

Cour des comptes



Chambres régionales
& territoriales des comptes

ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ACCOMPAGNEMENT
DES PERSONNES
EN SITUATION
DE HANDICAP
VIEILLISSANTES

Cahier territorial de la Savoie

Rapport public thématique
Septembre 2023

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Synthèse	9
Introduction	13
Chapitre I Les chiffres clé du handicap en Savoie	17
I - Une population de personnes handicapées en forte augmentation, majoritairement à domicile	17
A - Une population en très forte progression	17
B - Une population vieillissante dans les ESMS du panel.....	20
C - Des personnes handicapées et des personnes handicapées vieillissantes très majoritairement à domicile	22
II - Une offre qui ne parvient pas à répondre aux besoins	24
A - Des taux d'équipement globalement inférieurs aux moyennes nationales	24
B - Des taux de rotation très faibles.....	26
C - Une offre spécifique au profit des personnes handicapées vieillissantes très limitée	27
D - Une faible évolution de l'offre	29
E - Une offre sous tension	30
Chapitre II La gouvernance	39
I - Les acteurs clés des politiques locales du handicap	39
A - Une gouvernance territoriale partagée qui complexifie le pilotage	39
B - Une nécessaire articulation de l'ARS et du département	42
C - La MDPH : de l'ouverture des droits à l'accompagnement individuel	44
II - Des stratégies institutionnelles propres qui identifient clairement la nécessaire adaptation de la prise en charge des PHV	48
A - Le schéma régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes : une logique d'inclusion et de transformation de l'offre non chiffrée.....	48
B - Les schémas départementaux de la Savoie	50
C - Une même difficulté à appréhender les besoins.....	53
D - Des moyens financiers importants alloués aux politiques du handicap, et peu de moyens supplémentaires pour la prise en charge des PHV.....	55

Chapitre III Les parcours résidentiels des personnes en situation de handicap vieillissantes.....	63
I - Un sous accompagnement à domicile	63
A - Des aides humaines fragilisées par les tensions sur le recrutement	64
B - Des besoins en aides techniques et en aménagement du logement qui augmentent avec l'avancée en âge.....	68
C - Des solutions d'habitat inclusif pour PHV encore peu développées.....	69
D - Le difficile repérage des situations inadaptées à domicile.....	71
E - Le rôle déterminant des aidants dans les parcours à domicile et les risques d'épuisement	72
II - Le manque de fluidité des parcours résidentiels des PHV en établissements	75
A - Les freins à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en établissement	75
B - Les risques de rupture de parcours en établissement au moment de l'avancée en âge.....	77
C - Le difficile accès aux ESMS en cours de vie	80
D - Un accueil significatif et dispersé des PHV en Ehpad.....	81
E - La situation particulière des travailleurs avançant en âge en Esat.....	84
III - Un empilement peu lisible des dispositifs de traitement des situations complexes.....	91
Chapitre IV La prise en charge du soin	99
I - La stratégie de l'agence régionale de santé Auvergne Rhône Alpes	100
A - Les orientations du projet régional de santé	100
B - Les actions mises en œuvre	101
II - Un accès aux soins à améliorer	102
A - Une offre de soins spécialisés limitée sur le territoire de la Savoie	102
B - Une évolution défavorable de la démographie médicale	105
III - Les difficultés de la prise en charge du soin dans les établissements médico-sociaux	107
Liste des abréviations	111
Annexes.....	113

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.

Des contrôles ont été ouverts auprès de six organismes pour la période 2017/2021 : l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes, le conseil départemental de la Savoie, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de la Savoie, l'APEI de Chambéry, l'APEI d'Aix-les-Bains et l'Ehpad public la Centaurée, placé sous la direction commune du centre hospitalier spécialisé (CHS) de la Savoie. Des questionnaires ont été envoyés à chacun d'entre eux. Des entretiens se sont tenus dans leurs locaux.

**

Un rapport unique, sous forme de monographie départementale présente l'ensemble des investigations et observations. La contradiction porte avec chaque institution ou organisme sur la totalité du 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.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Synthèse

Comme pour la population générale, l'espérance de vie des personnes porteuses de handicap a fortement augmenté au cours des dernières décennies. En l'absence de politique nationale consacrée aux personnes handicapées vieillissantes (PHV)¹, 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 à la Savoie, vise à comprendre comment les dispositifs ont évolué sur ce territoire et s'ils ont apporté des réponses pertinentes et suffisantes.

Une offre qui ne parvient pas à répondre aux besoins

La MDPH est le guichet unique du handicap. Plus de 6 % de la population savoyarde bénéficie de ses services au 31 décembre 2021. La part des personnes qu'elle accompagne est en progression de 47 % entre 2011 et 2021. Cela s'explique à la fois par l'augmentation du nombre d'entrants (reconnaissance du handicap psychique, hausse de la prévalence de certains handicaps, amélioration du dépistage et meilleur accès aux droits) et par un allongement de la durée de vie dû à l'amélioration globale de la prise en charge médicale.

L'offre en établissements et services médico-sociaux (ESMS) dans le département de la Savoie est insuffisante. Des besoins non satisfaits sont recensés dans toutes les catégories d'ESMS. L'offre spécifique au profit des PHV est en outre limitée, évolue peu et les taux de rotation sont très faibles. Elle est par ailleurs fragilisée par les fortes tensions sur l'emploi médico-social, particulièrement à la sortie de la crise sanitaire.

Les financeurs, qui consacrent des budgets importants à la politique du handicap (en 2021, 68 M€ pour l'ARS et 56 M€ pour le département), n'accordent toutefois que peu de moyens financiers supplémentaires pour la prise en charge des PHV, alors que les établissements recensent des surcoûts liés notamment à la prise en charge du soin et à la formation des personnels.

¹ 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.

Une gouvernance partagée qui complexifie le pilotage

La gouvernance locale des politiques du handicap est partagée entre les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux, ce qui complexifie le pilotage et la lisibilité des dispositifs et nécessite une bonne articulation entre deux acteurs qui n'ont pas les mêmes contraintes juridico-financières. Ainsi, les moyens nouveaux dont dispose l'ARS lui sont affectés annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale. En Savoie, si leurs documents stratégiques et programmatiques ont clairement identifié la nécessaire adaptation de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, le rythme d'évolution et de transformation de l'offre envisagé n'est pas systématiquement le même.

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

Le manque de fluidité des parcours résidentiels des PHV

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

Pour les personnes vivant à domicile, le manque de places dans les services médico-sociaux, mis en évidence par les listes et délais d'attente, ajouté aux fortes tensions sur le recrutement ainsi qu'à la géographie montagnaise du département qui pénalise les déplacements, permet de constater un sous accompagnement.

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

Alors que près de 200 savoyards en situation de handicap sont accueillis en Ehpad, cette solution ne peut être réservée qu'à des profils adaptés. De nombreux freins, notamment financiers, viennent en limiter l'accès et les expériences menées par des gestionnaires du secteur du handicap montrent toute l'importance des accompagnements en amont comme en aval.

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

L'accueil en établissement en cours de vie (handicap acquis et personnes réorientées issues du domicile) est également particulièrement difficile.

Ce manque de fluidité des parcours des plus âgés limite en outre l'entrée des jeunes adultes en établissement.

Un accès au soin à améliorer

Le vieillissement réussi et l'espérance de vie des personnes en situation de handicap sont fortement conditionnés par la possibilité d'accéder à des soins. Les difficultés rencontrées sont renforcées avec l'avancée en âge du fait de l'apparition des effets du vieillissement en plus des besoins liés au handicap.

Si l'offre de soins a progressé pour les personnes sans troubles du comportement, pour des soins somatiques programmables et à l'extérieur, des efforts restent à faire pour l'accueil aux urgences, les visites à domicile pour les soins somatiques et psychiques, la coordination du soin pour les situations à complexes à domicile, l'accès au soin des personnes en établissement ou à domicile qui ne peuvent pas ou plus se déplacer, l'accès aux soins psychiatrique et la fin de vie.

Il ressort des constats ci-dessus que l'amélioration de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes doit passer par des évolutions de l'offre :

- un meilleur dimensionnement de l'offre permettant de fluidifier les parcours des PHV comme celui des plus jeunes ;
- une adaptation de l'offre existante pour permettre la poursuite des accompagnements des PHV : pour les personnes accueillies en établissements du secteur du handicap, grâce à des unités dédiées ou adaptées, intégrant la dimension prégnante du soin et avec des financements calibrés ; pour les PHV en Ehpad grâce à un accompagnement adapté et à un modèle économique rénové ;

- une diversification de la palette d'offres au profit des personnes handicapées vieillissantes, au regard de l'hétérogénéité des handicaps, des parcours de vie, des besoins en soins, nursing ou animation et des choix de vie des personnes : unités dédiées aux PHV dans les EMS handicap médicalisés ou non ; accès aux Ehpad et résidences autonomie, logement adapté en milieu ordinaire et habitat inclusif.

Ces évolutions ne seront en outre possibles que si les ESMS parviennent à recruter des personnels qualifiés, dans un contexte de tensions persistantes sur l'emploi médico-social.

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 handicapées vieillissantes.

En revanche, pour les pilotes institutionnels locaux, comme pour les organismes gestionnaires d'établissements et services médicaux-sociaux (ESMS²), 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,³ la difficulté à disposer de données quantitatives et qualitatives fiables sur la population concernée, et l'insuffisante connaissance de ses besoins particuliers qui reste encore trop peu documentée.

Cette question s'inscrit par ailleurs dans un contexte de fortes tensions sur l'offre et de profondes mutations du secteur. Les personnes en situation de handicap et leurs familles revendiquent une meilleure prise en compte de leur capacité à décider de leur projet de vie, ainsi que davantage d'inclusion, d'individualisation et de souplesse dans les prises en charge et les accompagnements. Les professionnels aspirent quant à eux à une plus grande reconnaissance, et un renforcement de leurs qualifications s'avère nécessaire, alors même que tous les métiers sanitaires et médico-sociaux sont en très forte tension. Afin de répondre à ces attentes, plusieurs réformes contribuent à transformer à la fois les modèles d'accompagnement, de gouvernance et de financement des politiques du handicap⁴, et l'évolution de l'offre s'inscrit dans une dynamique plus inclusive.

² Un glossaire figure en annexe 1.

³ 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 handicapées vieillissantes, février 2022.

⁴ 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.

La personne handicapée vieillissante⁵ 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. En accord avec le comité d'experts qui accompagne cette étude, la barrière d'âge de 45 ans a donc été retenue. Certaines analyses pourront toutefois porter sur une barrière d'âge plus élevée.

