ces missions de mutualisation prévues à l'article L. 149-4 du code précité restent facultatives : « *le cas échéant, d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées* ».

### **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 la veille de ses 60 ans n'aura pas les mêmes droits à la compensation que si son AVC survient le jour de son anniversaire.

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 prestation de compensation du handicap (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>41</sup>.

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

## **II - Des stratégies institutionnelles propres**

### **A - Le schéma régional de santé**

Le schéma régional de santé (SRS) 2018-2022 décline les sept orientations stratégiques du projet régional de santé<sup>42</sup> en 23 objectifs généraux mis en œuvre à travers des objectifs opérationnels et des plans d'actions. Un suivi annuel de ces plans d'action doit être réalisé, au niveau régional et territorial. Le projet régional de santé (PRS) s'est appuyé sur un diagnostic régional<sup>43</sup> qui identifie, outre l'importance des inégalités et de la fragilité sociale, une surreprésentation du handicap<sup>44</sup>.

Le schéma régional de santé 2018-2022 cible explicitement les personnes en situation de handicap dans son objectif général n° 6<sup>45</sup> pour lesquelles il conviendra de « *promouvoir les parcours de vie sans rupture*

<sup>41</sup> Article D-245-3 du Code de l'action sociale et des familles.

<sup>42</sup> PRS adopté pour 10 ans par un arrêté du 05 juillet 2018. Il est composé de trois documents dont le schéma régional de santé.

<sup>43</sup> Diagnostic réalisé par l'Observatoire Régional de la santé et du social de Picardie en 2016.

<sup>44</sup> Le nombre de foyers bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est très supérieur à la moyenne de la France métropolitaine.

<sup>45</sup> De l'orientation stratégique n° 2 « *Mobiliser les acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé* ». L'objectif général n° 5 de l'orientation stratégique n° 2 concerne « *l'accompagnement du vieillissement et soutenir les aidants* ».

*et l'inclusion... ». Il identifie, dans les problématiques prioritaires, le manque de réponses adaptées « à l'évolution de la situation des personnes accompagnées, notamment au moment de leur avancée en âge ».*

Une des déclinaisons opérationnelles concerne explicitement le vieillissement des personnes handicapées.

En établissement médicalisé, *« l'adaptation des Mas et Fam au vieillissement des usagers doit leur garantir qu'ils pourront y demeurer jusqu'à la fin de leur vie s'ils le souhaitent » ;*

En établissements non médicalisés, l'opportunité d'opter pour une médicalisation externe (conventionner avec des Ssiad PH) est à étudier. En complément, *« doivent être identifiées au sein de chaque territoire, des places d'Ehpad dédiées à l'accompagnement des PSH avançant en âge » ;*

En établissement d'aide au travail, *« l'adaptation des modalités d'accompagnement des Esat à l'avancée en âge des travailleurs passe par le développement des possibilités d'exercice à temps partiel ainsi que par celui de sections aménagées du temps de travail ».* Une attention particulière devra être accordée aux besoins spécifiques des travailleurs avec des troubles du spectre de l'autisme ou un handicap psychique.

Par ailleurs, le dernier objectif général du schéma prévoit d'établir un diagnostic relatif aux flux de prises en charge des personnes en situation de handicap en Wallonie et garantir la qualité de leur prise en charge dans les établissements médico-sociaux belges.

## **B - Le schéma unique des solidarités humaines 2018-2022 du département du Nord**

### **1 - Un diagnostic pour identifier les enjeux territoriaux et les points à améliorer de l'offre de service aux usagers**

Le département du Nord a réalisé un bilan de son précédent schéma et a procédé à une analyse des besoins de la population et de l'offre départementale dans un document intitulé « porté à connaissance ».

Le territoire se caractérise par une surreprésentation du handicap chez les enfants comme chez les adultes par rapport à la moyenne nationale (3,4 % contre 2,8 pour l'AAH en 2015) notamment dans le sud du territoire.

Les prix d'une journée en établissement augmentent avec le niveau de dépendance des personnes accueillies : il était en moyenne de 51,64 € en foyer logement et de 143,83 € en foyer d'accueil médicalisé. En 2015, la moyenne des dépenses du département du Nord par bénéficiaire est supérieure aux moyennes nationales concernant l'aide sociale à domicile ou en hébergement<sup>46</sup>.

Le département du Nord rappelle son soutien financier à la MDPH (4,8 M€ en 2016 hors reversement CNSA et dotation pour le fonds) et la généralisation des CPOM sur l'ensemble des champs du handicap pour permettre une optimisation et une recomposition de l'offre.

Entre 2012 et 2015 le schéma indique que 526 places ont été ouvertes, dont 203 places en établissement médicalisé (Fam). En août 2017, 738 personnes étaient accueillies en Belgique.

## 2 - Les objectifs du schéma départemental des solidarités 2018-2022

L'assemblée départementale a adopté le 12 février 2018<sup>47</sup>, le schéma unique des solidarités humaines du département du Nord. Il regroupe les traditionnels schémas sectoriels d'organisation sociale et médico-social pour l'enfance, les familles et la jeunesse ainsi que pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Le Département du Nord a identifié des mutations de fond comme le vieillissement et l'allongement de la vie avec des handicaps.

Le schéma prévoit d'adapter l'offre de service à la diversité des situations et des choix de vie à la fois pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes âgées. Concernant l'accueil spécifique des personnes en situation de handicap, le schéma reconnaît des tensions sur certains types de places disponibles qui peut « *conduire à un recours à l'offre belge* » malgré 33 contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)<sup>48</sup> validés pour 452 places transformées (sur 5 065 places) au 31 décembre 2016.

---

<sup>46</sup> « Le Département du Nord a dépensé, en moyenne par bénéficiaire de l'ACTP et de la PCH, 6 976 € bruts en 2015. C'est plus de 350 € de plus que la moyenne nationale la même année. Plus globalement, concernant l'aide sociale à domicile des personnes en situation de handicap (ACTP, PCH, Aide-ménagère) le Département du Nord a dépensé en 2015 en moyenne par bénéficiaire 7 005 €, soit 600 € de plus que la moyenne nationale. La dépense moyenne départementale concernant l'aide sociale aux personnes en situation de handicap accueillies (ASH, Accueil de jour et Accueil familial) s'élève à 39 748 € par bénéficiaire en 2015. En France, cette moyenne par bénéficiaire atteint 35 154 €, soit une différence de près de 4 600 € ».

<sup>47</sup> Article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles.

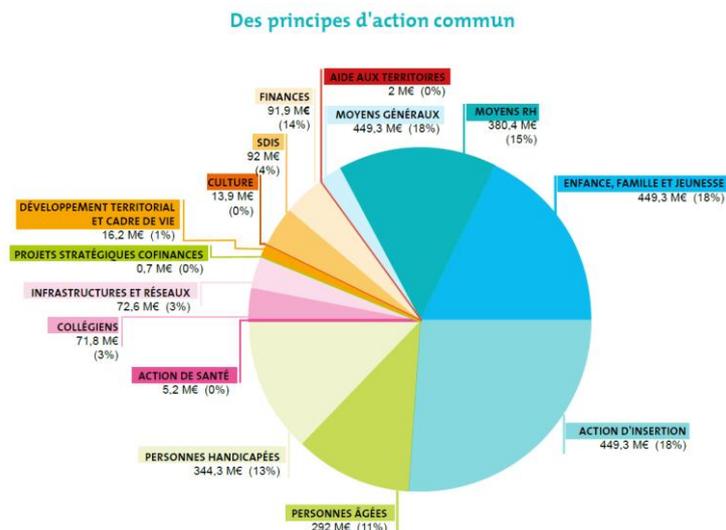
<sup>48</sup> 171 M€ de dotations accordées aux établissements par le CD59 sur le champ du handicap en 2017.

Les CPOM sont considérés comme un levier majeur de la transformation et du rééquilibrage territorial sur le champ du handicap en réorientant l'offre notamment en foyer d'hébergement (transformation de nombreuses places) vers :

- des dispositifs permettant l'inclusion en milieu ordinaire (SAVS, résidence services, accueil de jour, accueil temporaire) ;
- des accompagnements plus adaptés aux personnes en situation de handicap vieillissantes ;
- des solutions pour les jeunes de plus de 18 ans<sup>49</sup> en attente de places dans le secteur adulte ;

Les CPOM devront prévoir l'évolution des pratiques et la contribution de chaque gestionnaire au montage de solutions adaptées dans l'esprit de la « Réponse Accompagnée pour Tous » (RAPT) associant parfois plusieurs établissements et services pour accompagner les situations les plus complexes.

**Graphique n° 1 : répartition des coûts par politique de solidarité lors de l'élaboration du schéma en 2018**



Source : schéma unique des solidarités humaines 2018-2022

<sup>49</sup> Jeunes maintenus par dérogation dans les établissements pour enfant au-delà de leurs 18 ans appelés « amendement Creton ».

### **3 - Les axes et leurs orientations opérationnelles**

Le schéma fixe un certain nombre d'objectifs à la MDPH, qui s'appliquent aux personnes en situation de handicap vieillissantes, notamment la prise en compte d'une évaluation multi dimensionnelle des personnes en situation de handicap, incluant leur environnement social et familial, sans oublier les solutions de répit aux aidants et une meilleure coordination pour la réponse aux situations complexes.

La problématique du vieillissement des personnes handicapées est bien repérée. Une action de « l'axe 5 » prévoit d'adapter l'offre au service du vieillissement des personnes en situation de handicap.

De même, dans le programme coordonné de la conférence des financeurs 2019-2022, ce public est identifié dans un axe spécifique : « 3.12. Mettre en œuvre des actions de prévention à l'attention des personnes en situation de handicap vieillissantes et des personnes âgées fragilisées » dont :

- favoriser l'accès aux informations, aux droits et développer une démarche de prévention santé ainsi que des espaces de prévention dédiés aux personnes en situation de handicap vieillissantes ;
- développer des actions collectives visant à accompagner les parents vieillissants confrontés à la perte d'autonomie autour de la préparation de l'avenir de leur(s) enfant(s) en situation de handicap(s).

### **C - La feuille de route MDPH 2022**

Lors de la conférence nationale du handicap du 11 février 2020, l'État et l'assemblée des départements de France (ADF) ont pris des engagements partagés pour améliorer la qualité de service des MDPH<sup>50</sup>. Le pilotage opérationnel de cette « feuille de route MDPH 2022 » a été confié à la CNSA avec pour objectif de permettre un accès au droit à compensation de qualité, simple, rapide et équitable.

La feuille de route MDPH 2022 prévoit 38 projets dont 8 projets phares devant produire des effets importants sur le quotidien des personnes handicapées et sur les méthodes de travail des professionnels (annexe 2).

---

<sup>50</sup> Une convention socle de la CNSA pour 2021 à 2024 a été adoptée par la commission exécutive le 12 octobre 2020 pour permettre la poursuite des financements et fixer les objectifs précités pour la MDPH.

Ainsi, la part des droits attribués sans limitation de durée en matière d'AAH est de 73 %, supérieur à la moyenne nationale (65 %) <sup>51</sup> ce qui facilite la vie des personnes en situation de handicap qui n'ont plus à refaire des demandes tout au long de leur vie.

Lors du traitement de la demande à la MDPH de la personne ou de son représentant légal, l'urgence peut aussi être repérée par les agents instructeurs chargés de l'enregistrement. Leur traitement rapide par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation est facilité par de bons délais de traitement des demandes.

**Tableau n° 8 : délais moyens de traitement des demandes à la MDPH 59**

Type de demande (en mois)	2019	2020	2021	2 <sup>ème</sup> trim. 2022	2 <sup>ème</sup> trim. 2022 moyenne nationale
PCH	5,2	4,9	3,5	3,3	5,4
AAH	4,2	3,3	2,2	2,3	4,8
Délai de traitement Adultes	4,2	3,36	1,9	2,2	4,6
Délai de traitement Enfants	5,8	5,01	2,6	3,1	3,6
<b>Délai de traitement global</b>	<b>4,5</b>	<b>3,7</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>	<b>4,3</b>

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du baromètre CNSA pour la MDPH 59 actualisé au 05 avril 2022, du rapport d'activité 2020 et des données transmises pour 2021

Les délais de traitement se sont significativement améliorés entre 2019 et 2022. Selon le baromètre de la CNSA, la durée moyenne de traitement des demandes est de 2,3 mois dans le Nord, pour une moyenne nationale de 4,7 mois au quatrième trimestre 2021 <sup>52</sup>.

L'importante productivité constatée en 2020 a permis de réduire significativement les délais et le nombre de situations traitées en urgence.

Lors de la réunion du 25 janvier 2021, il a été acté que la COMEX serait l'instance de suivi de la feuille de route MDPH 2022. Elle a sélectionné trois actions prioritaires <sup>53</sup> (parmi les 38) pour la MDPH du Nord qui entreront dans la feuille de route stratégique et opérationnelle qui devra être signé entre le Département, la MDPH et la CNSA :

<sup>51</sup> Selon les données du baromètre MDPH du Nord publiées par la CNSA pour le 3<sup>ème</sup> trimestre 2021.

<sup>52</sup> Autres départements des Hauts-de-France : 62 et 80 (3,1 mois), 60 (3,4 mois) et 02 (4,7 mois).

<sup>53</sup> Une deuxième convention doit décliner les objectifs de la feuille de route de façon opérationnelle et adaptée aux spécificités du département.

- suivi des orientations et connaissance des places disponibles sur le territoire grâce à Via Trajectoire Handicap (VTH)<sup>54</sup> ;
- garantie d'un accueil visible, territorialisé et de proximité ;
- mise en place d'un service en ligne de dépôt des demandes, interfacé avec le SI MDPH.

Les trois actions prioritaires sont engagées mais sans application concrète pour les usagers concernant la première orientation.

### **III - Une même difficulté à appréhender les besoins**

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 la fiabilité de ces données, issues de plusieurs sources, parfois non concordantes et souvent imparfaites (annexe 3).

#### **A - L'outil « ViaTrajectoire » de suivi des orientations et des places disponibles n'est pas opérationnel**

Le dispositif « Via Trajectoire Handicap », déployé en 2019 à la MDPH du Nord, rencontre toujours, en 2022, des difficultés de mise en œuvre, liées d'abord à la fiabilité de l'outil lui-même, ensuite à sa mise en œuvre opérationnelle par la MDPH et, enfin, à son appropriation par les établissements concernés<sup>55</sup>.