L'objectif de cette enquête est de s'assurer, grâce à un diagnostic des solutions mises en œuvre sur un territoire, que les dispositifs ont 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 à la Savoie s'appuie sur le contrôle de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, du conseil départemental et de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de la Savoie, ainsi que d'un panel d'établissements et services médico-sociaux portés par l'APEI d'Aix-les-Bains, l'APEI de Chambéry et l'Ehpad la Centaurée dont la direction a été confiée au centre hospitalier spécialisé (CHS) de la Savoie.

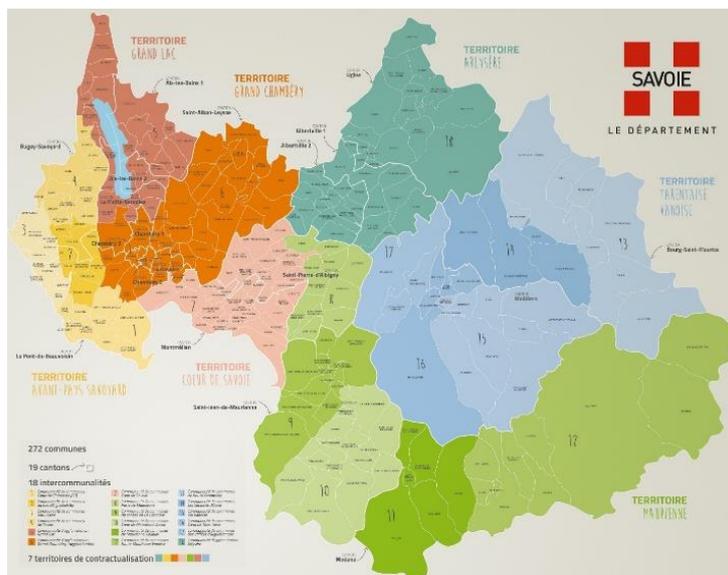
Elle s'attache à présenter les chiffres clé du handicap sur le territoire (I), la gouvernance de la politique au bénéfice des personnes handicapées vieillissantes (II), les parcours résidentiels (III) et l'accès aux soins (IV). Le volet national de l'enquête abordera, en complément, des questions transversales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

Le département de la Savoie

Le département de la Savoie, situé en région Auvergne-Rhône-Alpes, s'étend sur une superficie d'un peu plus de 6 000 km², dont 90 % sont situés en zone de montagne. L'est du département est montagneux alors que l'ouest, situé au cœur du sillon alpin, est plus peuplé et contribue au desserrement résidentiel des aires urbaines de la Haute-Savoie.

⁵ Dans le système législatif français, seuls les handicaps reconnus avant l'âge de 60 ans permettent de bénéficier des dispositifs d'aide et d'accompagnement du secteur handicap. Ceux déclarés postérieurement ou liés à l'avancée en âge relèvent des dispositifs du secteur personnes âgées.

Carte n° 1 : communes de la Savoie



Source : département de la Savoie

En 2018, le département comptait près de 434 000 habitants⁶ soit une augmentation de 6 % en dix ans.

Les plus de 60 ans représentent 26,8 % de la population, soit un peu plus qu'au plan national (25,9 %) et régional (25,6 %). En outre le vieillissement est soutenu puisqu'ils ne représentaient que 22 % en 2008.

Le département bénéficie d'une situation économique favorable. Selon une étude de la chambre de commerce et d'industrie de la Savoie⁷, le taux de chômage était de 5,8 % au deuxième trimestre 2020 contre 7,1 % en France métropolitaine. Le taux de pauvreté en 2019 était de 10,1 % contre 12,8 % dans la région Auvergne-Rhône-Alpes et 14,6 % au niveau national. La médiane du revenu disponible est de 23 210 € contre 22 610 € pour la région et 21 930 € pour la France métropolitaine.

La Savoie est un département touristique qui compte 61 stations de sport d'hiver (représentant 35 % du domaine skiable français) et quatre villes thermales. Sur les 349 000 logements du territoire, 130 000 sont des résidences secondaires et logements occasionnels, soit 37,2 % du parc contre 9,7 % au niveau national et près de 12 % au niveau régional. En 2018, 33,2 millions de nuitées touristiques ont été réalisées, dont 70 % en hiver.

⁶ Source INSEE : 433 724 habitants.

⁷ Les chiffres clés de la Savoie Edition 2021.

Chapitre I

Les chiffres clé du handicap en Savoie

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

A - Une population en très forte progression

Dans le département de la Savoie, le total des personnes ayant un droit ouvert à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) n'a cessé de croître, atteignant + 57 % entre 2011 et 2021. Si l'on exclut les personnes disposant seulement d'une carte mobilité inclusion (CMI) au titre du grand âge, sans reconnaissance préalable de handicap, qui sont 3 713 au 31 décembre 2021, l'augmentation constatée est de 47 %. Ces augmentations sont particulièrement significatives chez les moins de 14 ans et chez les plus de 45 ans.

Sur la base d'une population totale de 437 711 habitants au 1^{er} janvier 2021⁸, 6,35 % de la population savoyarde dispose donc d'un droit ouvert à la MDPH (hors CMI au profit des personnes âgées).

⁸ Au 1^{er} janvier 2021, l'ARS établit ses statistiques sur la base de 437 711 habitants.

Tableau n° 1 : évolution de nombre de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH

	au 31 décembre 2011	au 31 décembre 2016	au 31 décembre 2021	Évolution 2011-2016	Évolution 2016-2021	Évolution 2011-2021
<i>0-4 ans</i>	129	148	205	15 %	39 %	59 %
<i>5-9 ans</i>	683	867	1 127	27 %	30 %	65 %
<i>10-14 ans</i>	1 019	1 154	1 641	13 %	42 %	61 %
<i>15-19 ans</i>	813	865	1 000	6 %	16 %	23 %
<i>20-24 ans</i>	655	773	891	18 %	15 %	36 %
<i>25-29 ans</i>	752	930	855	24 %	-8 %	14 %
<i>30-34 ans</i>	902	1 132	1 082	25 %	-4 %	20 %
<i>35-39 ans</i>	1 216	1 418	1 354	17 %	-5 %	11 %
<i>45-49 ans</i>	2 018	2 621	2 400	30 %	-8 %	19 %
<i>50-54 ans</i>	2 229	3 169	3 239	42 %	2 %	45 %
<i>55-59 ans</i>	2 335	3 329	3 867	43 %	16 %	66 %
<i>60-64 ans</i>	1 585	2 578	3 094	63 %	20 %	95 %
<i>65-69 ans</i>	991	1 725	1 902	74 %	10 %	92 %
<i>70-74 ans</i>	786	1 393	1 825	77 %	31 %	132 %
<i>75-79 ans</i>	860	1 222	1 546	42 %	27 %	80 %
<i>80-84 ans</i>	725	1 367	1 331	89 %	-3 %	84 %
<i>85-89 ans</i>	450	1 069	1 304	138 %	22 %	190 %
<i>90 ans et plus</i>	193	609	1 105	216 %	81 %	473 %
<i>Total tous âges</i>	20 038	28 327	31 531	41 %	11 %	57 %
<i>Total PH > 45 ans</i>	12 172	19 082	21 613	57 %	13 %	78 %

Source : MDPH 73

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) a quant à lui augmenté de 53 % en dix ans et de 86 % chez les plus de 45 ans. Ces derniers (5 682 au 31 décembre 2021) représentent 66,5 % de l'ensemble des bénéficiaires.

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

Âge / nombre de personnes ayant un droit ouvert à l'AAH	Au 31/12/2011	Au 31/12/2016	Au 31/12/2021	Évolution 2011-2016	Évolution 2016-2021	Évolution 2011-2021
45-49 ans	765	1 062	956	39 %	-10 %	25 %
50-54 ans	818	1 135	1 194	39 %	5 %	46 %
55-59 ans	781	1 157	1 314	48 %	14 %	68 %
60-64 ans	438	855	1 179	95 %	38 %	169 %
65-69 ans	124	373	541	201 %	45 %	336 %
70-74 ans	64	153	274	139 %	79 %	328 %
75-79 ans	41	82	124	100 %	51 %	202 %
80-84 ans	11	42	59	282 %	40 %	436 %
85-89 ans	4	18	32	350 %	78 %	700 %
90 ans et plus	4	7	9	75 %	29 %	125 %
Total tous âges	5 575	7 852	8 542	41 %	9 %	53 %
Total des PH > 45 ans	3 050	4 884	5 682	60 %	16 %	86 %

Source : MDPH 73

Si l'on tient compte des seules personnes ayant un droit ouvert à la prestation de compensation du handicap (PCH) ou à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)⁹, qui concernent les plus lourdement handicapés, nécessitant des aides humaines ou techniques, les plus de 45 ans sont 1 620, en augmentation de 52 % en dix ans. Ils représentent plus de 64 % des bénéficiaires. Cette très forte progression est concentrée sur la période 2011/2016. En effet, la création de la PCH en 2005 et son ouverture à de nouveaux handicaps ont entraîné un afflux de demandes, particulièrement en début de période.

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

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

âge / nombre de personnes ayant un droit ouvert à la PCH -ACTP	Au 31/12/2011	Au 31/12/2016	Au 31/12/2021	Évolution 2011-2016	Évolution 2016-2021	Évolution 2011-2021
45-49 ans	203	296	231	46 %	-22 %	14 %
50-54 ans	223	307	319	38 %	4 %	43 %
55-59 ans	274	315	332	15 %	5 %	21 %
60-64 ans	227	304	318	34 %	5 %	40 %
65-69 ans	91	189	196	108 %	4 %	115 %
70-74 ans	36	98	149	172 %	52 %	314 %
75-79 ans	9	35	60	289 %	71 %	567 %
80-84 ans	1	8	11	700 %	38 %	1000 %
85-89 ans	0	1	3		200 %	
90 ans et plus	0	1	1		0 %	
Total tous âges	1 905	2 468	2 512	30 %	2 %	32 %
Total des PH > 45 ans	1 064	1 554	1 620	46 %	4 %	52 %

Source : MDPH 73

Les causes de ces très fortes évolutions chez les plus de 45 ans sont multifactorielles. Elles s'expliquent à la fois par l'augmentation du nombre d'entrants (reconnaissance du handicap psychique, hausse de la prévalence de certains handicaps notamment l'augmentation des troubles psychiques et cognitifs chez les adultes, diminution des décès des suites de traumatismes et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), amélioration du dépistage et meilleur accès aux droits) et par un allongement de la durée de vie dû à l'amélioration globale de la prise en charge médicale.

Si la MDPH ne dispose pas de données chiffrées par type de handicap, elle observe toutefois de manière empirique une augmentation massive du nombre d'adultes souffrant de troubles psychiques, qu'elle estime à environ 40 % des demandes, ainsi qu'une augmentation du handicap cognitif chez les personnes handicapées vieillissantes.