En effet, l'outil comprend bien toutes les orientations prises par la MDPH mais ne permet pas de donner d'information fiable sur les places disponibles<sup>56</sup>.

Les listes d'attente générées par l'outil ne sont pas fiables et il est impossible de mesurer les besoins de prise en charge non satisfaits des personnes en situation de handicap en général et des personnes de plus de 45 ans en particulier.

---

<sup>54</sup> Le schéma départemental prévoit la contribution de la MDPH à la maîtrise d'ouvrage nationale du système informatique (SI) des MDPH et le déploiement avec l'ARS de Via trajectoire PA/PH.

<sup>55</sup> Trois réunions animées par l'ARS et le département sont prévues au dernier trimestre 2022 avec l'ensemble des établissements du territoire pour la mise à jour des données dans l'outil « Via-Trajectoire PH ».

<sup>56</sup> La démonstration du fonctionnement de l'outil sur place, puis des tests effectués sur les listes d'attente en Mas et Fam ont révélé que l'outil n'est pas opérationnel.

Pour les usagers, le site propose seulement une carte de localisation des différents établissements et services médico-sociaux pour permettre d'accéder à leurs coordonnées.

## **B - La négociation des CPOM retardée par la crise sanitaire**

Les besoins liés au vieillissement des personnes en situation de handicap en établissement sont abordés avec chaque organisme gestionnaire dans le cadre de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Pour les établissements concernés par un financement de l'ARS, la fiche action n° 8 du contrat type prévoit d'« *adapter en Fam, Mas et Esat les modalités d'accompagnement au vieillissement des personnes : projets d'établissement, projets individuels, développement du temps partiel, sections aménagées du temps de travail en ce qui concerne les Esat, prise en considération des complications médicales diverses liées à l'avancée en âge (problèmes digestifs accrus, respiratoires, musculaires...)* ».

L'ARS a pour objectif de développer des indicateurs de suivi du programme régional de santé et des CPOM lui permettant d'actualiser l'analyse du besoin ou le suivi de l'inclusion par exemple.

De même pour les établissements concernés par un financement du conseil départemental, la fiche action « axe 5 » prévoit de poursuivre et diversifier les solutions d'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes.

Cependant, la négociation des nouveaux CPOM a été retardée par la crise sanitaire.

## **C - Des diagnostics territoriaux attendus fin 2022**

L'ARS Hauts-de-France utilise comme outil statistique les tableaux de bord de la performance qu'elle estime correctement complétés par les ESMS du territoire.

Elle a cependant dû engager une démarche d'élaboration de diagnostics territoriaux partagés qui lui permettront d'ajuster l'offre en fonction des besoins repérés. Les cabinets mandatés devraient rendre leurs résultats fin 2022.

Dans cette attente, les financeurs « pilotent à vue » en examinant les demandes des ESMS au cas par cas.

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

Selon l'ARS plusieurs travaux sont en cours pour améliorer cette visibilité : consolidation de *ViaTrajectoire* en cours, élaboration d'un diagnostic territorial à l'ARS HDF et d'un schéma départemental au département.

## IV - Des moyens financiers encadrés alloués aux politiques du handicap, et peu de moyens supplémentaires pour les PHV

### A - Des financements sous contrainte pour l'ARS

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 maladie (Ondam). Les enveloppes budgétaires destinées au département du Nord ont progressé de 7 % sur la période 2017 / 2021.

Les crédits non reconductibles, en lien avec la crise sanitaire, ont atteint plus de 33 M€ en 2020. Ils ont été multipliés par près de 8 entre 2019 et 2020 pour le secteur adulte mais restent non pérennes.

Par ailleurs, un plan de prévention des départs non souhaités en Belgique d'un total de 90 M€, sur trois ans, a été attribué aux principaux territoires concernés, dont 26,55 M€ pour l'ARS Hauts-de-France.

**Tableau n° 9 : total crédits de tarification des ESMS PH dans le Nord**

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Base au 1 <sup>er</sup> janvier N (avec extension en année pleine des mesures nouvelles N-1)	501 203 463 €	509 918 683 €	517 661 169 €	522 306 181 €	534 201 279 €
+ Actualisation	3 296 206 €	3 879 977 €	3 243 646 €	4 874 618 €	3 679 203 €
+ Mesures Nouvelles	3 519 048 €	3 195 584 €	876 667 €	3 316 040 €	3 543 049 €
+ Crédits Non Reconductibles (CNR) <sup>57</sup>	10 154 730 €	8 036 561 €	8 772 806 €	33 272 316 €	14 767 066 €
- Résultat <sup>58</sup>	3 164 741 €	3 332 970 €	4 860 524 €	3 522 482 €	4 972 783 €
<b>Total</b>	<b>515 008 706 €</b>	<b>521 697 836 €</b>	<b>525 693 764 €</b>	<b>560 246 672 €</b>	<b>551 217 814 €</b>

Source : ARS

<sup>57</sup> Les crédits non reconductibles habituellement affectés à des dépenses de personnel non pérennes, à de la formation, des gratifications de stage, la qualité de vie au travail, les situations critiques, le soutien à l'investissement, etc.

<sup>58</sup> Le montant « résultats » correspond au total des résultats repris par l'ARS (reprise des excédents – reprise des déficits) pour les ESMS encore soumis à l'obligation de déposer un compte administratif (et dont les résultats peuvent être repris en réduction ou augmentation des charges d'exploitation).

**Tableau n° 10 : crédits de tarification des ESMS PH ADULTES dans le Nord**

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Base au 1 <sup>er</sup> janvier N (avec extension en année pleine des mesures nouvelles N-1)	207 593 281 €	212 414 924 €	216 584 650 €	218 271 264 €	224 352 204 €
+ Actualisation	1 310 831 €	1 660 410 €	1 301 737 €	2 057 449 €	1 583 798 €
+ Mesures Nouvelles	2 105 446 €	2 454 589 €	106 667 €	2 171 718 €	862 703 €
+ CNR	5 753 270 €	2 366 160 €	2 105 971 €	16 450 030 €	4 550 191 €
- Résultat	1 877 507 €	1 604 941 €	1 634 211 €	802 954 €	1 219 695 €
Total	214 885 321 €	217 291 143 €	218 464 814 €	238 147 506 €	230 129 202 €

Source : ARS.

L'ARS n'apporte pas de crédits directement au financement des unités de vie pour personnes en situation de handicap vieillissantes compte tenu de l'étanchéité des enveloppes destinées aux personnes âgées et aux personnes handicapées et de l'absence de crédits spécifiques délégués par le national. L'accueil des PHV pénalise même financièrement les Ehpad car les grilles d'évaluation ne prennent pas en compte les résidents de moins de 60 ans. Le financement ARS se fait dans la limite du plafond applicable aux Ehpad. L'ARS encourage cependant l'accueil de personnes en situation de handicap vieillissantes en Ehpad.

Son objectif est de multiplier les réponses pour pouvoir s'adapter aux besoins divers de la personne handicapée vieillissante en utilisant les structures existantes médicalisées ou non. Ainsi les accueils de jour, les Ehpa, l'habitat inclusif peuvent apporter une partie des solutions en les adaptant à l'avancée en âge.

L'ARS prévoit d'abord de financer 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, avec des services infirmiers de type ssiad.

Elle ne souhaite pas financer de médicalisation en interne des foyers de vie<sup>59</sup>. Une convention ssiad PH / foyers de vie ou d'hébergement non médicalisé a été conclue dans ce cadre mais ce dispositif ne répond pas à tous les besoins (cf. infra).

<sup>59</sup> Les foyers de vie font état de besoins de médicalisation pour continuer à prendre soin dans de bonnes conditions des personnes en situation de handicap vieillissantes devenues très dépendantes.

Le développement des services Samsah, Ssiad PH ou de l'HAD a également pour objectif de s'adresser aux personnes vieillissantes à domicile.

L'aide aux aidants est un axe prioritaire du schéma régional de santé. 8 plates-formes de répit ont été financées par l'ARS pour les personnes âgées et 10 pour les personnes handicapées dans le département du Nord pour des montants respectifs de 3 743 990 € et 5 342 000 €.

## **B - Des financements sous contrainte pour le Conseil départemental**

**Tableau n° 11 : moyens consacrés par le département à la politique  
personnes handicapées (en milliers d'euros)**

	2018	2019	2020	2021	Évolution
Dépenses de fonctionnement	366 703	367 089	369 841	376 271	2,6 %
Recettes de fonctionnement	NC	NC	NC	NC	
Solde net					
Dépenses d'investissement	1 912	2 185	5 419	2 541	32,9 %

Source : comptes administratifs 2017 à 2021

Le conseil départemental du Nord regroupe ses missions à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap au sein d'une même direction de l'autonomie dont le budget s'est élevé à 688 M€ en 2020 et 718 M€ en 2021 dont 377 M€ pour le secteur personnes handicapées<sup>60</sup>.

Le département consacre des moyens financiers importants à la politique du handicap. En 2020, il a versé 200 574 981 € de subventions de fonctionnement aux associations gestionnaires du secteur du handicap<sup>61</sup>, dont plus de 25 M€ aux associations Belges en CPOM accueillant des résidents du Nord. 1,48 M€ ont également concerné le financement des 67 porteurs de projets d'habitat inclusif.

<sup>60</sup> Budget prévisionnel 2021 de 2 738 M€ dont 75 % sont des dépenses réelles de fonctionnement consacrées aux « solidarités humaines » soit deux milliards d'euros (principalement 760 M€ pour les actions d'insertion).

<sup>61</sup> Le service contractualisation (CPOM PH) du département du Nord a financé 265 établissements en 2020. La plupart des CPOM (44) devaient être renouvelés en 2022.

12 établissements ont bénéficié d'une subvention d'investissement pour un montant global de 5 209 793 €.

Les autres dépenses concernent les allocations à domicile dont la prestation de compensation du handicap (PCH).

Le conseil départemental du Nord est attentif aux évolutions des allocations individuelles de solidarité qui représentent plus d'un milliard d'euros au compte administratif 2021 (670 M€ de RSA ; 258 M€ d'APA et 113 M€ de PCH).

La prestation de compensation du handicap a fait l'objet d'une mission confiée à une équipe interne de la MDPH pour harmoniser les plans d'aide et mieux maîtriser le montant versé par le département en augmentation de 8,9 % en moyenne entre 2016 et 2018<sup>62</sup>. La stabilisation du montant de l'allocation sur les dernières années (1,5 %) se traduit, en prospective, par une évolution de 0,82 % par an, correspondant à l'évolution du nombre de bénéficiaires depuis janvier 2021.

Dans un contexte de vieillissement de la population, une nouvelle mission d'information et d'évaluation a été créée en décembre 2021 concernant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Elle sera chargée d'étudier le parcours de l'usager, les modalités d'attribution de cette aide et son impact sur les finances départementales. En prospective, la projection retenue se base sur une évolution de l'APA de + 3 % par an<sup>63</sup>.

Dans le département du Nord, les schémas sanitaires et médico-sociaux ont clairement identifié la nécessité d'adapter la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes en s'appuyant sur des besoins bien identifiés par les acteurs associatifs.

---

<sup>62</sup> Pour une évolution moyenne de 5,6 % en France métropolitaine sur la même période selon le rapport d'orientation budgétaire présenté le 24 janvier 2022 au conseil départemental du Nord.

<sup>63</sup> Les dépenses APA ont progressé de 44 % entre 2017 et 2021 (hors effet de la revalorisation salariale issue de l'avenant 43 à la convention collective des métiers de l'aide à domicile pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap). Le nombre de bénéficiaires de l'APA augmente de 5 % par an depuis 2017. Le coût de la revalorisation depuis 2020 du forfait horaire des services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) est évalué à 10 M€ supplémentaires en année pleine. De plus l'application de la convention titre IV avec la CNSA pour les conditions d'exercice des Saad représente un montant de 8,5 M€ sur trois ans (2020 à 2022).

---

## CONCLUSION

---

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

*La mise en place d'une maison de l'autonomie permet de mutualiser l'information à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. La MDPH a également facilité la vie des usagers en améliorant les délais d'instruction et en accordant des droits sans limitation de durée.*

*Par contre, l'accès aux droits reste entravé par la complexité des différents types d'accompagnement à domicile ou en établissement et la difficulté d'y accéder. Les usagers et les différents acteurs du territoire disposent d'informations parcellaires et non fiables sur les places disponibles en ESMS.*

*Les principaux financeurs adaptent l'offre au cas par cas sans vision précise des besoins de chaque bassin de vie. Selon l'ARS l'offre est adaptée « selon le déploiement des politiques nationales et les moyens inhérents ». La fiabilisation de l'outil « via trajectoire PH » et son actualisation par tous les établissements et services constitue un enjeu majeur pour améliorer l'équité entre les usagers et entre les territoires.*

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

---



## **Chapitre III**

### **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 peut avoir pour origine une prise en charge en établissement ou à domicile avec ou sans accompagnement. Un autre parcours concerne l'entrée dans le handicap en cours de vie pour lequel les prises en charge sont plus difficiles.

#### **I - Un accompagnement à domicile généraliste**

##### **A - Une offre fragilisée par les tensions sur le recrutement**

###### **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).

98 % des personnes en situation de handicap vivent à domicile y compris les plus de 45 ans<sup>64</sup>.

L'ARS Hauts-de-France a réalisé en juin 2022 une enquête sur les difficultés de recrutement sur les métiers du médico-social. Plus de 70 % des répondants<sup>65</sup> estiment rencontrer des tensions en matière de ressources humaines.

Les besoins concernent, aujourd'hui, tous les métiers du médico-social, non seulement le soin, avec les aides-soignantes, pour plus de la moitié des répondants, et les infirmières (42,9 % des répondants), mais aussi l'accompagnement éducatif et social (AES) pour 35 % des répondants. Ces éducateurs se seraient réorientés pendant la crise sanitaire vers d'autres domaines d'activités ou vers la Belgique.

37,8 % des répondants estiment que cette période de tension sur les ressources humaines s'aggrave.

## **B - Des services d'aide qui se sont adaptés au vieillissement des personnes en situation de handicap**

### **1 - Des services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) concentrés dans les agglomérations**

Le conseil départemental propose sur son site « [services.lenord.fr/trouver-un-service-daide-et-daccompagnement-a-domicile-saad](http://services.lenord.fr/trouver-un-service-daide-et-daccompagnement-a-domicile-saad) » une carte de localisation des différents services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) avec 264 propositions.

<sup>64</sup> Données MDPH, tableau 17 de l'enquête.

<sup>65</sup> L'enquête de l'ARS a été renseignée par 34,9 % des 1578 ESMS de la région Hauts-de-France (périmètre élargi incluant sites principaux et secondaires) soit 550 ESMS.

Les services sont concentrés sur les territoires de proximité<sup>66</sup> de Lille-Roubaix-Tourcoing (111) alors que le territoire de la Sambre Avesnois n'en contient que cinq. Les tarifs Apa et PCH (22 € correspondant à la prise en charge départementale) sont indiqués sur chaque localisation de prestataire, ce qui semble indiquer que tous les Saad proposent des services destinés aux personnes en situation de handicap.

Un service départemental de six agents est dédié au financement et à la modernisation des Saad et à l'animation partenariale avec les fédérations Saad, la Direccte, la Carsat, l'ARS et la Région.

Le site rappelle également que le secteur recrute. Une vidéo promeut le métier de l'aide à domicile en faisant témoigner un professionnel et un jeune adulte à domicile en situation de handicap. En effet, suite à la réalisation d'enquêtes sur les besoins en emplois en 2020 et 2021, le département du Nord a lancé une campagne de communication et un plan de recrutement avec les plateformes emploi et insertion<sup>67</sup>.

En 2020, 235 Saad étaient autorisés et représentaient 7 000 salariés (en ETP) avec plus de 2 000 prévisions d'embauche.

Au 31 décembre 2021, ces services ont réalisé plus de 2 millions d'heures, en progression de 11 % depuis 2016<sup>68</sup>. Le nombre d'heures effectivement payées par la PCH est de 80 % (70 % pour les plus de 80 ans)<sup>69</sup>.

Le département précise que les Saad ne sont pas créées avec un quota d'activité et que les services d'aide à domicile ont réussi à suivre l'évolution de la demande.

Dans le cadre de la convention signée entre le département du Nord et la CNSA<sup>70</sup> le 30 juillet 2020, deux appels à projet ont concerné le secteur de l'aide à domicile. 11 Saad ont été retenus pour l'action « transformation organisationnelle » et 12 concernant « la prévention des risques et qualité de vie au travail ». En 2020, 1 634 professionnels ont été impactés (déploiement des aides à domicile en équipes autonomes) dans le cadre du premier appel à projet et 11 nouveaux Saad ont été équipés en télégestion ainsi que deux Spasad.

---

<sup>66</sup> Territoires de proximité de l'offre médico-sociale selon le découpage territorial du schéma régional de santé 2018-2023 des Hauts-de-France.

<sup>67</sup> Selon le rapport d'activité 2020 : 400 recrutements réalisés dans les Saad dont 119 ARSA grâce aux plateformes emploi, 63 contrats de professionnalisation dont 14 ARSA via le groupement d'employeur pour l'insertion et la qualification (GEIQ) et 74 salariés dont 55 ARSA bénéficiaires de la mesure formation tutorat pour 2235 heures de formation soit 36 000 €.

<sup>68</sup> Réponse du département au tableau n° 7 de l'enquête.

<sup>69</sup> Données MDPH, tableau n° 27 de l'enquête.

<sup>70</sup> Le budget global de 2020 à 2022 est de 8,6 M€. Le rapport d'activité 2020 indique que le budget 2020 de 1,9 M€ a été consommé à hauteur de 55 %).

Par contre, le département n'a pas initié d'actions particulières pour l'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap vieillissantes.

**Tableau n° 12 : nombre de services d'accompagnement à domicile (Saad) et de bénéficiaires concernés par un financement départemental en 2020**

	Nb de Saad	Nb de bénéficiaires	Montant réglé	Dont complémentaires
APA	216	32 434	89 278 035 €	1 261 011 €
PCH	190	3 504	38 936 395 €	1 319 868 €
Aide ménagère PA	55	500	775 821 €	9 823 €
Aide ménagère PH	45	429	698 181 €	15 592 €

Source : rapport d'activité 2020 de la direction de l'autonomie du département du Nord

L'aide sociale à domicile pour les personnes handicapées concerne un nombre limité de personnes. Au 31 décembre 2020, 372 personnes handicapées étaient bénéficiaires de l'aide-ménagère pour un montant moyen de 276,35 € par mois et 76 personnes bénéficiaient des frais de repas pour un montant moyen de 212,82 € par mois.

## 2 - Des services de soins infirmiers à domicile qui prévoient des places pour les personnes en situation de handicap

La région Hauts-de-France dispose de 14 000 places en Ssiad mais seulement de 914 places en Ssiad pour personnes handicapées dont 322 dans le département du Nord.

Au 31 décembre 2021, le taux d'équipement était inférieur à la moyenne régionale<sup>71</sup>.

En 2021, 5 787 personnes handicapées étaient accompagnées par les services d'un Ssiad, en progression de 5,5 % depuis 2016. Les besoins augmentent avec l'âge, 279 personnes ont plus de 95 ans.

Par contre, le nombre de personnes admises dans l'année a diminué de 5,6 % par rapport à 2016<sup>72</sup>. Les taux d'occupation ont tendance à baisser entre 2017 et 2019 pour une majorité des Ssiad du Nord.

<sup>71</sup> Données ARS : taux d'équipement de 0,21 pour une moyenne de 0,25. Données CD 85 : taux d'équipement de 0,24/°° pour une moyenne régionale de 0,32/°°.

<sup>72</sup> Données ARS.

### **3 - Le soutien par un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah)**

Au 31 décembre 2020, le taux d'équipement en places en services SAVS et Samsah dans le Nord est inférieur à la moyenne nationale<sup>73</sup>.

Au 31 décembre 2021, le taux d'équipement en Samsah dans le Nord est également inférieur à la moyenne régionale<sup>74</sup>. Le nombre de places autorisées (425)<sup>75</sup> a quadruplé en 10 ans. En 2016, 371 personnes étaient accompagnées dont 57 % de plus de 45 ans. En 2021 elles étaient 590 dont 54 % de plus de 45 ans. Les personnes accompagnées de moins de 25 ans sont en forte progression.

1 451 places sont autorisées en SAVS, soit une progression de 44 % en 10 ans.

Le SAVS d'urgence de Maubeuge a bénéficié d'une médicalisation de 10 places pour une transformation en Samsah.

### **4 - La bonne pratique du centre de ressources pour personnes en situation de handicap vieillissantes**

Dès 45 ans, une personne en situation de handicap présentant une déficience intellectuelle associée à un vieillissement précoce peut bénéficier d'une orientation MDPH « SAVS-CR » qui associe un SAVS et un centre de ressource prenant en charge les personnes en situation de handicap vieillissantes.

L'association « les papillons blancs » du Valenciennois gère un Samo<sup>76</sup> qui propose un accompagnement pour les « *personnes avancées en âge en situation de handicap* ». Ce centre de ressources financé par le département accompagne une quarantaine de personnes essentiellement d'anciens travailleurs Esat en foyer ou à domicile. Cet accompagnement intègre également les parents eux-mêmes vieillissants. Ce service est composé d'un chef de service éducatif et de 2,5 ETP d'éducatrice spécialisée et de conseillère en économie sociale et familiale.

Le nombre de personnes pouvant être prises en charge apparaît faible par rapport au nombre de travailleurs Esat (plus de 600) et d'habitants du bassin de vie de Valenciennes.

---

<sup>73</sup> Données Insee : 1,3 dans le Nord pour 1,6 en France métropolitaine.

<sup>74</sup> Données ARS : 0,33 dans le Nord pour 0,39 au niveau régional.

<sup>75</sup> Les chiffres du département (425) et de l'ARS (438) diffèrent au 31 décembre 2021.

<sup>76</sup> Le SAMO regroupe un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (Samsah).

## 5 - L'hébergement temporaire

Moins d'une centaine de personnes de plus de 45 ans sont accueillies en hébergement temporaire en établissement pour personnes handicapées (hors maison d'accueil spécialisé)<sup>77</sup>.

L'hébergement temporaire est parfois proposé en Ehpad à une personne handicapée vieillissante notamment en cas d'hospitalisation de l'aidant pour lui permettre de « tester » ou se familiariser au fonctionnement de l'établissement mais sans financement spécifique.

## C - Des besoins en aides techniques et en aménagement du logement mutualisés

La création de la maison de l'autonomie (MDA) du Nord a pour principal objectif de permettre un niveau accru de service rendu aux usagers âgés et/ou handicapés en mutualisant tous les dispositifs relatifs à la mobilité, à l'habitat, à la citoyenneté et au lien social.

Ce rapprochement a permis de simplifier les démarches des usagers pour certaines prestations comme la demande de cartes mobilité inclusion (CMI) par les personnes âgées<sup>78</sup>. De même quatre ergothérapeutes financés par le département sont affectés à de nouvelles missions mutualisées d'aménagement des logements pour faciliter le maintien des personnes âgées et handicapées à domicile.

Une équipe mutualisée d'ergothérapeutes et d'intervenants sociaux vont accompagner, de façon coordonnée, les personnes en perte d'autonomie pour l'aménagement de leur logement dans le cadre du dispositif départemental sur les aides techniques (EqLAAT). Les professionnels de l'évaluation (la MDPH pour la prestation de compensation du handicap PCH

---

<sup>77</sup> Données MDPH, tableau n° 13 de l'enquête : 127 PH en 2016 ; 194 PH en 2021 (78 + 45 ans dont 1 de plus de 70 ans).

<sup>78</sup> Le protocole relatif au traitement des demandes de carte mobilité inclusion (CMI) entre le département et la MDPH du Nord a été modifié par avenant le 22 octobre 2019 pour simplifier les demandes de CMI invalidité pour les personnes âgées bénéficiaires de l'APA (du Gir 3 à 6). Une nouvelle articulation entre les professionnels évaluateurs Apa et la MDPH évite à l'utilisateur de faire une demande complémentaire à la MDPH. Les évaluateurs médico-sociaux (EMS) du Département assurent l'instruction des demandes de CMI pour les personnes âgées relevant des groupes 3 à 6. Leur évaluation se fait dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire de la MDPH et la proposition est soumise pour avis à la CDAPH. Pour les personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 et 2), le département assure l'ensemble des opérations nécessaires y compris l'attribution des cartes sans intervention de la MDPH. Une convention quadripartite avec la préfecture organise le traitement des Cartes mobilité inclusion pour le compte du département.

et le département pour l'aide personnalisée à l'autonomie APA) sont assistés d'un ergothérapeute de la MDPH pour définir les besoins des deux types d'usagers en amont du dispositif.

Le département du Nord a répondu à un appel à projet de la CNSA avec un objectif de 902 dossiers sur 24 mois à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2021.

## **D - Des solutions d'habitat inclusif pour PHV en cours de développement**

### **1 - L'habitat inclusif**

Un service de la direction de l'autonomie du Conseil départemental du Nord accompagne les développements des alternatives « *d'un chez soi autrement* » comme l'habitat inclusif et l'accueil familial.

En 2020, 533 accueillants familiaux accueillent 665 personnes dont 294 personnes âgées et 371 personnes en situation de handicap<sup>79</sup>.

50 projets d'habitat inclusif ont été déployés sur tout le territoire correspondant à 252 personnes en situation de handicap locataires et 118 personnes âgées locataires. Un appel à projet annuel prévoit 10 à 12 nouveaux porteurs de projets d'habitat inclusif.

L'objectif 2021 et 2022 est de mettre en œuvre les préconisations du rapport de MM. Piveteau et Wolfrom (juin 2020) pour pérenniser l'habitat inclusif : Aide à la Vie partagée (AVP), forfait de services mutualisés, conventions département/porteur de projets. Le département considère que sa « *politique volontariste* » de développement de l'habitat inclusif doit permettre, « *à partir du moment où l'autonomisation des personnes en établissement est travaillé suffisamment tôt* », une désinstitutionalisation.

### **2 - Les limites du « virage inclusif » pour le grand âge**

L'offre disponible doit permettre à une personne en situation de handicap de faire des choix de vie différents tout au long de sa vie notamment lorsque le vieillissement ou la perte d'un proche modifie son autonomie. Le rôle des aidants est déterminant, particulièrement lors des parcours à domicile.

---

<sup>79</sup> Le montant moyen de l'allocation d'accueil familial est de 981,41 € en 2020 (+ 9,9 % par rapport à 2017). Au total 443 personnes handicapées ont bénéficié de l'allocation au cours de l'année 2020.

Ainsi, lorsque « les papillons blancs » du secteur dunkerquois ont fermé un important foyer d'hébergement en 2018, les travailleurs handicapés à la retraite ont eu l'opportunité d'accéder à des habitats partagés, des appartements regroupés dans un même immeuble ou en diffus.

Or, l'avancée en âge de ces PHV et l'isolement accentué par la crise sanitaire entraînent des demandes de retour au collectif, même si ces personnes sont en capacité d'être autonome.

## **E - Le repérage des situations de fragilité liées au vieillissement repose sur un travail en réseau**

### **1 - Le repérage généraliste des situations urgentes ou à risque de rupture**

L'ensemble des acteurs publics et privés du territoire appartenant au secteur sanitaire et médico-social dont les relais autonomie du département et les associations représentatives des différents handicaps assurent un rôle d'alerte sur les situations potentiellement à risque. Le réseau social est un acteur essentiel du repérage (CCAS des différentes mairies, CLIC, MAIA, Ehpad, CARSAT, services d'aides à la personne).

La prise en charge du signalement reste cependant fortement dépendante de la connaissance mutuelle de l'ensemble des acteurs sur un territoire donné.

Dans le Nord des réseaux se sont constitués pour le repérage des personnes âgées en difficulté. Le conseil départemental par une délibération du 29 juin 2020 a souhaité conventionner avec les communes pour lutter contre l'isolement des personnes âgées et fragiles isolées notamment par des campagnes d'appel téléphonique. Or, des personnes âgées peuvent héberger à domicile leur enfant handicapé vieillissant.