B - Une population vieillissante dans les ESMS du panel

Les gestionnaires du panel observent un vieillissement prononcé des personnes accueillies ou accompagnées par leurs ESMS.

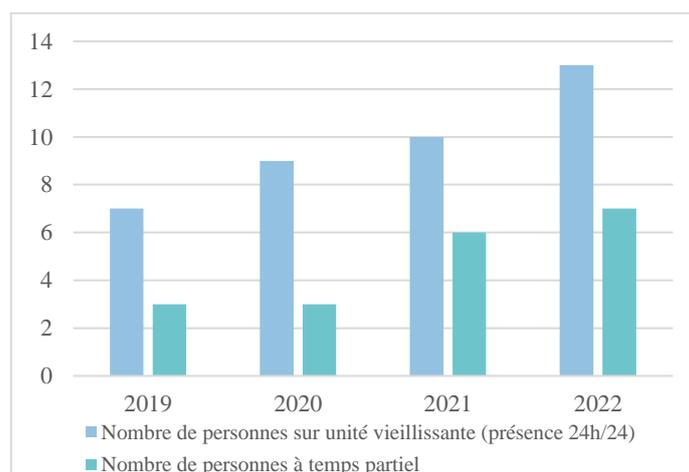
**Tableau n° 4 : personnes accueillies dans les ESMS de l'APEI
d'Aix-les-Bains en 2021**

Tranches d'âge	Fam	FV	SAJ	SAVS
20/44 ans	8	8	12	23
45/49 ans	4	0	0	8
50/54 ans	9	2	2	11
55/59 ans	4	0	2	4
60/74 ans	5	5	0	27
75/80 ans	1	0	2	0
Total	31	15	18	73
% des plus de 45 ans	74 %	47 %	33 %	68 %

Source : APEI Aix-les-Bains

Légende : Fam : foyer d'accueil médicalisé ; FV : foyer de vie ; SAJ : service d'accueil de jour ; SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

Le Fam de l'APEI d'Aix-les-Bains est organisé en trois unités dont une dédiée spécifiquement aux personnes vieillissantes. La moyenne d'âge y est supérieure à 58 ans. Dans les deux autres unités la moyenne d'âge est supérieure à 46 ans, 13 personnes sur les 20 accueillies ayant plus de 45 ans. La moyenne d'âge dans l'établissement s'établit à 50 ans. La moyenne d'âge de la population accueillie en foyer de vie est de 48,5 ans. Les projections à cinq ans mettent en évidence une accentuation du phénomène.

Graphique n° 1 : évolution du public – Unités séniors en FH

Source : APEI d'Aix-les-Bains

Tableau n° 5 : personnes accueillies dans les ESMS de l'APEI de Chambéry

Tranches d'âge	Mas	FV	FH	Fam	Esat	SAVS
18/44 ans	17	17	79	20	181	20
45/49 ans	0	1	13	2	27	2
50/54 ans	2	6	9	5	27	3
55/59 ans	3	6	4	8	15	1
60/64 ans	3	6	4	4	5	1
65/69 ans	0	1	4	6	0	3
70/74 ans	4	2	0	3	0	0
75/79 ans	1	1	0	0	0	0
Total	30	40	113	48	255	30
% des plus de 45 ans	43 %	58 %	30 %	50 %	29 %	33 %

Source : APEI Chambéry

À l'APEI de Chambéry, la proportion des plus de 45 ans est particulièrement importante dans le foyer de vie, le Fam et la Mas.

C - Des personnes handicapées et des personnes handicapées vieillissantes très majoritairement à domicile

La très grande majorité des personnes en situation de handicap vivent à domicile, moins d'1 % d'entre elles étant accueillies dans des établissements PH.

**Tableau n° 6 : évolution de nombre de personnes handicapées
vivant uniquement à domicile¹⁰**

	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	Évol° 2011-2016	Évol° 2016-2021	Évol° 2011-2021
20-44 ans	5 222	6 211	5 500	19 %	- 19 %	5 %
45-49 ans	2 018	2 621	2 293	30 %	-13 %	14 %
50-54 ans	2 229	3 169	3 127	42 %	-1 %	40 %
55-59 ans	2 335	3 329	3 767	43 %	13 %	61 %
60-64 ans	1 585	2 578	3 094	63 %	20 %	95 %
65-69 ans	991	1 725	1 902	74 %	10 %	92 %
70-74 ans	786	1 393	1 706	77 %	22 %	117 %
75-79 ans	860	1 222	1 545	42 %	26 %	80 %
80-84 ans	725	1 367	1 331	89 %	-3 %	84 %
85-89 ans	450	1 069	1 304	138 %	22 %	190 %
90 ans et plus	193	609	1 105	216 %	81 %	473 %
Total	17 394	25 293	26 674	45 %	5 %	53 %
total des PH > 45 ans	12 172	19 082	21 174	57 %	11 %	74 %

Source : conseil départemental 73

Au 31 décembre 2021, 21 174 personnes en situation de handicap de plus de 45 ans vivaient à leur domicile, dont près de 12 000 de plus de 60 ans. Toutefois ces données comprennent également des personnes âgées détentrices de la carte mobilité inclusion¹¹. Sur dix ans, la progression est de 74 %. Elle s'explique à la fois par l'augmentation du nombre de personnes en situation de handicap, par le virage domiciliaire et par un manque de places en ESMS, sans qu'il soit possible de chiffrer la part de chacun de ces facteurs. Moins d'1 % des personnes handicapées sont donc accueillies en établissement.

**Tableau n° 7 : nombre de personnes accueillies en établissements PH
au 30 juin 2022**

	EANM	EAM	Total
Total	604	337	941

Source : conseil départemental à partir des extractions CNSA (non disponible par tranches d'âge)

¹⁰ Nombre de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH - nombre de personnes en internat en établissement - nombre de personnes en accueil de jour ou hébergement temporaire en établissement.

¹¹ La carte mobilité inclusion a pour but de faciliter la mobilité des personnes en perte d'autonomie en raison de leur âge ou du handicap dont elles sont atteintes. Elle permet, par exemple, de se garer gratuitement ou d'éviter les files d'attente.

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

A - Des taux d'équipement globalement inférieurs aux moyennes nationales

Les taux d'équipement en Mas, Fam et FV du département de la Savoie sont inférieurs aux taux nationaux. Pour les Fam, le taux d'équipement est également nettement inférieur à celui de la région.

Tableau n° 8 : nombre de places en ESMS pour adultes handicapés en Savoie

Type d'ESMS	Nombre d'établissements	Nombre de places autorisées	Taux d'équipement	Taux région ARA	Taux France
Esat	8	848	3,94	3,50	3,70
FH	7	360	1,67	1,27	1,04
FV	9	247	1,23	2,28	1,90
Fam / EAM	7	175	0,87	1,14	0,94
Mas	4	164	0,76	0,70	0,94
SAJ	11				
SAMSAH	4	69	0,46	0,34	0,31
SAVS	6	258			
SSIAD PH / SPASAD PH			0,24	0,21	0,21
TOTAL		2 122			

Source : conseil départemental, ARS ARA in *L'offre dans le secteur du handicap – Synthèse régionale - Données au 1^{er} janvier 2021*

Plus globalement, le secteur médicalisé est moins bien doté qu'au niveau national mais mieux doté qu'au niveau régional. Le secteur non médicalisé est en revanche mieux équipé.

Tableau n° 9 : taux d'équipement en places installées pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans par type de handicap¹²

Tous types de déficiences	
Secteur adultes médicalisé	
Savoie	0,47
Région ARA	0,40
France	0,64
Secteur adultes non médicalisé	
Savoie	2,34
Région ARA	1,85
France	1,91
Secteur adultes insertion	
Savoie	2,77
Région ARA	0,85
France	1,90

Source : ARS ARA (données au 1^{er} janvier 2021)

Le nombre de places transmis par l'ARS et le département présentent des écarts, ce qui met en évidence des difficultés d'harmonisation des systèmes d'information. L'ARS s'appuie sur les codes Finess et le département sur des tableaux de bord internes¹³.

Les personnes en situation de handicap vieillissantes ont également accès aux établissements pour personnes âgées, accessibles à partir de 60 ans.

Tableau n° 10 : nombre de places en Ehpad en Savoie au 31 décembre 2021

	31 décembre 2021
Nombre d'Ehpad	56
Nombre de places en Ehpad	4 101
dont hébergement temporaire	97
dont accueil de jour	75

Source : conseil départemental

¹² Voir détail en annexe.

¹³ À titre d'exemple, l'ARS annonce 99 places de Samsah alors que le département n'en comptabilise que 69. Les 30 places d'écart concernent un service expérimental qui s'est vu attribuer un code Finess correspondant à un Samsah et que le département n'a pas autorisé et ne finance pas.

Le taux d'équipement¹⁴ en hébergement médicalisé pour personnes âgées dans le département de la Savoie est de 96,63 pour 1000 personnes de 75 ans et plus. Ce taux est inférieur de plus de deux points à celui constaté aux niveaux régional (98,80) et national (98,71). Pour ce qui concerne l'hébergement non médicalisé, le taux en Savoie est de 11,47, contre 10,32 au niveau régional et 16,53 pour la France, ce qui met en évidence de fortes disparités territoriales.

B - Des taux de rotation très faibles

L'exemple des établissements de l'APEI de Chambéry montre à la fois un faible taux de rotation et des motifs de sortie (excepté en FH) essentiellement dus à des décès. Les personnes accueillies terminent donc leur vie dans leur lieu de résidence habituel.

Selon le département, les établissements font remonter très régulièrement les oppositions des PHV accueillies et de leurs proches à l'idée de quitter un lieu de vie fréquenté parfois depuis de longues décennies au profit d'une solution d'hébergement ne présentant pas toujours le même niveau d'accompagnement et de lien social. En outre, la MDPH doit renouveler les orientations en ESMS pour que soit maintenue une orientation en structure PH malgré l'âge avancé des personnes.

Tableau n° 11 : rotation dans les établissements de l'APEI de Chambéry

	Mas			Fam			FV			FH		
	Nb	Taux	Motifs	Nb	Taux	Motifs	Nb	Taux	Motifs	Nb	Taux	Motifs
2017	0	0 %		0	0 %		0	0 %		16	16,5 %	Départ FV PHV
2018	2	10 %	2 décès	3	7,9 %	3 décès	0	0 %		0	0 %	
2019	1	5 %	1 décès	0	0 %		2	4,5 %	2 départs Fam / Mas	5	5,2 %	2 départs vers logement individuel 3 sorties logement + SAVS
2020	3	15 %	3 décès	2	2,6 %	1 décès, 1 retour en famille	3	6,8 %	3 départs Mas	1	1 %	Décès
2021	0	0 %		2	2,6 %	2 décès	3	6,8 %	2 départs Fam 1 départ Ehpad		4,1 %	

Source : APEI Chambéry

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

Un autre éclairage sur le manque de solutions adaptées est apporté par le nombre de personnes maintenues par défaut dans un établissement. Il s'agit principalement de personnes qui disposent d'une réorientation vers un autre établissement ou dont l'accueil n'est plus adapté.