### **2 - Les dispositifs de repérage des personnes en situation de handicap vieillissantes en difficulté**

Le réseau du groupement de coopération médico-social PASS'AGE permet un maillage étroit du territoire dunkerquois en regroupant des acteurs du secteur personnes âgées, du secteur des personnes en situation de handicap, les services d'aide à domicile et le secteur sanitaire<sup>80</sup>.

---

<sup>80</sup> Les 20 membres : ADAR Flandre maritime, AFEJI, AMAVI, APAHM, APF, ASSAD, Association Clairfontaine, CH Dunkerque, Ehpad d'Hondschoote, Fondation Partage § vie, Fondation Schadet Vercoustre, Hestia, Hôpital Maritime de Zuydcoote, Institut Vancauwenberghe, Ehpad les Oyats, mutualités Françaises Nord, papillons blancs de Dunkerque, polyclinique de Grande-Synthe, Maison de retraite Saint-Louis et Résidence du Val d'Yser.

Depuis 2013<sup>81</sup>, ce dispositif est dédié à la prévention et à l'anticipation des ruptures de parcours, pour toutes les personnes en situation de handicap de plus de 45 ans notamment les travailleurs Esat.

En effet, le travail partenarial existant avait identifié le manque de savoir-faire pour l'accompagnement des PHV dans les ESMS du secteur du handicap et la défiance des Ehpad non préparés à recevoir ces publics. En huit ans, 28 personnes en situation de handicap vieillissantes ont été accompagnées en Ehpad par le groupement.

Le travail partenarial en réseau permet le repérage des PHV en difficulté, notamment à domicile. C'est pourquoi, ce réseau comprend, au-delà des membres comme les SAVS, tous les partenaires du territoire (mairies, CCAS, CLIC, MAIA...). Le groupement est composé de trois personnes (une directrice, une chargée de mission et une animatrice) et accompagne 80 personnes dont une vingtaine à domicile qu'elles préparent à un changement de lieu de vie.

Pour les personnes à domicile, les deux principales causes de recours au groupement sont le besoin de casser la solitude et retrouver du lien social, mais également l'urgence. Les besoins d'accompagnement sont de plus en plus importants et un poste supplémentaire a été demandé au département dans le cadre de la négociation du prochain CPOM. L'objectif est de repérer les situations fragiles pour ne pas réaliser un accompagnement dans l'urgence (exemple du décès du parent âgé).

PASS'AGE dispose également de conventions avec le réseau santé mais regrette l'absence de partenariat avec l'établissement public de santé mentale. Or, le groupement constate le développement des troubles du comportement chez les personnes en situation de handicap vieillissantes. Les diagnostics sont difficiles à poser et les centres médico-psychologiques (CMP) existants sur le territoire ne semblent pas pouvoir apporter un soutien suffisant. Un important besoin de formation a été identifié pour les personnels éducatifs en établissement.

PASS'AGE accompagne des personnes en situation de handicap vieillissantes trisomiques qui ont développé une maladie d'Alzheimer. Le diagnostic est difficile à poser et les situations sont très hétérogènes. Le repérage précoce de la maladie s'avère indispensable pour éviter l'échec d'une prise en charge en Ehpad quand la personne a perdu ses repères.

Un autre dispositif existe pour le repérage des personnes en situation de handicap vieillissantes sur les territoires du département pour les travailleurs en Esat du réseau associatif « les papillons blancs » (APEI). Le

---

<sup>81</sup> Projet pilote reconduit et financé par le département.

centre de ressources pour personnes en situation de handicap vieillissantes du valenciennois a conventionné avec huit Ehpad du secteur. Ce centre de ressources repère les situations à risque et participe à la demande d'orientation « SAVS-CR » à la MDPH si celle-ci n'a pas encore été faite.

Dès 2007, l'Ehpad de Saint Saulve a collaboré avec l'APEI du Valenciennois pour apporter des solutions d'accueil concomitantes de parent vieillissant avec leur enfant handicapé également vieillissant. Des chambres conjointes sont disponibles. Plusieurs personnes arrivées en 2007 sont toujours présentes dans l'unité de vie pour personnes en situation de handicap vieillissantes, après le décès de leur parent.

L'Ehpad de Saint Saulve fait partie des Ehpad (dont ceux du centre hospitalier de Saint Amand les Eaux et du CH de Valenciennes) ayant conventionné avec ce SAVS spécialisé. Au-delà de ces conventionnements un travail étroit de réseau est réalisé avec l'ensemble des partenaires du secteur gérontologique et du handicap du territoire valenciennois<sup>82</sup>. Les autres Ehpad du territoire collaborent même si certains restent encore hostiles à l'accueil de PHV.

### **3 - Un outil de repérage des conséquences de l'avancée en âge pour les personnes déficientes intellectuelles**

L'association « les papillons blancs » (APEI) de Lille a mis en place dès 2009 un réseau vieillissement qui a produit plusieurs documents<sup>83</sup>, permettant d'accompagner les adultes dans l'avancée en âge. En 2015, ce réseau a produit un tableau détaillant les principaux signes, qui doivent être repérés en termes de vieillissement, avec les axes de vigilance ou de réponse spécifique à la personne présentant une déficience intellectuelle. Ce document distingue le vieillissement physique (physiologique et cognitif), le vieillissement psychologique et le vieillissement social. Il a été rédigé en lien avec les recommandations de bonnes conduites professionnelles de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM intégré par la Haute autorité de santé en 2018).

---

<sup>82</sup> Les établissements PH de l'APEI, les associations tutélaires, les maisons de retraite médicalisées et non médicalisées, la CARSAT, le mutuelle intégrance, les CCAS des différentes mairies, les services d'aide à la personne, les services d'accueil familial, le consultation « bien vieillir » pour les personnes en situation de handicap et l'espace Emmage (le CLIC du valenciennois, l'espace ressources cancers, le réseau de soins palliatifs, le réseau santé gériatrique *Reper'âge* et la MAIA du valenciennois).

<sup>83</sup> « Orientation des personnes en situation de handicap vieillissantes » ; « les ressources des personnes en situation de handicap mental avançant en âge ».

Ce document a pour but d'aider les accompagnants des personnes en situation de handicap qui aspirent à vieillir le mieux possible dans leur lieu de vie habituel, qu'il s'agisse d'un logement en milieu ordinaire ou d'une structure adaptée.

Par ailleurs, un gériatre-psycho-gerontologue conseille les structures de l'APEI du Nord en proposant une grille de repérage des signes du vieillissement pour pressentir le lieu de vie le plus adapté (le milieu du handicap ou le droit commun notamment en Ehpad).

#### **4 - La difficile coordination et coopération des différents réseaux**

La multiplication des acteurs sur le territoire intervenant en appui des parcours de santé rendait leurs interventions peu lisibles et a entraîné un nouveau dispositif de coordination par un interlocuteur unique pour les parcours de santé et de vie complexes. : le dispositif d'appui à la coordination (DAC) (annexe n° 7).

Ce nouveau dispositif de « coordination à la coordination » semble ajouter à la confusion pour une partie des acteurs notamment du secteur médico-social.

Les bonnes pratiques de fonctionnement en réseau des acteurs pour repérer les situations à risque et constater les besoins se heurtent à la mise en œuvre opérationnelle notamment par des médecins traitants peu disponibles.

Les équipes mobiles externes portées par les hôpitaux<sup>84</sup> peuvent amener à domicile toutes les compétences hospitalières et faire des propositions de mises en œuvre opérationnelles au plus près des besoins de la personne âgée ou handicapée vieillissante. Ce dispositif favorise l'acceptation au soin de la personne concernée et offre un service rendu à l'utilisateur évaluable.

Une étude soutenue par la CNSA concernant les projets de « communautés 360 » constate l'efficacité des coordinations informelles dans des réseaux opérationnels qui se construisent de façons très diverses en fonction des particularités de chaque territoire. Certains acteurs souhaitent que les bonnes pratiques soient soutenues financièrement sans formalisation excessive par des cahiers des charges mais avec une exigence accrue d'évaluation de la qualité de service opérationnelle rendue à l'utilisateur.

---

<sup>84</sup> Exemple de l'équipe mobile gériatrique externe du CH de Roubaix.

## F - Un empilement peu lisible des dispositifs de traitement des situations complexes

### 1 - Le dispositif « une réponse accompagnée pour tous »

La mise en œuvre de la démarche « réponse accompagnée pour tous » (RAPT)<sup>85</sup> prévue par des schémas et la loi<sup>86</sup> ne concerne que peu les adultes. Des solutions sont peut-être trouvées en amont.

**Tableau n° 13 : Dispositif « réponse accompagnée pour tous »  
Nombre de situations critiques**

	2019	2020	2021
<i>Nombre d'interpellations pour situation critique</i>	141	101	122*
<i>Nombre de réponses à des situations complexes hors PAG.</i>	120	97	107
<i>Nombre de PAG enfants signés.</i>	20	4	14
<i>Nombre de PAG adultes signés</i>	1	0	1
<i>Nombre de situations pour lesquelles il y a eu au moins un groupe opérationnel de synthèse de niveau 1</i>	10	2	7
<i>Nombre de situations pour lesquelles il y a eu au moins un groupe opérationnel de synthèse de niveau 2</i>	7	4	8

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données transmises par le chargé de mission RAPT  
\* Pour une situation plusieurs interpellations (dont 45 par le service de l'aide à l'enfance) peuvent être faites par les partenaires et/ou les familles sans être comptabilisées.

La MDPH a conclu des partenariats, permettant de mieux évaluer et prendre en charge certains handicaps. Une convention, signée avec le Centre Ressources Autismes (CRA) 59/62, permet, entre autres, d'apporter une aide aux équipes pluridisciplinaires et aux commissions cas critiques. Une unité mobile inclusion autisme (UMIA)<sup>87</sup> intervient, depuis 2020 auprès de tout professionnel ou structure sur le territoire de la métropole lilloise. La MDPH a également signé une convention<sup>88</sup> de formation avec le groupement de coopération médico-social, centre de ressources sur le handicap psychique Hauts-de-France (CREHPSY).

<sup>85</sup> Une circulaire n°/DGCS/SD3B/CNSA2013/381 du 22 novembre 2013 demande aux MDPH de mettre en place une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques des personnes handicapées.

<sup>86</sup> L'article 89 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé prévoit l'élaboration d'un Plan d'Accompagnement Global (PAG), où la participation de la personne en situation de handicap et/ou son représentant est renforcée et garantie par la loi.

<sup>87</sup> L'UMIA est une unité expérimentale rattachée à un SESSAD géré par l'association d'action sociale et médico-sociale (ASRL) des Hauts-de-France autorisée et financée par l'ARS.

<sup>88</sup> Délibération n° 25 du 22 octobre 2019.

Par ailleurs, la convention de partenariat entre la MDPH du Nord et les organismes gestionnaires engagés dans la mise en œuvre des pôles territoriaux de compétences et prestations externalisées (PCPE)<sup>89</sup> permet d'offrir un accompagnement à domicile et d'apporter un soutien aux familles notamment dans l'attente d'un établissement adapté ou en prévention des cas « critiques ».

## **2 - La mise en place des « communautés 360 »**

Ces communautés ont pour objet d'apporter un premier niveau de réponse téléphonique à destination de personnes en situation de handicap et leurs proches.

Le département du Nord avait déposé sa candidature dans la continuité de ses missions au titre du RAPT et plus généralement à travers son expérience de plateforme téléphonique mutualisée de la maison départementale de l'autonomie. Cette proposition de porter les « communautés 360 » au niveau départemental à travers huit commissions territoriales de l'autonomie n'a pas été retenue par l'ARS. Selon l'ARS il s'agit d'« une conséquence du cahier des charges de la C360 qui indique : « La MDPH, membre cœur, ne peut être le porteur de la communauté 360 mais peut en être l'animateur direct dès lors que la convention d'engagement prévoirait une forme d'organisation intégrée au sein de la MDPH, en complément et en articulation avec ses missions propres ».

Une note de recherche concernant la contribution des « communautés 360 » sur l'admission en établissements et services médico-sociaux des personnes en situation de handicap<sup>90</sup> met en garde contre l'empilement des dispositifs et les risques de confusion qui en découlent pour les acteurs professionnels ou les familles en recherche de solution. En effet, le dispositif de numéro national peut donner l'illusion d'une porte d'entrée unique pour trouver une solution d'accompagnement.

Dans le département du Nord le manque de places disponibles pour les personnes ayant les handicaps les plus lourds entraîne déjà des priorisations d'admission des gestionnaires d'établissement et des différents dispositifs (plan d'accompagnement global, commission cas critiques). Cette situation de tension peut provoquer l'exclusion d'autres situations en attente. La note de recherche conclut sur le constat que les inégalités sociales d'accès aux ESMS demeurent car l'accès à l'information dépend avant tout des ressources des usagers et de leur entourage.

---

<sup>89</sup> Délibération n° 28 du 22 octobre 2019.

<sup>90</sup> 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. E. Aragona, P. Baudot et M. Robelet.

## **II - L'adaptation des parcours résidentiels des personnes en situation de handicap vieillissantes**

### **A - Les actions des CPOM en faveur des personnes en situation de handicap vieillissantes**

Pour répondre aux objectifs du schéma départemental, les 43 CPOM 2019-2021 du secteur non médicalisé du handicap, signés avec le département, pour le secteur non médicalisé sur la période 2019-2021, prévoient une fiche action pour poursuivre et diversifier les propositions d'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes.

Toutes les fiches actions identifient le phénomène de vieillissement des adultes en situation de handicap et la nécessité de faire évoluer l'accompagnement, notamment avec des prestations différenciées et des activités adaptées.

De même, une large majorité des CPOM prévoit des formations spécifiques notamment au repérage des signes du vieillissement, conformément aux recommandations de la HAS.

Par ailleurs 22 CPOM prévoient des transformations de places avec des unités dédiées aux personnes en situation de handicap vieillissantes en établissement PH.

Le secteur du handicap a bien repéré les opportunités de rapprochement avec les ESMS du secteur personnes âgées. La plupart des CPOM (30/43) identifient des partenariats possibles avec un Ehpad et une quinzaine font référence explicitement aux unités de vie pour PHV en Ehpad.