Tableau n° 12 : nombre de personnes maintenues par défaut dans l'APEI de Chambéry

Année	Fam		FV		FH	
	Nb	Nb	Motifs		Nb	Motifs
2017	18	19	FV, Fam, Mas ou Ehpad		13	
2018	19	25	FV, Fam, Mas ou Ehpad			
2019	22	24	FV, Fam, Mas ou Ehpad		7	3 sans orientation avec souhait de rester sur FH Montjay 1 orientation en attente d'une place FDV Col du Frêne 1 orientation FAM en attente d'une place au FAM St Baldph
2020	22	23	FV, Fam, Mas ou Ehpad		10	2 pour FDV Col du Frêne. 4 sans orientation avec projet d'aller sur la résidence Monférine. 4 sans orientations à ce jour, souhait de rester habiter au FH.
2021	30	21	FV, Fam, Mas ou Ehpad		10	2 pour FDV Col du Frêne. 4 sans orientation avec projet d'aller sur la résidence Monférine. 4 sans orientations à ce jour, souhait de rester habiter au FH.

Source : APEI Chambéry

C - Une offre spécifique au profit des personnes handicapées vieillissantes très limitée

Au regard du nombre de PHV ayant un droit ouvert à la MDPH et 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 est très limitée.

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

Tableau n° 13 : l'offre spécifiquement dédiée aux PHV en ESMS PH

Type d'ESMS	Nom	Nombre de places	Dont hébergement temporaire	Dont accueil de jour
FV	Col du frêne	48	2	4
FV (en attente de création)	Les érables	6		
Fam	Col du frêne	6		
Fam	Les Parelles	6		
Fam (en attente de création)	Fougères	6		1
SSIAD		20		

Source : CRC ARA à partir des données transmises par les financeurs

Prévu au schéma 2006 – 2011, le foyer de vie *Le Col du frêne*, géré par ACIS France, a été autorisé par un arrêté départemental du 7 mai 2019. Entièrement dédié aux PHV, il est issu du regroupement et de la transformation de 36 places de foyer de vie et de 12 places d'appartements en foyer de vie afin d'accompagner l'avancée en âge des résidents accueillis.

Aux Parelles, géré par l'APEI de Chambéry, six places de FV ont été transformées en Fam profit des PHV. La création de places de SSIAD PHV correspond à des besoins identifiés et à des opportunités offertes par des crédits nouveaux.

Il reste dix places dédiées aux PHV à déployer (six en Fam et quatre en foyer de vie).

Il n'existe pas de places de SAVS ou de SAMSAH dédiées au PHV qui ont accès à l'ensemble de ces services. Leur développement va dans le sens d'une offre plus inclusive. Le département considère qu'il n'est pas forcément pertinent de démultiplier des places dédiées trop ciblées.

2 - L'offre en Ehpad

Si les personnes handicapées vieillissantes peuvent intégrer les Ehpad, seules 1,4 % des places autorisées leur sont spécifiquement dédiées, en tenant compte des 24 places existant en unité gériopsychiatrique.

Tableau n° 14 : l'offre dédiée aux PHV en Ehpad

Nombre d'établissements avec unités PHV	2
Nombre de places PHV	28
Nombre d'établissements avec une unité géro-psycho-geriatrique	1
Nombre de places en unité géro-psycho-geriatrique	24

Source : données issues de l'ARS et du département

Deux Ehpad disposent d'une unité dédiée aux personnes handicapées vieillissantes, le foyer Notre Dame, (16 places) et l'Ehpad l'Arbé (12 places).

L'Ehpad public autonome la Centaurée, placé sous la direction du centre hospitalier spécialisé (CHS) de la Savoie, dispose d'une unité géro-psycho-geriatrique de 24 places ouvertes aux personnes âgées, avec une reconnaissance préalable ou non de handicap, ayant développé des troubles psychiatriques. Bien que cet établissement ait signé avec le département et l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui couvre la période 2020-2024, aucune action spécifique ne concerne les PHV.

D - Une faible évolution de l'offre

L'évolution de l'offre en ESMS s'opère à la fois par la création de places (ou le soutien à des dispositifs innovants) et par la transformation de l'offre existante. La transformation de l'offre au bénéfice des PHV peut elle-même revêtir deux formes : la transformation de places d'hébergement pour tenir compte de leurs besoins spécifiques en termes de rythme de vie ou de médicalisation (unités dédiées, transformation de places de FH en FV, de places de FV en Fam) ou la transformation de places d'hébergement au profit des services, dans une approche plus inclusive.

Le département considère qu'une démarche globale de recomposition de l'offre a été mise en œuvre depuis 2010, pour tenir compte des âges présentant des risques de rupture dans les parcours, essentiellement les 16/25 ans et les PHV, mais aussi des aspirations des personnes porteuses de handicaps à être accompagnées dans le milieu ordinaire, notamment au moment de la retraite. Il estime désormais nécessaire de développer l'habitat inclusif. Le schéma social et médico-social 2020-2025 prévoit toutefois une évolution de l'offre limitée, qui ne cible pas spécifiquement les PHV.

Les évolutions et transformations de l'offre s'appuient sur le dialogue de gestion avec les organismes gestionnaires, à partir d'alertes ou des diagnostics des CPOM. Le département relève toutefois des difficultés avec certains gestionnaires qui cherchent à disposer d'une offre d'ESMS complète leur permettant d'organiser un parcours associatif en filière, parfois contradictoire avec une vision territoriale de l'offre. Le développement récent de *ViaTrajectoire* permet également de piloter les évolutions de l'offre.

En Savoie, la recomposition au profit des PHV s'est opérée par :

- transformation d'établissements dédiés aux PHV ;
- transformation de places en unités PHV dans les établissements PA et PH ;
- médicalisation de places par transformation de places de FV en Fam ;
- création de places de SAMSAH, SAVS et SAVS « renforcé » pour accompagner le domicile et l'habitat inclusif.

Pour l'ARS l'évolution et la transformation de l'offre sont soutenues par l'ambition d'aller vers plus d'inclusion, ce qui se traduit avant tout par la transformation des places d'internat en places de semi-internat ou de services, correspondant selon elle davantage aux attentes des personnes handicapées et de leurs familles. Ces démarches sont toutefois plutôt concentrées chez les enfants, les besoins en établissements pour adultes étant insuffisamment couverts, ce que démontrent les données issues de *ViaTrajectoire*.

L'ARS s'appuie majoritairement sur la préparation des CPOM avec les associations gestionnaires pour organiser la transformation de l'offre.

Malgré des stratégies très volontaristes affichées par les financeurs, l'évolution de l'offre est mesurée et très loin des besoins ressortant de *ViaTrajectoire*.

E - Une offre sous tension

1 - Des besoins non satisfaits dans tous les types d'établissements et services ...

a) En établissement PH

En Savoie, le module handicap de *ViaTrajectoire* a été déployé en mars 2020. Tous les ESMS l'utilisent ce qui a été vérifié auprès des gestionnaires rencontrés. Après chaque CDAPH, l'envoi des flux est automatisé. Les ESMS reçoivent toutes les orientations qui les concernent et dont ils devront assurer le traitement. La MDPH a procédé à la reprise des stocks de décisions.

Dans les tableaux ci-dessous, les doublons liés à des statuts différents ne sont pas écartés¹⁵. Par ailleurs, ils ne tiennent pas compte des dernières demandes d'admission impossibles¹⁶ qui n'ont pas été traitées par la MDPH et d'une partie des notifications non transmises dans *ViaTrajectoire* et non créées par les établissements. La nécessaire fiabilisation des données issues de *ViaTrajectoire* devra permettre de disposer d'informations plus sûres afin de piloter l'offre en ESMS. Ils permettent toutefois de dégager des tendances.

Tableau n° 15 : personnes handicapées en attente de places au 30 juin 2022

Type d'établissement	Personnes accueillies	Personnes en attente de prise en charge (listes d'attente et notifications en attente de traitement)	Moins de 40 ans	40 / 50 ans	50 / 60 ans	Plus de 60 ans
Esat	809	461	226	116	106	13
EANM	604	506	260	79	113	54
EAM	337	243	91	32	77	43
SAVS	305	538	243	113	131	51
SAMSAH	73	224	142	31	40	11
TOTAL	2 128	1 972	962	371	467	172

Source : MDPH 73 à partir des données CNSA

Au vu des données disponibles, tous établissements confondus, 1 972 orientations prononcées par la MDPH n'ont pas pu trouver de mise en œuvre au 30 juin 2022, ce qui met en évidence un écart important entre l'offre d'ESMS et les besoins malgré les potentiels doublons. Le manque de places en SAVS et SAMSAH, qui correspondent à des accompagnements à domicile est particulièrement élevé. En outre, 32 % des personnes concernées ont plus de 50 ans avec un pic entre 50 et 60 ans.

¹⁵ Une personne en liste d'attente dans un ESMS et en attente d'une prise de contact dans un autre type d'ESMS apparaît deux fois.

¹⁶ Il existe 14 motifs d'« admission impossible » que peuvent renseigner les établissements dans *ViaTrajectoire* et qui doivent être validés par la MDPH : éloignement géographique, plateau technique inadapté, ressources de l'ESMS insuffisantes, l'ESMS n'est pas adapté au projet de vie actuel de l'utilisateur, le type de handicap ne relève pas de l'ESMS, la situation de l'utilisateur a changé l'ESMS n'est pas adapté, l'utilisateur refuse de s'inscrire dans l'ESMS, l'utilisateur a été inscrit dans un autre ESMS, l'utilisateur a déménagé l'orientation n'est plus pertinente géographiquement, l'utilisateur refuse d'adhérer au projet de vie de l'ESMS, l'âge de l'utilisateur est incompatible, l'ESMS n'a pas réussi à joindre l'utilisateur, l'utilisateur a fait valoir ses droits à la retraite (Esat), l'utilisateur est décédé.

Il convient toutefois de souligner qu'une partie des personnes disposant d'une orientation ne souhaitent pas la mettre en œuvre pour différentes raisons (non adhésion aux principes de l'offre, préférence pour le mode d'accompagnement en cours, demandes de sécurité, notification ne résultant pas d'une demande de la personne ou de son entourage)¹⁷. Si leur proportion n'est pas connue à ce jour, une exploitation poussée des données figurant dans *ViaTrajectoire* devrait permettre, à l'avenir, d'en affiner le repérage.