### **B - Les freins repérés à l'accompagnement des PSHV en établissement PH**

De nombreux points de vigilance sont identifiés dans les fiches actions pour aider les établissements à accueillir des personnes vieillissantes ou à accompagner le vieillissement de leurs propres résidents :

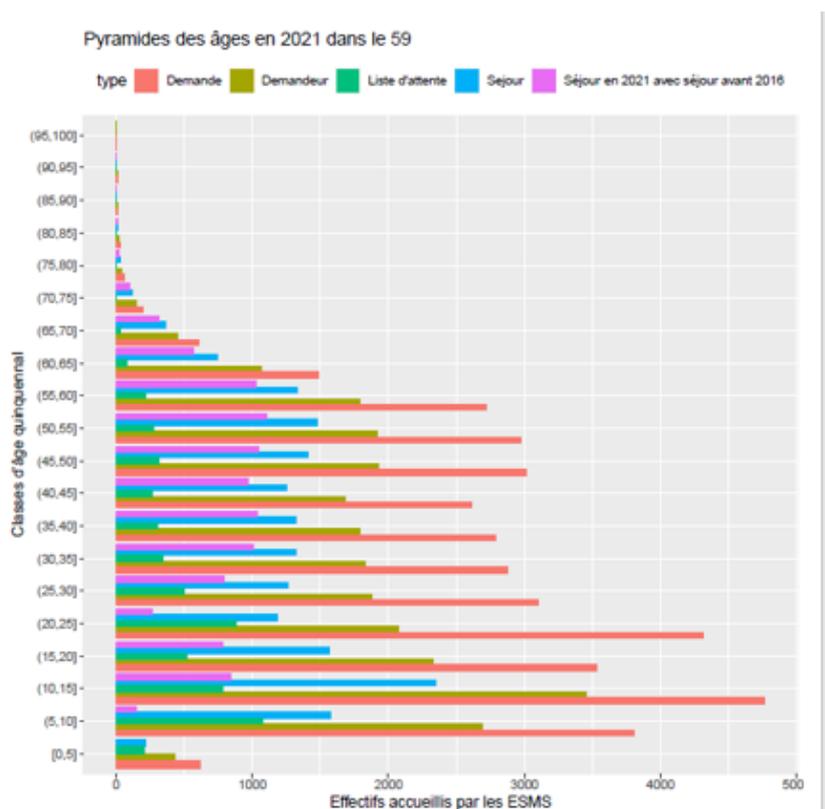
- Non médicalisation des établissements alors que des besoins en soin apparaissent ;
- Déterminer la limite de prise en charge du soin dans une unité non médicalisée ;
- Des familles opposées à un transfert vers une autre structure médicalisée ;

- Les moyens humains et financiers nécessaires pour accompagner les PHV ;
- Les représentations « stéréotypées » des personnes en situation de handicap psychique ayant connu un parcours de rue ;
- Insuffisance des ressources de géronto-psychiatrie sur certains territoires ;
- Désertification médicale sur certains secteurs ;
- Manque de places pour accompagner plus précocement les PSH vieillissantes habitants chez leurs parents ;
- PCH permettant de couvrir tous les besoins ;
- Accueil en urgence suite au décès de parents âgés eux-mêmes qui ont refusé ou retardé au maximum l'accompagnement proposé ;
- Un transport adapté pour se déplacer sur des activités ;
- Pas d'outil diagnostic adapté aux pathologies du type Alzheimer chez les PHV ;
- Maintenir les activités à l'extérieur pour les personnes encore assez autonomes (travailleurs qui passent d'un FH à un FV) ;
- Savoir bien identifier les signes de vieillissement (être à l'écoute de ce que la PHV exprime au quotidien (plaintes, ressentis...) ;
- Difficultés à accueillir des PHV en accueil de jour et hébergement temporaire (handicap mental).

### **C - Le difficile accès aux ESMS en cours de vie**

L'entrée en établissement PH apparaît particulièrement difficile pour les jeunes adultes mais également en cours de vie d'adulte, notamment pour les plus de 45 ans.

## Graphique n° 2 : pyramide des âges des demandes, des demandeurs et des séjours en cours au 31 décembre 2021



Source : exploitation des données via trajectoire91 par la Cour des comptes

La pyramide des âges en 2021 pour les demandes d'accueil en ESMS dans le département du Nord est comparable aux données nationales avec une forte tension sur toutes les classes d'âge, mais une tension plus forte sur la classe des 20-25 ans pour l'entrée dans les établissements adultes.

Cette prévalence se constate également sur la même classe d'âge pour l'entrée en Esat. Elle est notamment due au vieillissement des personnes handicapées qui demeurent plus longtemps dans les ESMS.

Le graphique met également en évidence un accroissement des demandes à partir de 45 ans et jusqu'à 60 ans.

<sup>91</sup> L'outil via trajectoire permet de recenser toutes les demandes d'orientation faites à la MDPH en 2021.

La comparaison des demandes d'accueil en ESMS pour adultes par rapport à la demande des adultes de plus de 45 montrent une augmentation à partir de 45 ans des demandes d'entrée en établissement non médicalisé (foyer de vie) et médicalisé (Fam/Mas). Les demandes sont particulièrement importantes à partir de 45 ans dans les Fam du Nord contrairement au niveau national où le pic de demandes se situe 10 ans plus tard.

La fluidité des parcours peut différer selon les territoires infra départementaux. Ainsi sur le territoire Dunkerquois les difficultés d'accès se concentrent sur les établissements médicalisés, et plus spécifiquement, les personnes qui développent avec l'âge un syndrome de Korsakoff (perte de mémoire et désorientation). Le foyer d'accueil médicalisé du secteur a candidaté pour bénéficier de quatre places supplémentaires.

Les réponses au questionnaire d'enquête font état de refus d'entrées en établissement<sup>92</sup> en raison de l'âge. Un foyer de vie témoigne : « *en interne nous arrivons à maintenir la prise en charge des résidents jusqu'au médicalement possible même si cela n'est pas facile tous les jours (soins ++, manque de personnel...).* Nous recevons énormément de demandes d'admission pour des personnes âgées de 60 ans et plus, et qui se voient refuser l'entrée en foyer de vie, en raison de leur âge. Or, le placement en Ehpad est difficile en raison notamment de la différence d'âge et aussi du besoin d'encadrement qui reste nécessaire ».

## **D - Les risques de rupture de parcours en établissement au moment de l'avancée en âge**

Les ESMS non médicalisés notamment les foyers de vie peuvent se trouver en difficulté pour des personnes en situation de handicap vieillissantes en fin de vie qui nécessitent des soins importants et des aménagements (rails...). Les services de type Samsah ne peuvent pas toujours répondre à l'ensemble des besoins et l'accueil en Ehpad reste la seule solution faute de places en établissements médicalisés.

Compte tenu de leurs pathologies et notamment des troubles du comportement associés (troubles autistiques ou psychiques, maladie d'Alzheimer) ces personnes sont accueillies dans des Ehpad disposant d'une unité de vie pour personnes en situation de handicap vieillissantes (UVPHV), mais en dehors de celle-ci, ou accueillies de façon isolée dans des Ehpad, qui n'ont pas toujours formés le personnel pour les prendre en charge (voir infra).

---

<sup>92</sup> Refus d'orientation MDPH en foyer de vie pour un ancien travailleur Esat de plus de 60 ans qui vivait en appartement en précisant que la personne relève d'un Ehpad.

L'ARS confirme qu'il n'y a pas d'âge requis pour demeurer dans un établissement médicalisé et pas de phénomène d'éviction à 60 ans.

Cependant les 29 réponses au questionnaire envoyés aux gestionnaires des ESMS du département du Nord concernant les personnes en situation de handicap vieillissantes mettent en évidence des exemples de réorientations.

## **E - Un accueil significatif et dispersé des PHV en Ehpad**

### **1 - Focus sur l'accueil dans des unités de vie pour personnes en situation de handicap vieillissantes**

Sur un panel de 12 établissements disposant d'une UV PHV, 8 ont été autorisées par l'appel à projet de 2019 et quatre fonctionnaient déjà depuis plusieurs années. Les Ehpad hébergeaient déjà des personnes en situation de handicap vieillissantes. La pratique est ancienne.

Neuf établissements ont transmis leurs indicateurs pour 2021, soit l'équivalent d'une capacité d'accueil de 116 places.

L'âge moyen est de 67,46 ans et 16 ont moins de 60 ans. Les hommes sont plus nombreux que les femmes (60/56).

Le niveau de dépendance des personnes en situation de handicap vieillissantes est plus faible que la moyenne des personnes âgées hébergées en Ehpad avec 45,6 % de GIR 4 à 6 et 36,1 % de GIR 1 ET 2.

13 personnes sont sorties de l'unité en 2021 dont 12 décès.

Une majorité des personnes hébergées ont un handicap psychique (44) ou intellectuel (35).

Certaines personnes en situation de handicap vieillissantes ont été accueillies avec leur parent âgé et sont présentes dans la structure depuis 2007. Le décès de leur parent n'a donc pas constitué une rupture brutale de lieu de vie.

Les Ehpad concernés ont mis en place des partenariats et une politique de réseau avec le secteur du handicap et le secteur de la santé mais les mises en œuvre pratiques sont parfois difficiles.

Les indicateurs demandés par l'appel à projet ne sont pas suffisants pour déterminer l'origine des personnes accueillies ou la durée de séjour. La grande majorité des Ehpad concernés font part de l'absence de conventionnement possible avec le secteur psychiatrique alors que la plupart des personnes accueillies dans ces unités de vie relèvent de ce type de handicap.

Le point de vigilance principal résulte de la rencontre de deux secteurs en difficulté. Des Ehpad confrontés à un alourdissement des prises en charge<sup>93</sup> (cf. dernier rapport Drees) et une baisse de leur taux d'occupation<sup>94</sup>, sont sollicités pour accueillir des personnes vieillissantes avec un handicap psychique plus ou moins lourd<sup>95</sup>, sans formation des professionnels ni suivi médical du secteur psychiatrique.

## 2 - Les bonnes pratiques des unités de vie

Les unités de vie les plus anciennes ont mis en place de bonnes pratiques qui sont les conditions nécessaires à une bonne prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes.

La première condition est de respecter le choix des personnes en situation de handicap vieillissantes de rester toute leur vie dans l'établissement du secteur du handicap qui les accueille et qui constitue leur « chez soi ». Cette condition est rappelée par le schéma régional de santé et le cahier des charges.

Des établissements médicalisés ayant répondu à l'enquête constatent l'alourdissement de l'accompagnement au quotidien et du suivi médical notamment les RDV chez les spécialistes qui se multiplient avec l'avancée en âge des résidents. Ils relèvent également la réticence des familles au changement de lieu de vie car ils constatent « *des taux d'encadrement nettement inférieurs en Ehpad* » et « *un coût d'hébergement à leur charge plus important* ».

Les établissements non médicalisés décrivent le même vieillissement généralisé soit, pour l'un des répondants à l'enquête, 17 résidents vieillissants et 34 d'ici cinq ans sur un total de 59 places. Le recours à des services de soins infirmiers permet de pallier partiellement aux besoins de prise en charge dans l'attente d'une place dans un établissement médicalisé du champ du handicap ou de la gérontologie.

La deuxième condition d'une bonne prise en charge est de disposer d'une connaissance précise du profil médical et non médical (histoire de vie et habitudes) de la PHV pour permettre « *un travail minutieux de préparation* » en amont de l'accueil en unité de vie et un bon suivi.

---

<sup>93</sup> Dernière enquête Drees.

<sup>94</sup> Une baisse liée essentiellement à la crise sanitaire mais qui perdure.

<sup>95</sup> Les manifestations d'agressivité qui accompagnent certaines pathologies psychiatriques lourdes sont incompatibles avec un public de personnes âgées très vulnérables. *A contrario*, certains personnes atteintes de troubles psychiques isolées à domicile ont trouvé une réelle plus-value à rejoindre une unité de vie en Ehpad.

Les directeurs des Ehpad concernés ont pu mettre en avant des exemples d'accueils dans de bonnes conditions. Il s'agit notamment d'anciens travailleurs handicapés vieillissants se sentant isolés à domicile<sup>96</sup>, qui retrouvent un environnement collectif stimulant et un accompagnement adapté à leur fatigabilité. Les unités de vie accueillent des personnes plus jeunes et plus mobiles qui peuvent bénéficier de l'ensemble des activités proposées par l'Ehpad<sup>97</sup> et apportent aussi du dynamisme.

Tous les Ehpad ont fait part de difficultés d'accueil du fait d'une connaissance insuffisante du profil de la personnes accueillie et de l'absence de recours possible en cas de besoin. Les ruptures dans les parcours notamment des changements brusques de lieu de vie constituent un traumatisme qui peut provoquer des phénomènes de régression avec des signes de mal être importants.

Le secteur de la psychiatrie n'est pas en capacité d'apporter un appui en cas de difficulté de prise en charge de leurs anciens patients. La pénurie de professionnels notamment de psychiatres et de gériatro-psychiatres est soulignée par tous les acteurs du territoire. Les dossiers des personnes venant du secteur psychiatrique sont souvent écartés par les médecins coordonnateurs faute d'accompagnement par ce secteur sectorisé<sup>98</sup>.

La troisième condition d'une bonne prise en charge est la formation des professionnels. Des formations ont systématiquement été dispensées au personnel dédié ou intervenant dans ces unités mais elles semblent insuffisantes pour répondre à la diversité des profils des personnes accueillies, notamment celles qui présentent des troubles psychiques<sup>99</sup>.

Les professionnels intervenant dans ces unités de vie doivent bénéficier de formations spécifiques aux types de handicaps présents dans la structure et participer à des formations communes avec les professionnels du secteur du handicap. Les professionnels du handicap et de la gériatrie témoignent de l'intérêt de ces échanges d'expertises et de leurs problématiques communes<sup>100</sup>.

---

<sup>96</sup> Isolement accentué par la crise sanitaire qui entraîne de « *l'ennui et une perte des acquis* ».

<sup>97</sup> Les personnes souffrant de Trisomie associée à la maladie d'Alzheimer peuvent bénéficier des activités mémoire du PASA.

<sup>98</sup> Le secteur psychiatrique est sectorisé ce qui ne facilite pas les coopérations lorsque l'Ehpad est éloigné de l'établissement de rattachement.

<sup>99</sup> Étude du centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI) pour le centre de ressources sur le handicap psychique (CREPSY) Hauts-de-France « vieillir avec des troubles psychiques : des difficultés croissantes, un manque de réponses adaptées » Muriel Delporte.