L'ARS considère par ailleurs que les listes d'attente ne sont pas un indicateur suffisant pour mesurer la tension sur l'offre, compte tenu de la palette de solutions alternatives qui peuvent être mises en œuvre. Celles-ci ne correspondent toutefois pas nécessairement aux attentes des personnes concernées et de leurs aidants. La MDPH relève ainsi un nombre important de situations qui, sans être sans solution, restent très fragiles, avec des risques de rupture.

En outre, malgré le mouvement de désinstitutionnalisation, elle note que les demandes d'accueil en établissement ne baissent pas et que les demandes d'accueil en FH ont même repris après la crise sanitaire. Les tensions sur le marché immobilier locatifs, le coût de la vie et l'insuffisance de solutions alternatives sécurisées continuent à porter à la hausse les demandes de prises en charge en EMS.

b) En établissements PA

Avec environ 750 décès en Ehpad et résidences autonomie en Savoie pendant la crise sanitaire, les tensions sur l'offre ont momentanément baissé. Les places rendues disponibles ont notamment permis d'apporter des réponses à des sorties d'hospitalisation.

La direction territoriale Savoie de l'ARS considère toutefois que les tensions sont réapparues dès septembre 2021, sous la double pression des nouvelles admissions et des difficultés de recrutement qui ont contraint certains établissements à geler des places pour respecter les taux d'encadrement. Les données « Résid Ehpad » au 31 janvier 2022 font apparaître un taux d'occupation moyen de 91 % qui tient compte des places gelées. 27 des 59 établissements recensés ont un taux d'occupation supérieur ou égal à 95 %

¹⁷ Une étude de l'Ancreai (fédération des centres régionaux d'études d'action et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité) sur le non-recours aux ESMS handicap portant sur 103 situations individuelles montrait que 54 % des non-recours étaient choisis.

2 - ...qui pénalisent 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'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. L'amendement « Creton » 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, afin d'éviter les ruptures d'accompagnement et les retours à domicile sans activité ni accompagnement médico-social.

En 2021, le département de la Savoie comptait 119 jeunes maintenus en établissements pour enfants.

Tableau n° 16 : nombre de jeunes sous amendement Creton maintenus en établissements pour enfants en 2021

Orientation	Nombre
Esat	14
Mas	36
Fam ou SAMSAH	11
Foyer non médicalisé ou SAVS	16
Autre (pas de précision sur la catégorie d'ESMS)	42
Total	119

Source : ARS ARA

Selon le département, l'analyse des données de *ViaTrajectoire* montre que 74 jeunes seraient maintenus à la même date en établissements pour enfants dans le cadre de l'amendement Creton. Cela souligne une fois encore la difficulté pour les pilotes à disposer d'informations fiables et partagées.

Dans les établissements de l'APEI de Chambéry, 12 jeunes de plus de 20 ans étaient maintenus dans les établissements pour enfants en juillet 2022. Depuis le début de l'année sept jeunes avaient trouvé une solution de sortie mais cinq autres auront atteint 20 ans d'ici la fin 2022, portant leur nombre à 17.

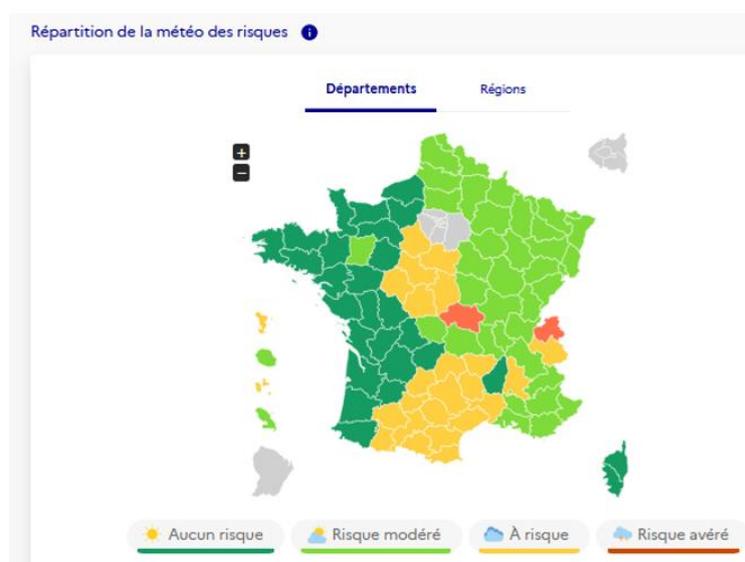
L'APEI d'Aix-les-Bains recense 13 jeunes entre 20 et 26 ans dans ses établissements pour enfants. Les plus de 18 ans qui ont une orientation en FV ou en Fam sont regroupés dans une unité dédiée afin d'adapter leur prise en charge. Des accueils temporaires et des partenariats avec les établissements pour adultes permettent de gérer la période d'attente qui peut durer plusieurs années.

3 - Une offre fragilisée par les fortes tensions sur l'emploi médico-social

Les difficultés structurelles de recrutement dans le secteur du grand-âge ont été mises en lumière par différents rapports¹⁸. Certaines conclusions sont transposables à l'ensemble du secteur médico-social. Les métiers, souvent mal connus, peu considérés et aux conditions d'exercice difficiles, sont jugés mal rémunérés.

La Savoie figure parmi les départements à risques au titre de l'attractivité des métiers de l'autonomie.

Carte n° 2 : départements à risque au titre de l'attractivité des métiers de l'autonomie



Source : ministères sociaux : Soutenir l'attractivité des métiers du grand âge / autonomie

Bien qu'aucun chiffrage ne soit disponible et que ces données soient fluctuantes, le département comme l'ARS soulignent que des places en Ehpad sont gelées¹⁹ faute de pouvoir recruter du personnel qualifié.

¹⁸ Concertation grand-âge et autonomie, Dominique Libault, mars 2019, Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024, Myriam El Khomri, octobre 2019.

¹⁹ Aucun suivi exhaustif de ces places n'est assuré par les financeurs. Ils citent à titre d'exemple, 34 places dans des Ehpad d'Aix-les-Bains représentant près de 10 % de leurs places disponibles.

Dans les ESMS du secteur du handicap, les recrutements sont sous très haute tension, tous métiers confondus. Les nombreuses vacances de postes, notamment dans les Mas, conduisent à un fonctionnement structurel en sous-effectifs. Pour y remédier, le recours aux intérimaires s'installe comme une modalité de travail à part entière qui contribue en outre à renchérir le coût à la place.

Dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), comme dans les SSIAD, soumis par ailleurs à la nécessaire montée en compétence des intervenants dans la prise en charge de personnes en situation de handicap, ces difficultés structurelles de recrutement se sont accentuées depuis la crise sanitaire.

De plus, le caractère montagnard du département, les conditions climatiques et les périodes touristiques ralentissent voire découragent les déplacements, ce qui pénalise les personnes les plus éloignées des centres urbains.

Si, en l'absence d'outil *ad hoc*, un suivi exact des heures non réalisées au titre de la PCH n'est pas disponible, le département constate néanmoins une réalisation partielle des plans d'aide, renforcée depuis le début de la crise sanitaire en 2020.

L'insuffisance de l'offre est donc accentuée par les difficultés de recrutement que connaissent tous les ESMS.

APEI Chambéry

En octobre 2021, 70 postes sur 500 étaient vacants.

Plusieurs explications sont avancées par l'association : un niveau de rémunération jugé insuffisant au regard des qualifications, savoir-faire et savoir-être attendus et des contraintes élevées en termes de disponibilité ; un coût du logement en Savoie particulièrement élevé ; une préférence de certains personnels pour l'intérim, qui offre une meilleure rémunération, une plus grande souplesse en termes d'organisation de la vie personnelle, une indemnisation des périodes non travaillées par l'assurance chômage, ainsi que la certitude de trouver un emploi.

L'association considère en outre que les accords du Ségur de la santé sur les revalorisations salariales pour le personnel soignant de l'hôpital ont pénalisé le secteur médico-social du handicap malgré les accords Laforcade.

Plusieurs solutions cumulatives, temporaires ou pérennes, ont été mises en place pour pallier ces vacances de postes :

- fermeture en alternance d'une unité sur trois du centre médico éducatif ;
- recours ponctuel à des infirmiers libéraux la nuit pour la réalisation de soins techniques ;

- recours à l'intérim en Mas et en Fam (une quinzaine de postes en moyenne sur 60). Dans un contexte où il s'impose comme un mode pérenne de fonctionnement, le surcoût de l'intérim fait cependant peser sur les établissements, le risque de devenir structurellement déficitaires. En outre, les difficultés à trouver du personnel intérimaire qualifié (recours à des personnes non diplômées « faisant fonction ») et leur turnover ont un impact sur la qualité de la prise en charge. L'association a ainsi signalé des insuffisances dans la prise en charge du soin.

Si les difficultés de recrutement persistent, elle envisage d'adopter un moratoire, actant son renoncement à intégrer de nouveaux résidents au moment des vacances de places afin de fermer des unités dans certains de ses établissements.

En 2022, elle n'a pas répondu à un appel à projet de l'agence régionale de santé pour la création d'une Mas de dix places dédiées aux porteurs de troubles du spectre de l'autisme (TSA) qui nécessitait le recrutement de 20 collaborateurs. Le CHS de la Savoie n'y a pas répondu pour les mêmes raisons.

En juin 2021, une vingtaine de postes restaient non pourvus.

Le département précise qu'il ne rejette pas les dépenses d'intérim dans les comptes administratifs des établissements. L'APEI de Chambéry ayant signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), la gestion de ces déficits se fait dans le cadre de l'enveloppe du CPOM. Le département suit toutefois l'état des réserves dont il doit tenir compte pour la détermination du taux directeur.

APEI d'Aix-les-Bains

Les tensions sur l'emploi qui touchent tous les métiers ont conduit à la fermeture d'une place d'hébergement temporaire pendant plusieurs mois durant la crise sanitaire au sein du Fam Fougères.

Structurellement, afin d'assurer la continuité de la prise en charge, des glissements de tâches conduisent les cadres à assurer notamment des gardes de nuit, à contribuer aux repas le week-end ou le soir. La nécessité de recruter durablement de nouveaux collaborateurs se double de la difficulté à maintenir ceux qui sont en poste et qui doivent assurer la prise en charge en sous-effectifs.

Ehpad La centaurée

L'établissement, situé en zone de montagne, dans un bassin de vie peu peuplé, connaît des difficultés particulières de gestion du personnel. Les équipes, composées en partie de « faisant fonction » sont plutôt stables. Certaines personnes travaillent toutefois dans l'établissement uniquement en dehors de la saison touristique. Le taux d'absentéisme est élevé et a atteint près de 25 % en 2021.

CONCLUSION

Les personnes en situation de handicap sont en forte augmentation sur la période 2011/2021 : + 47 % (hors bénéficiaires de la carte mobilité inclusion au profit des seules personnes âgées). Les raisons, multifactorielles, sont liées à la fois à l'augmentation du nombre d'entrants et à l'amélioration globale de l'espérance de vie de l'ensemble des bénéficiaires. Une meilleure information renforce également l'accès aux droits.

Alors que les taux d'équipement sont globalement inférieurs aux moyennes nationales dans les établissements médicalisés, l'offre en ESMS est insuffisante pour couvrir l'ensemble des besoins, et les taux de rotation sont faibles. Bien que les effectifs de personnes handicapées vieillissantes accueillis en établissement soient importants, l'offre qui leur est spécifiquement dédiée est très limitée. Des besoins non satisfaits sont recensés dans tous les établissements et services, ce qui pénalise les jeunes majeurs maintenus en établissements pour enfants au titre de l'amendement Creton.

Cette offre est en outre fragilisée par les fortes tensions sur l'emploi médico-social dans le département de la Savoie, particulièrement à la sortie de la crise sanitaire.

Les financeurs, qui consacrent des budgets importants à cette politique (en 2021 : 68 M€ pour l'ARS et 56 M€ pour le département), n'accordent que peu de moyens financiers supplémentaires pour la prise en charge des PHV, alors que les établissements recensent des surcoûts liés notamment à la prise en charge du soin et à la formation des personnels.

Chapitre II

La gouvernance

I - Les acteurs clés des politiques locales du handicap

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

A - Une gouvernance territoriale partagée qui complexifie le pilotage

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

Les 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 ambulatoire (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées) et hospitalier. Leur stratégie quinquennale est arrêtée dans des projets régionaux de santé (articles L. 1434-1 à L. 1434-13 du Code de la santé publique), qui doivent être cohérents avec la stratégie nationale de santé et respecter les lois de financement de la sécurité sociale. Les ARS sont par ailleurs en charge de délivrer les autorisations, tarifier et contrôler les établissements et services médico-sociaux (ESMS) de leur compétence exclusive ou de compétence partagée avec les départements.

Les conseils départementaux (CD) sont les chefs de file de l'action sociale dans le département²⁰. À ce titre, conformément à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF), ils fixent, dans un schéma pluriannuel adopté par leur assemblée délibérante, les axes stratégiques des politiques sociales, notamment au bénéfice des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Ils sont également en charge de délivrer les autorisations, tarifier et contrôler les ESMS de leur compétence exclusive ou de compétence partagée avec l'ARS. Ils assurent le paiement de certaines prestations individuelles au bénéfice des personnes en situation de handicap (prestation de compensation du handicap (PCH) et allocation compensatrice de tierce personne (ACTP)). Enfin, ils ont une mission générale d'accueil et d'accompagnement social de proximité.

Tableau n° 17 : répartition des compétences ARS / CD pour le pilotage des ESMS pour adultes (tableau complet en annexe 2)

Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement ²¹
Mas (maison d'accueil spécialisée)	Accueillent des adultes lourdement handicapés dont l'état nécessite le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.	Compétence exclusive ARS Financement Assurance maladie.
Fam (foyer d'accueil médicalisé)	Accueillent des adultes qui ont besoin d'un suivi médical régulier, d'un accompagnement quotidien pour effectuer les actes essentiels de la vie courante, et d'une aide éducative pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie.	Compétence partagée ARS / CD. Financement Assurance maladie et départements.
FV (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).

²⁰ Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales et loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (loi NOTRe).

²¹ L'ARS est compétente pour la partie « soins » dans les établissements médicalisés.

Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement ²¹
FH (foyer d'hébergement)	Assurent l'hébergement des travailleurs handicapés exerçant une activité pendant la journée en milieu protégé ou ordinaire.	Compétence exclusive CD
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'Etat (complément de rémunération aux travailleurs).
SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)	Ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes en situation de handicap par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services de droit commun.	Compétence exclusive CD Financement : tarif journalier fixé par le CD
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
SSIAD (service de soins infirmiers à domicile)	Permettent aux personnes âgées malades ou dépendantes de recevoir chez elles des soins infirmiers et d'hygiène : actes infirmiers, surveillance médicale, soins d'assistance pour la toilette et l'hygiène, voire coordination de l'intervention d'autres professionnels de santé.	Compétence exclusive ARS. Soins pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.
SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile)	Organismes privés ou publics autorisés par le département qui interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.	Compétence exclusive CD. Financement sur la base d'un tarif horaire.

Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement ²¹
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
SAD	Conformément à l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 codifié à l'article L. 313-1-3 du CASF et applicable au plus tard le 30 juin 2023, les prestations d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile seront dispensées par des services dénommés services autonomie à domicile (SAD). Un décret devra définir le cahier des charges applicable.	En fonction des missions, compétence ARS et/ou CD.
Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)	Structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes. Il faut avoir au moins 60 ans et avoir besoin de soins et d'aide quotidiens pour effectuer les actes de la vie courante.	Compétence partagée ARS / CD. Tarification tripartite : hébergement (résident) dépendance (CD) et soins (assurance maladie). Le résident peut bénéficier de prise en charge du tarif hébergement grâce à l'aide sociale départementale.

Source : CRC Auvergne-Rhône-Alpes

B - Une nécessaire articulation de l'ARS et du département

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

En Savoie, les calendriers de leurs documents stratégiques et programmatiques diffèrent. Le programme régional de santé ARA couvre la période 2018-2023 et le schéma départemental porte sur les années 2020 à 2025. Des concertations entre les acteurs sont toutefois organisées au moment de leur préparation.

Si les visions, ambitions et objectifs qu'ils portent ne sont pas divergents, leurs contraintes ne sont toutefois pas les mêmes. En effet, au moment de l'adoption du programme régional de santé (PRS), l'ARS ne connaît pas les moyens qui lui seront affectés annuellement au titre des mesures nouvelles, puisqu'ils dépendent des lois de financement de la sécurité sociale. Elle peut seulement définir ses priorités d'affectation des moyens à venir sans pouvoir les chiffrer. Lorsque ces derniers portent sur des évolutions de l'offre de compétence partagée, le département précise s'être organisé pour adopter, si besoin, des avenants à son schéma.

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

Le rythme d'évolution et de transformation de l'offre des deux pilotes institutionnels n'est donc pas nécessairement le même. Ainsi, à titre d'exemple, le département a inscrit la création de 100 places d'Ehpad dans son schéma alors que l'ARS n'en prévoit aucune.

Des points techniques entre les équipes de la délégation territoriale de l'ARS en Savoie et du conseil départemental sont organisés de manière hebdomadaire et des instances de coopération permettent de réguler l'activité (conférence départementale des financeurs, de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif ; instances de gouvernance du Schéma départemental social et médico-social unique ; comité exécutif de la MDPH ; « communauté 360 »).

Enfin, l'ensemble des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) du secteur de compétence partagée sont tripartites, ce qui est de bonne gestion. De même, les inspections et les contrôles des ESMS, bien que peu nombreux, s'effectuent généralement concomitamment par les deux institutions²².

²² Dans le secteur du handicap, il n'y a eu aucune inspection dans les ESMS entre 2017 et 2021 ; dans le secteur personnes âgées, un Ehpad a été contrôlé en 2017, un en 2018, aucun établissement n'a été contrôlé en 2019, en 2020 et en 2021.

C - 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 (cf. annexe 4) 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. »²³

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

La MDPH de Savoie est installée à Chambéry. Elle est ouverte au public sans rendez-vous quatre jours par semaine et propose par ailleurs, depuis 2020, un accueil sur rendez-vous. L'accueil téléphonique est ouvert de 8h30 à 12h et de 13h30 à 16h30 quatre jours par semaine. Le site internet de la MDPH complète utilement l'information disponible.

Il existe deux niveaux d'accueil physique et téléphonique. L'accueil de premier niveau est assuré par des agents d'accueil (trois agents représentant 2,5 équivalents temps plein) et l'accueil de deuxième niveau relève des assistants de service social (deux agents représentant un équivalent temps plein), notamment pour aider à la formulation de la demande et du projet de vie, ou orienter vers les solutions adaptées.

Afin de répondre aux besoins du public et des partenaires et de favoriser l'accès aux droits, la MDPH mène depuis mars 2021 des expérimentations d'accueil délocalisé dans certaines maisons sociales du département. Le maillage territorial qui commence à s'organiser sur les territoires touche encore peu de public.

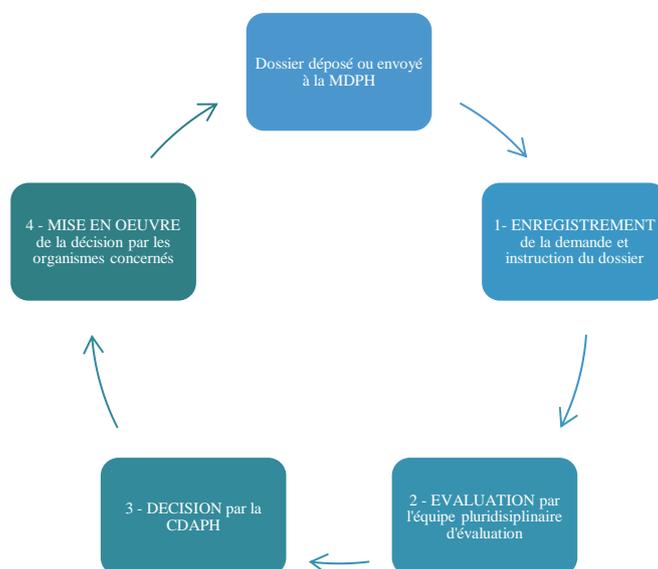
En 2021, elle a accueilli plus de 6 000 personnes, réceptionné près de 19 000 appels et répondu à plus de 12 000 courriels.

²³ Article L. 146-3 du CASF.

2 - L’instruction des demandes d’ouvertures de droits²⁴ : un traitement en masse

En 2020, 21 973²⁵ demandes ont été déposées à la MDPH qui a rendu 27 398 décisions et avis. Le délai légal de traitement des demandes est de quatre mois. En Savoie en 2020, il était de 3,2 mois pour les demandes des adultes. La MDPH dispose d’un effectif de 41,2 équivalents temps plein pour mener à bien l’ensemble de ses missions.