<sup>100</sup> Maladie d'Alzheimer.

Ces personnels doivent constituer des équipes mixtes pluriprofessionnelles avec un regard et une approche croisée sur chaque résidant pour lui apporter une prise en charge adaptée et individualisée compte tenu de l'hétérogénéité de la population concernée<sup>101</sup>. De bonnes pratiques ont été mises en place avec des professionnels diplômés en art thérapie ou des binômes éducateurs sportifs et psychomotriciens ou kinés.

La mise en place « *d'un collectif bienveillant* » doit offrir « *une vie collective structurée et structurante, une familiarisation de tous les instants, rompant avec l'isolement* » « *une présence accompagnante : passer du temps, être en lien, être proche* ».

La dernière condition concerne donc le modèle économique de ces unités qui fonctionnent avec des moyens différents selon les Ehpad. Les unités qui ont été autorisées avant l'appel à projet bénéficient d'un prix de journée spécifique à l'accueil des personnes handicapées. Cette dotation leur permet de disposer de l'équivalent de deux à trois ETP supplémentaires contrairement aux unités créées avec l'appel à projet. La dotation de 40 000 € financée par le département ne suffit pas à apporter un accompagnement éducatif en continu. Il ne permet pas de maintenir le niveau d'activités et de sorties auxquels sont habitués les personnes en situation de handicap vieillissantes qui étaient hébergées dans le champ du handicap.

De plus, l'absence de financement de l'ARS freine l'accueil des personnes de moins de 60 ans qui ne seront par ailleurs pas prises en compte dans la détermination du niveau de dépendance et de soin de l'Ehpad.

Les Ehpad communiquent peu sur la présence de personnes en situation de handicap vieillissantes dans leur établissement. Certains n'en font pas mention sur leur site. Les familles des autres personnes âgées hébergées se montrent globalement favorables à ces unités placées souvent au rez-de-chaussée qui « apportent de la vie » dans l'établissement. Par ailleurs, le portail national d'information pour-les-personnes-âgées.gouv.fr ne mentionne pas les UV PHV dans les fiches établissement de son annuaire.

---

<sup>101</sup> « Les effets du vieillissement (physiques, psycho-comportementaux, fonctionnels) résultent d'une interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels très diversifiée en fonction de l'individu » qui sont difficiles à distinguer de la symptomatologie des déficiences. Le risque est de « confondre le vieillissement physiologique du vieillissement pathologique ou de l'évolution d'une incapacité préexistante ».

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

### **1 - La bonne pratique d'accompagnement de l'avancée en âge des travailleurs d'Esat : la résidence Frédéric Dewulf, « Les papillons blancs » de Dunkerque**

Avant la crise sanitaire de 2020 le groupement de coopération PASS'AGE avait organisé des groupes de préparation à la retraite des travailleurs Esat en dernière année d'activité. Après quatre présentations, seules quatre personnes avaient manifesté leur souhait de rejoindre le secteur gérontologique<sup>102</sup>.

La résidence Frédéric Dewulf de Dunkerque accueille spécifiquement 43 travailleurs Esat présentant une déficience intellectuelle en fin de carrière professionnelle ou en retraite qui ont exprimé le souhait d'une orientation future dans le dispositif gérontologique. L'animatrice de PASS'AGE participe aux ateliers. Cet établissement ouvert en 2013 s'adressait au départ aux personnes de plus de 50. Cette limite d'âge a été abaissée à 45 ans pour tenir compte de la survenance précoce des premiers signes de vieillissement.

La résidence propose un espace de transition entre le foyer d'accompagnement et la vie en établissement pour personnes âgées (moyenne d'âge de 62 ans).

### **2 - La bonne pratique du suivi des travailleurs handicapés à domicile : le centre de ressources de l'APEI du valenciennois**

Le centre de ressource (CR) propose un accompagnement aux travailleurs Esat vieillissants avant leur fin d'activité lors d'une présentation qui associe la CARSAT pour les questions de retraite. Les assistantes sociales repèrent les premiers signes de vieillissement qui interviennent en moyenne deux ans avant la retraite. Les activités sont adaptées.

Les anciens travailleurs Esat qui prennent leur retraite à domicile sont particulièrement vulnérables. Ils sont d'abord victimes d'isolement avec la perte du réseau social de l'Esat (particulièrement accentué par la crise sanitaire), souffrent d'ennui et enfin de perte des acquis.

---

<sup>102</sup> L'anticipation reste difficile.

L'accompagnement du centre de ressources permet de participer à des sorties et de rechercher des activités dans leur commune. L'accompagnement commence par le parcours de soins et les dépistages qui n'ont en général pas été faits et qui sont chronophages.

La personne se prépare à un accueil en collectif dans le secteur du handicap mais surtout dans le secteur gérontologique grâce à des moments festifs organisés par les établissements ou les accueils de jour.

La personne est accompagnée durant six mois par le centre de ressources après son entrée en Ehpad. Par contre, pour les plus jeunes et les plus autonomes, l'accueil en résidence autonomie reste difficile compte tenu de leur non habilitation à l'aide sociale.

---

**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.*

*Les services d'aides médicalisés interviennent traditionnellement à domicile mais de plus en plus en soutien dans les établissements même médicalisés.*

*Le territoire du Nord est composé d'un maillage d'acteurs qui concourent au repérage des situations à risque et notamment des personnes en situation de handicap vieillissantes grâce à des dispositifs dédiés notamment aux travailleurs Esat. Cependant, la multiplication des dispositifs de repérage des parcours de santé et de vie complexes rend leur intervention peu lisible.*

*Les établissements du secteur du handicap ont majoritairement prévu dans leur CPOM d'adapter les accompagnements au vieillissement de leurs résidents. Ils ont également bien identifié la possibilité d'une prise en charge en Ehpad. Ce changement de lieu de vie reste un bouleversement qui doit être minutieusement préparé et accompagné dans le temps avec des moyens suffisants en personnels formés.*

---

## Chapitre IV

### La prise en charge du soin

#### I - La stratégie de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France

Le préambule du projet régional de santé (PRS) identifie le vieillissement démographique comme premier défi majeur du XXI<sup>e</sup> siècle et « *ses conséquences en termes de progression des maladies chroniques et de perte d'autonomie, les risques sanitaires d'origine environnementale ou infectieuse, la persistance des inégalités sociales et territoriales de santé, laquelle impacte particulièrement notre région* ».

Les sept orientations stratégiques ont pour objectif de répondre à l'enjeu global de la réduction des inégalités sociales et/ou territoriales de santé. La référence au handicap adulte intervient uniquement dans le cadre de l'orientation stratégique 2 visant à apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé.

Le schéma régional de santé (SRS) reconnaît que l'accès à la prévention et aux soins est particulièrement complexe pour les personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, leur lieu de vie et leurs troubles. Les professionnels se sentent souvent démunis.

Les résultats attendus à 5 ans pour accompagner les personnes quel que soit leur handicap sont :

- informer les professionnels et les publics concernés sur les dispositifs existants ;
- former les professionnels de santé libéraux, paramédicaux, ambulanciers etc. ;

- développer des actions de prévention adaptées (en matière d'addiction, alimentation, activité physique, vie affective et sexuelle...), ainsi que des campagnes de dépistage ;
- structurer une réponse adaptée pour les soins bucco-dentaires, un recours accentué à l'hospitalisation à domicile, la préparation des hospitalisations et la réduction des délais d'attente, et une offre spécifique de consultations dédiées aux personnes les plus lourdement handicapées et/ou dyscommunicantes.

## II - Les orientations départementales relatives à la santé 2019-2023

Le conseil départemental du Nord décrit un contexte sanitaire qualifié de préoccupant<sup>103</sup> avec un cumul de fragilités sociales et de santé notamment une surreprésentation du handicap.

En cohérence avec le projet régional de santé (PRS 2), il a défini ses orientations relatives à la santé pour 2019 à 2023 dans une délibération cadre<sup>104</sup> autour de :

- l'autonomie à tous les âges de la vie. Concernant les personnes en situation de handicap, l'objectif est de favoriser l'inclusion dans la cité ;
- la lutte contre les inégalités sociales et territoriales notamment au sud du département avec le renforcement de la visibilité des relais Autonomie. Pour les établissements, la prise en compte de la santé « *dans sa notion globale au titre de la promotion du bien-être de la personne sera intégrée comme un indicateur de qualité* » dans les CPOM PA/PH ;
- l'augmentation du recours à l'offre de prévention et de soins. Une convention Département – CPAM a été adoptée en juillet 2018. Le département doit aussi participer au dispositif « PFIDASS3 » qui vise à lutter contre le renoncement aux soins.

---

<sup>103</sup> « Pour le Nord, le taux standardisé de mortalité (TSM « toutes causes de décès chez les personnes de moins de 65 ans ; 2009-2015 » ; source OR2S) est de 245,88 pour 100 000 habitants (France : 187,2 pour 100 000). Une forte exposition aux principaux facteurs de risque et une prévalence particulière des maladies chroniques : La surmortalité due au diabète (taux standardisé de mortalité 75,4‰ habitants Nord vs 56,3‰ France), à la consommation de tabac (161,5‰ vs 137,4‰ habitants) ou d'alcool (53,1‰ vs 29,9‰ habitants) est bien plus élevée qu'au niveau national, bien qu'une tendance à la baisse soit amorcée depuis quelques années ».

<sup>104</sup> Rapport n° DGASOL/2019/60 de la réunion du 25 mars 2019 Conseil départemental du Nord.

## A - Des actions de sensibilisation des professionnels de santé

Des actions de sensibilisation des professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, orthophonistes, infirmiers, dentistes) ont été organisées sous forme de rencontres territoriales sur les 24 territoires de proximité co-animées par l'union régionale des professionnels de santé médecins libéraux (URPS ML) des Hauts-de-France et le centre régional d'études et d'actions et d'informations (CREAI) Hauts-de-France. Ces rencontres ont présenté le paysage médico-social du territoire, des vidéos permettant de se familiariser avec les différents handicaps et la mise à disposition d'outils facilitant la consultation.

L'union régionale des professionnels de santé médecins libéraux Hauts-de-France domicilié à Lille propose des fiches pratiques sur la prise en charge des patients en situation de handicap selon le type de handicap. Le site identifie clairement le vieillissement des personnes en situation de handicap.

Une action de sensibilisation des professionnels de santé libéraux est en cours pour sensibiliser à la prescription des Ssiad PH « *encore actuellement insuffisamment utilisés* » (visites d'attachés d'information).

### Photo n° 1 : fiche sur le vieillissement des personnes en situation de handicap

---

#### Le vieillissement des personnes en situation de handicap

**Pour les prestations financières (AAH, PCH): selon l'âge, l'âge de reconnaissance du handicap et le taux d'incapacité.**

**Pour l'hébergement / l'accompagnement :**

- Etablissements et services « traditionnels » (FV, FAM, MAS, SAVS, ...)
- Développement de structures dédiées, ou d'unités de vie (ex: 10 places « PHV » en foyer de vie)
- Déploiement de dispositifs expérimentaux (ex : foyer d'accompagnement pour travailleurs et retraités)
- Secteur gérontologique (EHPAD, résidences autonomie, ...)
- Parfois des unités de vie dédiées en EHPAD

**Dans le cas de cohabitation au domicile familial, importance du recours à l'accueil temporaire (répit pour les aidants et accompagnement de la transition)**

*Source : site de l'union régionale des professionnels de santé médecins libéraux Hauts-de-France*

## **B - Un nouveau site d'information et de communication pour les professionnels et les particuliers**

L'ARS a missionné le CREAI pour la création et l'animation d'un site ressources sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Le site « <https://handisoins.fr/> » a été mis en ligne le 1<sup>er</sup> septembre 2022. Il signale les actions de prévention notamment les différents tests de dépistage.

Il permet de localiser les centres d'examen de santé ou de soins adaptés sur le territoire. En effet, des équipes et des consultations sont dédiées aux personnes en situation de handicap. Ainsi, pour le Nord une équipe mobile d'accès aux soins pour personnes en situation de handicap (EMAH) accompagne les patients dans leurs parcours de soins (hospitalisations, consultations, examens...) sur les hôpitaux Saint Philibert de Lomme et Saint Vincent de Paul à Lille. D'autres consultations spécialisées sont disponibles dans les départements limitrophes notamment Handi GHAT (Artois-Ternois) au centre hospitalier d'Arras ou Handiconsult du littoral au centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Le CREAI propose également des formations et réalise des études qui contribuent à informer les différents acteurs du territoire.

## **III - Un accès à la prévention et aux soins à améliorer**

Les indicateurs de santé de la région Hauts-de-France sont globalement plus dégradés qu'en moyenne nationale notamment en matière d'espérance de vie. Il en découle une utilisation parmi les plus élevées des soins tant en ville (médecins généralistes et pharmaciens) qu'hospitaliers.

Les personnes en situation de handicap effectuent leur parcours de soin chez les médecins généralistes qui n'ont pas une « spécialité handicap ». Les consultations pour des personnes en situation de handicap ne donnent pas lieu à un tarif majoré notamment pour tenir compte du temps passé.

## **A - La mesure de l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap**

Depuis 2022, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) utilise le baromètre Handifaction conçu par l'association Handidactique et son président Pascal Jacob<sup>105</sup> pour mesurer l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap.

Au niveau national le deuxième trimestre 2022 montre une nouvelle amélioration avec 82 % des personnes soignées. Les refus de soins concernent essentiellement les médecins spécialistes (hors hospitaliers) avec des délais d'attente supérieurs à six mois.

La période du COVID a entraîné une prise de conscience de difficultés rencontrées par les soignants du secteur sanitaire et médicosocial pour soigner les personnes en situation de handicap. Ils manquaient de formation, d'aide et de rémunération en lien avec le temps passé. Le « allez-vers » des médecins généralistes a bien fonctionné avec le doublement des visites à domicile mais la télémédecine a mal fonctionné. 85 % des personnes disposant d'un médecin traitant sont soignées, elles ne sont plus que 30 % en l'absence de médecin traitant.

Dans le Nord les personnes en situation de handicap vieillissantes sont suivies généralement par le médecin généraliste de la famille. La prise en charge médicale apparaît cependant presque toujours insuffisante pour les personnes suivies à domicile par le centre de ressources du valenciennois.

Les ESMS ayant répondu à l'enquête signalent majoritairement « *les mêmes difficultés que le reste de la population vis-à-vis de la question du soin, certains de nos résidents n'ont plus de médecin généraliste...aucun ne se déplace dans l'établissement* ». Des difficultés majorées par du matériel inadapté lors des consultations et la difficulté de compréhension par les personnes de leur parcours médical. Les familles et les tuteurs sont de plus en plus sollicités pour l'accompagnement des personnes aux RDV médicaux mais ne sont pas toujours disponibles. Certains établissements souhaiteraient « *rattacher aux établissements des médecins repérés* », « *un partenariat avec les médecins de ville* » ou « *attitré* » ce qui peut être le cas en pratique. Certains établissements non médicalisés souhaiteraient la présence en interne de personnel médical (infirmière) ou para médical (aide-soignante) qui sont déjà recrutés par certains établissements.

---

<sup>105</sup> Pascal Jacob a notamment remis deux rapports au gouvernement : « Un parcours de soins sans rupture d'accompagnement en 2012 et « L'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées » en 2013.

## **B - Une offre de soins spécialisés principalement implantée dans le Nord**

### **1 - Des centres d'examen de santé**

Dans le Nord le site Handisoins recense dix centres d'examens de santé<sup>106</sup> en capacité de proposer divers examens et dépistages aux personnes en situation de handicap<sup>107</sup>.

### **2 - Des consultations spécialisées**

Des consultations spécialisées ont été organisées à l'initiative de médecins sensibilisés au handicap.

Créée en 2004, l'association Handident située à Villeneuve d'Ascq est à l'origine d'un réseau régional permettant un parcours de soin accessible pour la santé bucco-dentaire. Plus de 80 chirurgiens-dentistes du département du Nord sont signataires de la charte. Lorsque le soin est impossible dans le cabinet dentaire de proximité, six unités de santé orale spécifiques (USOS) sont présentes dans les Hauts-de-France dont quatre dans le département du Nord : Centre Hospitalier de Dunkerque ; centre de santé l'Espoir à Hellemmes-Lille ; Centre Hospitalier de Sambre Avesnois de Maubeuge ; Handident de Villeneuve d'Ascq.

Le GHICL a développé une offre spécifique dédiée au public sourd (l'unité d'Accueil et de Soins des Sourds) et initié le premier réseau régional de santé pour les personnes sourdes locutrices en langue des signes françaises (LSF). Ce réseau est principalement implanté dans le Nord : Réseau sourds et santé de l'hôpital de Lomme, de Lille, de Dunkerque et de Valenciennes.

Depuis 2016 le GHICL propose d'accompagner des personnes en situation de handicap dans leur désir d'enfant. Une trentaine de familles sont suivies chaque année. Ce service est financé par des fonds privés et a été renforcé par la mise en place d'une équipe mobile (cf. infra).

Par ailleurs, le centre régional basse vision de Somain prend en charge en hôpital de jour les patients adultes en situation de défaillance visuelle.

---

<sup>106</sup>Cet examen est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais. L'examen est personnalisé en fonction de l'âge, le sexe, les facteurs de risque et du suivi médical.

<sup>107</sup>CES de Dunkerque, d'Armentières, Lille – Institut Pasteur, Roubaix, Tourcoing (pas de numéro de téléphone ; RDV avec Doctolib), Douai -Eliane Andris (pas de numéro de téléphone ; RDV avec Doctolib), Cambrai, Valenciennes, Maubeuge.

### **3 - Des équipes mobiles**

Le département du Nord dispose d'une équipe mobile d'accès aux soins (consultations, examens, opérations...) pour personnes en situation de handicap (EMAH) porté par le groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille (GHICL) autorisé par l'ARS depuis 2018. Dès 2014, le groupement avait mis en place une mission dédiée à l'accès aux soins des personnes handicapées permettant l'appropriation de l'ensemble du GHICL à la culture Handicap avec une communauté d'objectifs opérationnels pour chacun.

L'équipe est composée d'une chargée de mission et d'un ergothérapeute à mi-temps, un infirmier coordonnateur à temps plein et une infirmière (0,40 ETP), un médecin et une secrétaire un jour par semaine. L'EMAH a accompagné 572 patients avec des demandes venant essentiellement des ESMS et des familles.

D'une façon générale, l'accueil aux urgences reste une étape difficile avec des temps d'attente très longs malgré certains guichets fléchés « handicap et personne vulnérable ».

### **4 - La reconnaissance du besoin en compétence psychogériatrie et psychiatrie de la personne âgée**

La souffrance psychique a été reconnue comme un handicap mais les professionnels qui exercent en ESMS accompagnent également de plus en plus fréquemment des personnes âgées de plus de 65 ans en souffrance psychique.

Quatre CHU de l'inter région (CHU d'Amiens, Caen, Lille et Rouen) se sont vu confiés la création d'un centre de ressources interrégional de psychogériatrie et de psychiatrie de la personne âgée (CR3PA).

*Ce centre « espace d'information, de formation, de sensibilisation et de réflexion éthique » aura pour mission d'améliorer la qualité des parcours de santé des patients âgés avec des pathologies mentales et neurodégénératives et viendra en soutien des professionnels de santé des régions Hauts-de-France et de Normandie.*

Ce centre de ressources pourrait utilement accompagner les professionnels qui prennent en charge les personnes en situation de handicap vieillissantes en Ehpad.

---

**CONCLUSION**

---

*Les schémas régionaux et départementaux ont bien identifié le besoin et la complexité accrue de l'accès aux soins et à la prévention pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.*

*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 du Nord 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 reste insuffisante malgré des sites dédiés et des formations.*

---

## Liste des abréviations

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

---

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

## Annexes

Annexe n° 1 : la feuille de route MDPH 2022 : les 8 projets phare .....	94
Annexe n° 2 : les données sources de l'enquête.....	95
Annexe n° 3 : suivi des orientations des personnes en situation de handicap : fonctionnalités attendues du système d'information .....	96
Annexe n° 4 : les tableaux de l'enquête .....	97
Annexe n° 5 : dépenses de fonctionnement et d'investissement en matière de handicap 2018 à 2022 (en millions d'euros) .....	103
Annexe n° 6 : le dispositif d'appui à la coordination – DAC.....	106
Annexe n° 7 : questionnaire gestionnaires ESMS PH .....	107

## **Annexe n° 1 : la feuille de route MDPH 2022 : les 8 projets phare**

### **4 projets qui simplifient la vie des personnes :**

1. Le déploiement des droits « à vie » pour simplifier le quotidien des personnes qui ont un handicap irréversible et plus de temps dédié à l'accompagnement individualisé ;
2. L'amélioration de la prestation de compensation du handicap pour prendre en compte de nouveaux besoins de la vie quotidienne de la naissance au grand âge ;
3. Le renforcement de la participation des personnes en situation de handicap et de leurs proches aidants pour améliorer l'expression du projet de vie et le choix du parcours de chaque usager ;
4. Un service en ligne de dépôt des demandes pour faciliter les démarches administratives, par la CNSA.

### **4 projets qui transforment les MDPH et leur environnement :**

5. Des délais de réponse raccourcis avec la mise en œuvre d'une garantie délai ;
6. Une meilleure coordination des acteurs du territoire en agréant les démarches « Territoires 100 % inclusifs », « Réponse accompagnée pour tous » et « Communautés 360 ».
7. Une meilleure identification des places disponibles dans les établissements et services médico-sociaux avec un suivi renforcé des orientations grâce à l'outil Via Trajectoire Handicap.
8. La création et la publication d'un « baromètre » pour évaluer, en toute transparence, les activités des MDPH et mesurer la satisfaction des personnes.

## Annexe n° 2 : les données sources de l'enquête

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

Pour connaître les personnes sur listes d'attente en ESMS, il existait jusqu'à récemment des outils de suivi des décisions d'orientations prises par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) propres à chaque MDPH, souvent hérités des COTOREP et de qualité inégale. Le déploiement d'une solution informatique nationale, Via Trajectoire (module handicap), initiée par la CNSA, est effectif depuis 2020, dans le cadre d'un pilotage stratégique partagé entre les ARS et les départements. Elle doit permettre de disposer d'informations actualisées sur la mise en œuvre des décisions dans les établissements et services médico-sociaux. Pour cela, la MDPH transmet vers Via Trajectoire les décisions individuelles d'orientation en ESMS. Le ou les ESMS concernés renseignent les suites données. L'accès à cet outil pour les personnes handicapées et leurs familles sera possible via le portail usager en cours de déploiement. Via Trajectoire n'est toutefois pas encore utilisé de façon homogène dans tous les départements ni par tous les organismes gestionnaires, le système de requêtes est complexe et les données sont encore à fiabiliser (risques de doublons notamment).

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

L'outil FINESS, géré par les ARS, identifie les places une fois qu'elles sont installées, avec une codification par type d'établissement.

HAPI (Harmonisation et partage d'information) est le système d'information partagé utilisé par les ARS pour tarifier les établissements et services médico-sociaux.

### Annexe n° 3 : suivi des orientations des personnes en situation de handicap : fonctionnalités attendues du système d'information

Acteurs	Fonctionnalité SI du suivi des orientations
<b>Personne en situation de handicap ou son représentant légal</b>	Être informé de la transmission de ses décisions d'orientation aux ESMS. Être informé du suivi de ses demandes d'admission. Intervenir dans le suivi de son parcours au sein des ESMS (précision sur sa préférence concernant un ESMS, prise de contact avec l'ESMS notamment).
<b>MDPH</b>	Avoir accès aux offres, listes d'attente et aux places disponibles dans les ESMS pour pouvoir orienter les personnes en situation de handicap. Transmettre les décisions d'orientation aux ESMS concernés. Avoir accès aux démarches réalisées par la personne en situation de handicap et par les ESMS pour le suivi de la mise en œuvre des décisions de la CDAPH. Gérer des données de santé à caractère personnel et le NIR.
<b>ESMS ou organisme gestionnaire des ESMS</b>	Instruire les demandes d'admission : prendre contact avec les personnes, réceptionner et examiner une demande d'admission, tracer les entrées et les sorties, demander une éventuelle révision d'orientation sur la base d'un argumentaire pour une prise de décision par la CDAPH. Transmettre les motifs de refus de prise en charge aux personnes et autorités habilitées. Transmettre les listes d'attente et les places disponibles.
<b>Conseil départemental/ARS/CNSA</b>	<p>Les informations saisies dans l'outil de suivi des orientations doivent permettre d'optimiser le pilotage de l'activité. Il convient de distinguer deux niveaux de pilotage :</p> <p>Niveau 1 : disposer d'un suivi des orientations nominatif en cas de refus d'admission par l'établissement et récupérer le motif dont l'autorisation a été délivrée par le CD et/ou l'ARS sollicitant la décision de refus.</p> <p>Niveau 2 : disposer d'informations consolidées relatives aux besoins des personnes et aux disponibilités des structures pour pouvoir piloter l'offre en ESMS, ajuster celle-ci aux besoins réels et gérer les situations individuelles critiques.</p>

Source : CNSA, rapport de synthèse MDPH 2019.

## Annexe n° 4 : les tableaux de l'enquête

**Tableau n° 14 : évolution du nombre de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH**

Âge	2011	2016	2021	Évolution 2011-2016	Évolution 2016-2021	Évolution 2011-2021
0-4 ans	1 253	1 714	1 649	37 %	-4 %	32 %
5-9 ans	4 468	7 935	8 810	78 %	11 %	97 %
10-14 ans	5 375	10 087	12 560	88 %	25 %	134 %
15-19 ans	3 444	7 773	8 663	126 %	11 %	152 %
20-24 ans	5 034	6 121	8 036	22 %	31 %	60 %
25-29 ans	6 524	7 383	7 807	13 %	6 %	20 %
30-34 ans	7 924	9 355	9 681	18 %	3 %	22 %
35-39 ans	10 575	11 545	12 686	9 %	10 %	20 %
40-44 ans	13 879	15 412	15 784	11 %	2 %	14 %
45-49 ans	17 347	20 037	21 119	16 %	5 %	22 %
50-54 ans	21 209	24 924	26 779	18 %	7 %	26 %
55-59 ans	23 149	28 167	32 127	22 %	14 %	39 %
60-64 ans	14 096	20 842	26 868	48 %	29 %	91 %
65-69 ans	7 081	11 471	15 277	62 %	33 %	116 %
70-74 ans	7 117	8 096	12 979	14 %	60 %	82 %
75-79 ans	9 434	8 214	9 969	-13 %	21 %	6 %
80-84 ans	10 891	10 079	9 175	-7 %	-9 %	-16 %
85-89 ans	8 507	10 458	9 738	23 %	-7 %	14 %
90 ans et plus	10 551	17 089	24 369	62 %	43 %	131 %
Total tous âges	187 858	236 702	274 076	26 %	16 %	46 %
Total des personnes en situation de handicap de plus de 45 ans	129 382	159 377	188 400	23 %	18 %	46 %

Source : MDPH 59

**Tableau n° 15 : évolution du nombre de personnes  
ayant un droit ouvert à l'AAH**

Âge	31/12/2011	31/12/2016	31/12/2021	Évolution 2011-2016	Évolution 2016-2021	Évolution 2011-2021
45-49 ans	7 273	8 267	8 764	13,67%	6,01 %	20,50 %
50-54 ans	7 823	9 409	10 827	20,27%	15,07 %	38,40 %
55-59 ans	8 108	9 972	12 369	22,99%	24,04 %	52,55 %
60-64 ans	3 649	6 740	10 522	84,71%	56,11 %	188,35 %
65-69 ans	1 063	1 978	4 106	86,08%	107,58 %	286,27 %
70-74 ans	602	791	1 713	31,40%	116,56 %	184,55 %
75-79 ans	439	499	767	13,67%	53,71 %	74,72 %
80-84 ans	318	341	395	7,23%	15,84 %	24,21 %
85-89 ans	165	198	222	20,00%	12,12 %	34,55 %
90 ans et plus	51	95	124	86,27%	30,53 %	143,14 %
Total tous âges	53 946	64 551	77 288	19,66%	19,73 %	43,27 %
<i>Dont AAH 2</i>	<i>17 557</i>	<i>27 016</i>	<i>38 158</i>	<i>54 %</i>	<i>41 %</i>	<i>117 %</i>
Total des PH de plus de 45 ans	29 491	38 290	49 809	29,84%	30,08 %	68,90 %
<i>Dont PH de plus de 45 ans AAH 2</i>	<i>9 291</i>	<i>14 526</i>	<i>22 386</i>	<i>56 %</i>	<i>54 %</i>	<i>141 %</i>