Schéma n° 1 : parcours d’une demande d’ouverture de droits à la MDPH



Source : MDPH de Savoie

Les assistants de service social de la MDPH peuvent accompagner les personnes dans le dépôt de leur dossier. D’autres acteurs y contribuent tels que les professionnels des maisons sociales du département, les associations, les représentants légaux, les assistants de service social des structures ou les associations tutélaires. Il n’existe pas de dispositif spécifique d’accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

²⁴ Voir annexe 3 : droits ouverts par la MDPH.

²⁵ En 2019, 28 624 demandes avaient été déposées. Cette évolution s’explique notamment par la crise sanitaire, la prolongation automatique de certains droits par la CAF, une baisse des demandes de cartes mobilité inclusion, de nouvelles modalités de comptage.

Les équipes médico-sociales d'évaluation²⁶ sont positionnées sur les territoires et instruisent à la fois les demandes d'allocation personnalisée d'autonomie (APA)²⁷ et de prestation de compensation du handicap (PCH)²⁸. Des ergothérapeutes réalisent également des visites à domicile en fonction des besoins identifiés. Les autres demandes sont traitées par les équipes pluridisciplinaires de la MDPH²⁹. En leur sein, un médecin gériatologue qui occupe, en parallèle, des fonctions de médecin coordonnateur en Ehpad, a formé sept personnes à la problématique du vieillissement des personnes handicapées (médecin, infirmières et ergothérapeutes) ainsi que les référents « personnes âgées / personnes handicapées » (PA/PH) des territoires.

Au 31 décembre 2021, 32 % des personnes en situation de handicap disposaient d'un droit ouvert à vie. Ce ratio atteint 39 % pour les plus de 45 ans.

3 - Le repérage perfectible des situations urgentes ou à risque de rupture

Il n'existe pas de processus spécifique de repérage des situations en amont du dépôt d'une demande. À ce titre, le rapport Libault³⁰, publié en mars 2022, souligne le manque de démarches « d'aller vers ». Le département indique toutefois qu'un réseau d'alerte informel assure une remontée d'informations sur les situations potentiellement à risque. Il est constitué d'acteurs aussi variés que les associations, le réseau d'animation socio-culturel très présent sur les territoires, les organismes gestionnaires, les bailleurs sociaux, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les communes, les conseillers départementaux, les médecins, les voisins, les services d'aide à domicile, les personnels des méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), les référents PA/PH ou encore les pharmaciens.

²⁶ Ces équipes sont composées de travailleurs sociaux, d'infirmiers et de référents PA/PH.

²⁷ L'APA sert à payer (en totalité ou en partie) les dépenses nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans qui n'avaient pas de handicap reconnu par la MDPH avant cet âge. Elle est versée par les services du département.

²⁸ La PCH est une aide financière versée par le département et destinée aux personnes qui ont besoin d'une aide dans la réalisation des actes de la vie quotidienne du fait d'un handicap. Elle comprend cinq formes d'aides (humaine, technique, aménagement du logement, transport, aide spécifique ou exceptionnelle, animalière).

²⁹ Demandes évaluées principalement à partir des dossiers.

³⁰ *Vers un service public territorial de l'autonomie*, Dominique Libault, 17 mars 2022

Sur le territoire d'Albertville, le CLIC et les partenaires en gérontologie du territoire d'Arlysi re ont structuré un projet de repérage des fragilités chez la personne âgée à partir de 60 ans, aidés ou aidants, à domicile, en résidence autonomie, en résidence séniors ou à l'hôpital. Une grille médico-sociale permettant d'évaluer le niveau de fragilité sera mobilisable par tous les acteurs du domicile. Très orientée vers le secteur gérontologique, elle pourra toutefois s'appliquer aux personnes en situation de handicap de plus de 60 ans ainsi qu'à leurs aidants.

La MDPH ne peut pas s'auto-saisir des renouvellements de droits. Il existe toutefois, des processus d'alerte. Pour l'allocation adulte handicapé (AAH), six mois avant l'échéance, la caisse d'allocations familiales (CAF) transmet des courriers de rappel que la MDPH se charge d'envoyer aux bénéficiaires avec le formulaire de demande de renouvellement. En outre, la CAF adresse mensuellement à la MDPH la liste des personnes arrivant en rupture proche de leurs droits afin de savoir si elles ont déposé un dossier de renouvellement. Si tel est bien le cas, elle prolonge automatiquement le droit sans attendre la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Pour la PCH, la MDPH transmet un courrier aux usagers les informant de l'échéance de leurs droits dans les six mois à venir.

Lors du traitement de la demande de la personne ou de son représentant légal, l'urgence peut être repérée par les agents instructeurs chargés de l'enregistrement. Ces dossiers sont alors présentés sans délai à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour passage rapide en CDAPH³¹. Parmi les cas d'urgences figurent notamment les risques de ruptures de droits ou de maintien à domicile dans des conditions de sécurité suffisantes, les sorties d'hospitalisation ainsi que la procédure de traitement d'urgence des demandes de PCH prévue par la loi.

En 2020, les droits ouverts par la MDPH de 2 084 personnes n'ont pas été renouvelés, 1 426 avaient plus de 45 ans. Si l'on peut supposer qu'une partie d'entre elles ont déménagé ou sont décédées, les procédures de relance par courrier peuvent également s'avérer insuffisantes ou inadaptées pour des populations notamment porteuses de handicap psychique qui se voient couper leurs droits et risquent de ne pas être repérées en amont et tardivement ou pas du tout en aval.

Le département a procédé à une analyse de ces situations. Selon lui, les non renouvellements s'expliquent principalement :

³¹ Le processus « Enregistrer et aiguiller », du logiciel IODAS utilisé par la MDPH de la Savoie, prévoit un circuit de traitement spécifique accéléré.

- par les déménagements dans un autre département avant la fin des droits ou le décès de personnes dont la MDPH n'a pas eu connaissance ;
- par certains droits qui s'éteignent d'eux même dès lors qu'il n'y a plus de besoin ou pas de souhait de mettre en œuvre ledit droit (plus de 50 % des situations) ;
- par un besoin moins prégnant de renouveler les cartes mobilité inclusion du fait de la limitation des déplacements pendant la période du confinement, conjugué à des difficultés pour obtenir des certificats médicaux.

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

A - Le schéma régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes : une logique d'inclusion et de transformation de l'offre non chiffrée

À la suite de plusieurs études menées par le centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAI), un premier Plan régional personnes handicapées vieillissantes (PHV) - venant décliner un plan national - a été élaboré en 2015, en vue d'améliorer la connaissance de ce public, à domicile ou en EMS, et de développer une offre d'accompagnement diversifiée respectant leurs projets de vie. Il consistait déjà à proposer des solutions diversifiées à partir des secteurs personnes âgées comme handicapées.

Pour les personnes porteuses de handicap, le schéma régional de santé (SRS) 2018-2023 affiche une ambition d'inclusion qui va de pair avec un processus de désinstitutionalisation dans lequel les établissements ont vocation à répondre prioritairement aux besoins des personnes nécessitant un accompagnement continu et un recours à des techniques spécialisées. Il s'inscrit ainsi dans une dynamique de développement des services dans l'offre médico-sociale globale³², grâce à deux leviers : la recomposition de l'offre et les mesures nouvelles.

³² Selon le comité de la caisse nationale d'action sociale (CNAS), la région Auvergne-Rhône-Alpes se situe au douzième rang national en termes de parts de services dans l'offre.

L'un des neuf objectifs figurant au SRS est dédié à l'accompagnement de l'avancée en âge des personnes en situation de handicap à domicile comme en établissement. Il vise à :

- prévenir l'impact de la perte d'autonomie liée au vieillissement sur la déficience et créer une offre de prévention et d'accès aux soins pour personnes à domicile et en établissement ;
- renforcer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en établissement relevant du secteur du handicap ou du secteur des personnes âgées.

Le schéma régional de santé traite par ailleurs des parcours spécifiques liés aux accidents vasculaires cérébraux (AVC) et à la santé mentale. Pour cette dernière, il constate des difficultés de gestion des situations complexes, des ruptures dans le parcours de vie et de soins ainsi que les difficultés de la psychiatrie à apporter des réponses, notamment vis-à-vis des Ehpad, des PHV, et des personnes ayant un handicap psychique important. Il affirme la nécessité de développer la psychiatrie de l'âgé, de mieux gérer les sorties d'hospitalisation et d'accompagner le maintien/retour à domicile ou en institution. Il précise que pour les PHV présentant des troubles psychiques, l'amélioration de l'accompagnement doit se traduire par une augmentation du nombre de places dédiées dans les structures médico-sociales, sans pour autant les chiffrer.

À partir de différents indicateurs (taux d'équipement, démographie générale, indice de besoin, coût en euros par habitant) le SRS classe les départements en priorité un à trois.

Pour le secteur du handicap, la Savoie se situe en priorité un et doit faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers la cible nationale de 50 % de services.

L'accompagnement spécifique des personnes en situation de handicap vieillissantes dans le département repose sur trois leviers :

- le développement des capacités des Mas et Fam qui sont en mesure de prendre en compte les besoins liés à l'avancée en âge des personnes accueillies ;
- la promotion des démarches de prévention et d'accès aux soins pour limiter les effets du vieillissement sur la perte d'autonomie pour les personnes à domicile ou en structures non médicalisées ;
- l'identification des capacités d'Ehpad dédiées aux PHV afin de développer ce mode d'accueil, sur la base d'un nouveau modèle économique, avec des moyens supplémentaires attribués sur l'enveloppe du handicap et alloués à un ESMS support.

Concernant le secteur des personnes âgées (établissements et services) le département de la Savoie est classé en priorité deux : la recomposition de l'offre en faveur des services doit se faire par recomposition infra-départementale, sans création de places.

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées) en s'appuyant le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Ces objectifs ne sont pas chiffrés.

B - Les schémas départementaux de la Savoie

La prise en compte des problématiques des personnes handicapées vieillissantes et la volonté de proposer des réponses adaptées sont anciennes dans les schémas départementaux. Au fil du temps, les ambitions et les projets se sont précisés et diversifiés. Si les premières orientations prévoyaient principalement un rapprochement avec le secteur personnes âgées, la palette de solutions est désormais plus étendue.