Source : MDPH 59

**Tableau n° 16 : évolution du nombre de personnes ayant un droit ouvert à la PCH et à l'ACTP au 31/12/N**

Âge	2011	2016	2021	Évolution 2011-2016	Évolution 2016-2021	Évolution 2011-2021
40-44 ans	1 285	1 504	1 360	17%	-10%	6%
45-49 ans	1 423	1 853	1 665	30%	-10%	17%
50-54 ans	1 711	2 207	2 146	29%	-3%	25%
55-59 ans	2 101	2 796	2 557	33%	-9%	22%
60-64 ans	1 490	2 503	2 596	68%	4%	74%
65-69 ans	504	1 189	1 708	136%	44%	239%
70-74 ans	201	383	786	91%	105%	291%
75-79 ans	91	139	257	53%	85%	182%
80-84 ans	45	52	85	16%	63%	89%
85-89 ans	14	17	26	21%	53%	86%
90 ans et plus	60	66	56	10%	-15%	-7%
Total tous âges	13 009	17 665	18 222	36%	3%	40%
total des PH de plus de 45 ans	7 640	11 205	11 882	47%	6%	56%

Source : MDPH 59

**Tableau n° 17 : nombre de personnes accueillies en établissement pour personnes handicapées en internat (hors Mas)**

	Foyer d'hébergement				Foyer de vie				Foyer d'accueil médicalisé (Fam) ou établissement (EAM)				Total		
	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2021	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2021	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2021	au 31/12/2015	au 31/12/2020	évolution 2010-2020
45-49 ans	113	119	111	- 2 %	232	232	242	4 %	72	78	81	13 %	429	434	4 %
50-54 ans	165	162	129	- 22 %	256	275	236	- 8 %	74	102	116	57 %	539	481	- 3 %
55-59 ans	241	210	163	- 32 %	300	317	302	1 %	88	108	120	36 %	635	585	- 7 %
60-64 ans	225	167	113	- 50 %	294	307	231	- 21 %	88	120	92	5 %	594	436	- 28 %
65-69 ans	135	83	51	- 62 %	252	199	131	- 48 %	91	96	76	- 16 %	378	258	- 46 %
70-74 ans	70	37	22	- 69 %	138	84	43	- 69 %	26	33	25	- 4 %	154	90	- 62 %
75-79 ans	20	9	8	- 60 %	38	27	8	- 79 %	12	11	6	- 50 %	47	22	- 69 %
80-84 ans					10	10	5	- 50 %	3	3	1	- 67 %	13	6	- 54 %
85-89 ans		1				4	2		3	1		- 100 %	6	2	- 33 %
90 ans et +					5	5	2	- 60 %					5	2	- 60 %
Total + 45 ans	969	788	597	- 38 %	1 525	1 460	1 202	- 21 %	457	552	517	13 %	2 800	2 316	- 22 %
Total tous âges	1 320	1 250	1 021	- 23 %	2 089	2 120	1 971	- 6 %	654	848	879	34 %	4 218	3 871	- 5 %

Source : MDPH 59, tableau n° 8 de l'enquête.

**Tableau n° 18 : nombre de personnes accueillies en établissement médicalisé en internat**

	Établissement d'accueil médicalisé (EAM) en tout ou partie		Maison d'accueil spécialisée (Mas)	
	Au 31/12/2016	Au 31/12/2021	Au 31/12/2016	Au 31/12/2021
45-49 ans	103	112	151	186
50-54 ans	115	146	137	212
55-59 ans	126	142	146	199
60-74 ans	108	198	153	277
75-84 ans	2	1	5	14
85-95 ans			1	
96 ans et plus				
<b>Total + 45 ans</b>	<b>454</b>	<b>599</b>	<b>593</b>	<b>888</b>
<i>Total tous âges</i>	888	1 043	1 221	1 621

Source ARS

**Tableau n° 19 : les Ehpad du département du Nord disposant d'une unité de vie pour personnes en situation de handicap vieillissantes**

Organisme gestionnaire	Établissement Ehpad	Commune	Nombre de places PHV
Établissement public autonome	Résidence Albert du Bosquiel	Bondues	12
Association Féron Vrau	Saint François de Salle	Capingheim	12
Fondation partage et Vie	Résidence Noël Leduc	Hasnon	12
CCAS de Saint-Saulve	Les Charmilles	Saint-Saulve	18
Établissement public autonome	Résidence Les Oyats	Gravelines	12
Association Temps de vie	Résidence Sainte Emilie	Maubeuge	12
Établissement public Autonome	Résidence les fleurs de la Lys	Comines	15
Centre hospitalier de Valenciennes	Résidence la Rhônelle	Valenciennes	15
Association ACCPA/ Les Sinoplies	Résidence les Bouleaux	Lourches	14
Association Féron Vrau	Résidence Saint Antoine de Padoue	Lille	12
Groupe UGECAM	Résidence Rose May	Marrcq-en-Baroeul	12
Centre hospitalier de Somain	Résidence Somania	Somain	14
<b>TOTAL</b>			<b>160</b>

Source : département du Nord et ARS

**Tableau n° 20 : nombre de personnes handicapées accueillies  
en établissement pour personnes âgées, à temps complet,  
entrées avant 70 ans au 31 décembre N**

Au 31/12/N	En résidence autonomie				En Ehpad				Total en établissement pour personnes âgées			
	2011	2016	2021	Évolution 2011-2021	2011	2016	2021	Évolution 2011-2021	2011	2016	2021	Évolution 2011-2021
Âge												
45-49 ans	0	0	3	ND	0	3	3	ND	0	3	6	ND
50-54 ans	0	2	5	ND	0	1	14	ND	0	3	19	ND
55-59 ans	0	0	5	ND	1	9	69	6 800 %	1	9	74	7 300 %
60-64 ans	1	6	56	5 500 %	8	30	203	2 438 %	9	36	259	2 778 %
65-69 ans	1	41	85	8 400 %	39	243	498	1 177 %	40	284	583	1 358 %
70-74 ans	44	92	73	66 %	325	566	445	37 %	369	658	518	40 %
75-79 ans	55	76	25	- 55 %	431	351	111	- 74 %	486	427	136	- 72 %
80-84 ans	42	56	1	- 98 %	235	99	10	- 96 %	277	155	11	- 96 %
85-89 ans	36	60	1	- 97 %	164	76		- 100 %	200	136	1	- 100 %
90 ans et plus	32	42		- 100 %	149	56	3	- 98 %	0	98	3	ND
Total	211	375	254	20 %	1352	1434	1356	0 %	1563	1809	1610	3 %

Source : conseil départemental et MDPH 59, tableau n° 9 de l'enquête

**Tableau n° 21 : évolution du nombre de personnes handicapées  
vivant en internat en établissement**

Âge	2011	2016	2021	Évolution 2011-2021
20-24 ans	0	6	254	ND
25-29 ans	3	339	305	10 066,67 %
30-34 ans	354	345	313	- 11,58 %
35-39 ans	388	370	341	- 12,11 %
40-44 ans	367	358	342	- 6,81 %
45-49 ans	417	432	440	5,52 %
50-54 ans	495	542	500	1,01 %
55-59 ans	630	644	659	4,60 %
60-64 ans	616	630	695	12,82 %
65-69 ans	518	662	841	62,36 %
70-74 ans	603	812	608	0,83 %
75-79 ans	556	474	158	-71,58 %
80-84 ans	290	168	17	-94,14 %
85-89 ans	203	142	3	-98,52 %
90 ans et plus	5	103	5	0,00 %
Total	5 445	6 027	5 481	0,66 %
Total des PH de plus de 45 ans	4 333	4 609	3 926	-9,39 %

Source : MDPH du Nord ; tableau 10 de l'enquête

**Annexe n° 5 : dépenses de fonctionnement  
et d'investissement en matière de handicap 2018  
à 2022 (en millions d'euros)**

<b>Fonctionnement</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
	<b>CA</b>	<b>CA</b>	<b>CA</b>	<b>CA</b>	<b>BP</b>
PERSONNES HANDICAPEES	366 703	367 089	369 841	376 274	380 641
14001 Allocation PCH et ACTP	125 036	125 516	127 491 779,48	126 736 002,45	128 936 381,00
14001OP001 Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	16 794 542,78	15 679 956,08	15 499 995,49	14 061 122,22	13 700 000,00
14001OP002 PCH - Bénéficiaire	63 618 661,83	65 899 256,10	65 864 500,03	62 546 956,08	67 200 000,00
14001OP004 PCH - Services d'Aide à Domicile (SAD)	44 623 202,51	43 937 690,74	46 127 283,96	50 127 924,15	48 036 381,00
14002 Établissements et services personnes handicapées	227 740 245,43	227 209 978,69	225 703 751,25	229 820 633,51	228 750 114,00
14002OP001 Accueil familial - PH	4 259 855,37	4 676 543,09	5 073 368,56	4 954 529,16	5 009 909,00
14002OP002 Établissements et services - PH CPOM	178 366 125,06	180 031 655,24	176 414 981,18	180 548 064,97	179 732 371,00
14002OP003 Établissements et services - PH dotations belges	24 643 196,89	25 530 402,13	25 659 597,92	26 172 274,59	25 661 982,00
14002OP004 Etablissements et services - PH facturation (hors Nord et Creton)	20 471 068,11	16 971 378,23	18 555 803,59	18 145 764,79	18 345 852,00
14003 Fonctionnement de la MDPH	4 223 352,59	4 520 536,07	4 772 715,33	5 408 129,24	6 279 795,00
14003OP001 Dotation CNSA	2 325 865,33	2 335 602,46	2 337 816,99	2 855 687,05	2 882 245,00
14003OP002 Entretien et réparations véhicules - MDPH					

14003OP004 Fonds de compensation du handicap	100 000,00	100 000,00	100 000,00	100 000,00	100 000,00
14003OP006 Maintenance multitechnique obligatoire - MDPH					
14003OP009 MDPH - Projets	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14003OP010 Moyens généraux MDPH	164 182,05	210 560,89	197 498,34	208 310,80	250 000,00
14003OP011 Contributions au fonctionnement de la MDPH	1 633 305,21	1 874 372,72	2 137 400,00	2 221 560,00	2 222 950,00
14003OP012 Marchés Autonomie			0,00	22 571,39	824 600,00
14004 Soutien à domicile personnes handicapées	1 688 583,87	1 702 126,71	2 079 419,34	2 145 176,88	3 014 482,00
14004OP001 Aides ménagères et frais de repas (aides à la personne) - PH	877 694,87	893 137,51	863 919,34	853 926,88	902 482,00
14004OP002 Solutions innovantes et habitat accompagné - PH	610 889,00	708 989,20	965 500,00	1 041 250,00	1 852 000,00
14004OP003 Carte Mobilité Inclusion - PH	200 000,00	100 000,00	250 000,00	250 000,00	260 000,00
14005 Subventions au titre des personnes handicapées	53 750,00	54 500,00	165 845,00	91 500,00	50 000,00
14005OP001 Subventions - PH	53 750,00	54 500,00	165 845,00	91 500,00	50 000,00
14006 Transport des personnes en situation de handicap	7 960 785,81	8 085 217,14	9 628 223,65	10 372 420,43	10 000 000,00
14006OP001 Transport des personnes en situation de handicap	7 960 785,81	8 085 217,14	9 628 223,65	10 372 420,43	10 000 000,00
14007 Avenant 43 - PH	0,00	0,00	0,00	1 697 827,88	3 610 313,00
14007OP001 Avenant 43 - PH	0,00	0,00	0,00	1 697 827,88	3 610 313,00

Investissement					2022
	CA	CA	CA	CA	BP
PERSONNES HANDICAPEES	1911937,33	2185288,21	5418850,28	2541188,28	3 926 716,00
14003 Fonctionnement de la MDPH	449 609,63	417 479,96	0,00	0,00	0,00
14003OP009 MDPH - Projets	449 609,63	417 479,96	0,00	0,00	0,00
14004 Soutien à domicile personnes handicapées		0,00	60 596,28	98 043,71	587 286,00
14004OP002 Solutions innovantes et habitat accompagné - PH		0,00	60 596,28	98 043,71	587 286,00
14005 Subventions au titre des personnes handicapées	1 462 327,70	1 767 808,25	5 358 254,00	2 443 144,57	3 339 430,00
14005OP001 Subventions - PH	1 462 327,70	1 767 808,25	5 358 254,00	2 443 144,57	3 339 430,00

Source : département du Nord

## Annexe n° 6 : le dispositif d'appui à la coordination – DAC



Source : site du ministère de la santé et de la prévention et du ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées (décret du 18 mars 2021)

## **Annexe n° 7 : questionnaire gestionnaires ESMS PH**

1. À quel âge situez-vous la nécessaire adaptation des prises en charge et des accompagnements due au vieillissement, si besoin par type de handicap (en distinguant notamment handicaps innés, acquis et psychique) ?
2. La question du vieillissement des personnes en situation de handicap figure-t-elle dans votre projet associatif et/ ou le(s) projet(s) d'établissement(s) ? Si oui que prévoient-ils ? Pouvez-vous nous transmettre ces documents ?
3. Cette question a-t-elle été évoquée dans d'autres cadres type CPOM ? Pouvez-vous nous transmettre ces documents ?
4. Quelles mesures avez-vous mises en place pour apporter des réponses à cette question (adaptation des prises en charge, formation des personnels, transformation de l'offre, partenariat pour organiser les réorientations, ...) ?
5. Quelles sont les difficultés et les freins, matériels, réglementaires, financiers ou autres que vous rencontrez dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes ?
6. Avez-vous répondu à des appels à manifestations d'intérêts ou appels à projets des autorités de contrôle et de tarification sur la question des personnes en situation de handicap vieillissantes ? Si oui, pouvez-vous nous transmettre les documents correspondants, même si finalement vous n'avez pas été retenus ?
7. Merci de nous transmettre tout document ou toute réflexion vous semblant intéressants sur cette problématique.

*Source : Cour des comptes.*