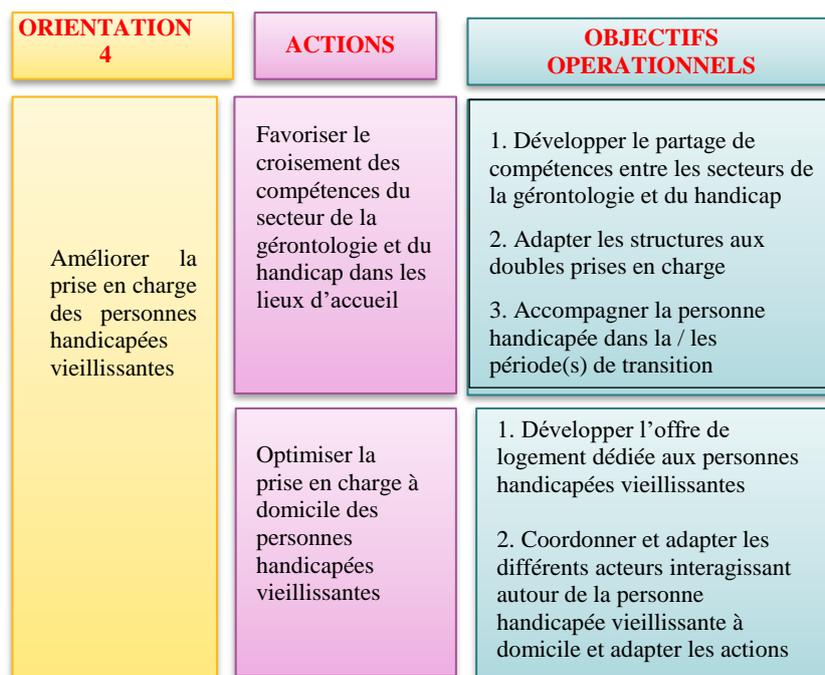
1 - Une prise en compte ancienne de la problématique du vieillissement des PH

Le schéma « personnes âgées / personnes handicapées » 1999-2005 prévoyait déjà une orientation visant le rapprochement des secteurs personnes âgées et personnes handicapées.

Le schéma 2006 – 2011 en faveur des personnes handicapées (prolongé jusqu'en 2013) consacrait une de ses orientations à l'adaptation de l'offre aux situations de vieillissement des personnes handicapées. Il insistait sur la nécessité de respecter le choix de la personne en adaptant les réponses à domicile comme en ESMS, et de faciliter et accompagner l'accueil dans le secteur personnes âgées, soit par l'organisation d'unités identifiées, soit grâce à un accompagnement adapté. Les objectifs, assez généraux, n'étaient toutefois pas associés à des indicateurs de suivi.

Plus récemment, une des cinq grandes orientations du schéma 2014/2019, concernait spécifiquement l'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes. Elle s'appuyait sur une étude de 2012 de l'union départementale d'associations de parents d'enfants inadaptés (UDAPEI) de Savoie, portant sur un échantillon réduit de personnes de 55 ans et plus accueillies dans quatre établissements.

Schéma n° 2 : synthèse des fiches « actions »



Source : schéma départemental 2014 / 2019

Le bilan de ce schéma est peu détaillé, il ne recense pas les actions menées ni les effets produits. Il énonce simplement que différentes actions ont été mises en œuvre sur la période pour favoriser le croisement des compétences des secteurs PA / PH et pour optimiser la prise en charge à domicile³³.

³³ Le bilan recense : un groupe de travail a permis une meilleure interconnaissance, des initiatives locales de partenariat, la création d'unités PHV dans les Ehpad et aussi dans les structures PH, le développement de la coordination territoriale, l'accompagnement de nouvelles offres (domicile partagé), la participation financière à hauteur de 20 000 € pour la coordination et la médiation locative, accès SAVS.

2 - Le schéma 2020 – 2025 : une volonté plus affirmée de faire évoluer l'offre

Ce schéma s'appuie sur un diagnostic gérontologique par territoire, qui fait un focus sur les publics de plus de 50 ans bénéficiant de l'allocation adulte handicapé (AAH), de la PCH aide humaine ou de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)³⁴. Il recense les structures concernées par l'accueil de seniors par type d'établissement, faisant apparaître une dominante des Mas, Fam et foyers de vie dont la nécessaire adaptation des modalités d'accompagnement devra être questionnée.

Il ressort de ce diagnostic que les besoins ne sont pas couverts, tant en nombre de places qu'en qualité de prise en charge (formation des personnels, offre dédiée et spécifique) et que l'amélioration de la connaissance du public, l'importance du décloisonnement des acteurs et des structures PA / PH constituent des enjeux majeurs.

Le schéma social et médico-social unique 2020 / 2025³⁵ qui y fait suite fixe quatre axes stratégiques communs à toutes les politiques sociales : la prévention, l'inclusion, la fluidité des parcours et le partenariat.

Au titre du développement et de la transformation de l'offre, il prévoit, tous âges confondus :

- la création de 10 places de foyer de vie (FV) sur le bassin chambérien,
- la création de 40 places de SAMSAH en lien avec l'ARS,
- la création de 25 places de Fam, dont 12 par transformation de FV,
- la transformation de places de FH en FV, SAVS ou places de répit : six en Maurienne et 20 à Albertville ;
- la création de cent places d'Ehpad, dont aucune fléchée au profit des PHV.

La problématique du vieillissement des personnes handicapées est bien repérée et fait l'objet d'une fiche action dédiée. Elle part notamment du constat de l'inadéquation de l'offre aux besoins de la personne handicapée vieillissante en établissement PH, de la méconnaissance des mécanismes de vieillissement spécifiques aux handicaps et de la méconnaissance mutuelle des acteurs de la gérontologie et du handicap.

Trois actions sont recensées :

³⁴ La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est un statut reconnu par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Elle permet aux personnes handicapées d'accéder à un ensemble de mesures favorisant leur insertion professionnelle et leur maintien dans l'emploi.

³⁵ Politiques publiques concernées : protection maternelle et infantile, enfance, jeunesse famille, cohésion sociale, personnes âgées, personnes handicapées.

- encourager les logiques d'interventions croisées domicile / structures qui doivent notamment permettre l'intervention de professionnels d'ESMS dans les Ehpad afin de favoriser les transitions ; favoriser le concept d'Ehpad hors les murs ou favoriser les interventions de SAD et SSIAD auprès des ESMS non médicalisés ;
- créer des passerelles entre structures en définissant des modalités d'accompagnement qui s'appuient sur les équipes d'origine dans la transition de la PHV vers son nouveau lieu de vie, et proposer un « projet personnalisé PHV » coconstruit avec les personnes concernées ;
- adapter et diversifier l'offre en créant des unités pour PHV par redéploiement ou transformation de l'offre au sein des structures PA ou PH, en soutenant l'habitat inclusif, en dynamisant l'accueil familial et en encourageant le partage d'activités avec les ESMS, en optimisant l'offre en accueil de jour.

Le schéma insiste sur la nécessaire poursuite de la recomposition de l'offre qui est sous-tendue par une plus grande ouverture des structures et un soutien à domicile accru.

C - 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. Par ailleurs, en Savoie, les données disponibles ne permettent pas de connaître la répartition par type de handicap et en fonction des besoins. La MDPH assure la cotation des déficiences, des pathologies et des besoins pour la grande partie des dossiers, mais ne dispose pas à ce jour d'outil d'extraction et de traitement de ces données.

Le déploiement de *ViaTrajectoire* et la cotation des handicaps par la MDPH devraient engendrer une amélioration notable de l'information, ce qui permettra aux acteurs institutionnels d'appuyer leurs décisions sur des éléments objectivés et consolidés.

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 fiables. À compter de 2017, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a organisé leur harmonisation en définissant des fonctionnalités communes. La montée en puissance de ces mesures est progressive et hétérogène. En outre, le codage de chaque dossier par handicap n'est pas encore effectif sur tout le territoire.

Pour connaître les personnes sur listes d'attente en ESMS, il existait jusqu'à récemment des outils de suivi des décisions d'orientations prises par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) propres à chaque MDPH, souvent hérités des COTOREP et de qualité inégale. Le déploiement d'une solution informatique nationale, *ViaTrajectoire* (module handicap), initiée par la CNSA, est effectif depuis 2020, dans le cadre d'un pilotage stratégique partagé entre les ARS et les départements. Elle doit permettre de disposer d'informations actualisées sur la mise en œuvre des décisions dans les établissements et services médico-sociaux. Pour cela, la MDPH transmet vers *ViaTrajectoire* les décisions individuelles d'orientation en ESMS (cf. annexe 4). 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. *ViaTrajectoire* 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 FINISS, 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.

D - Des moyens financiers importants alloués aux politiques du handicap, et peu de moyens supplémentaires pour la prise en charge des PHV

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

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

1 - 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 d'assurance maladie (ONDAM). Les enveloppes budgétaires destinées au département de la Savoie ont progressé d'un peu plus de 10 % sur la période 2017 / 2021.

L'instruction interministérielle du 12 avril 2022³⁶, relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2022, prévoit une actualisation des dotations régionales limitatives (DRL) des ARS de 0,46 % pour le secteur PH et 0,47 % pour le secteur PA, dans un contexte d'inflation élevée.

Tableau n° 18 : crédits de tarification des ESMS PH en Savoie (en euros)

	2017	2018	2019	2020	2021	Evol°
Base au 1 ^{er} janvier N	60 898 137	61 482 332	62 949 979	64 019 261	65 861 115	
+ Actualisation	441 695	541 556	469 269	600 708	528 328	
+ Mesures nouvelles	65 625	705 745	364 947	605 730	1 376 602	
+ CNR ³⁷	1 248 678	16 353	516 620	2 364 188	319 265	
- Résultat ³⁸	46 727	7 658	129 349	9 852	171 225	
Total	61 405 457	62 729 632	64 171 067	67 580 034	67 914 085	10,6 %

Source : ARS – extraits du logiciel Hapi

³⁶ N°DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2022/108.

³⁷ Entre 2017 et 2021 des crédits non reconductibles ont été 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, les mesures COVID, les transports, les séjours de vacance, la contractualisation / coopération.

³⁸ 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 CA (et dont les résultats peuvent être repris en réduction ou augmentation des charges d'exploitation).

L'ARS considère que le financement des dispositifs dédiés aux PHV est triplement pénalisé. D'une part en raison de l'absence de politique nationale qui l'oblige à assurer leur financement sur les dotations annuelles, d'autre part du fait de l'étanchéité des enveloppes PA / PH qui constitue un frein pour l'accueil des PHV en Ehpad, et enfin en raison de la rigidité des règles de tarification en Ehpad qui s'appuient sur des grilles d'évaluation (Pathos) peu adaptées aux personnes en situation de handicap qui y sont accueillies.

Ainsi, les places dédiées aux PHV ne bénéficient pas de financements supplémentaires par rapport aux autres places, ni dans le secteur handicap, ni dans le secteur personnes âgées.

Bien que le SRS fixe comme objectif de développer l'accueil des PHV en Ehpad « sur la base d'un nouveau modèle économique, avec des moyens supplémentaires attribués sur l'enveloppe du handicap et alloués à un ESMS support », aucune avancée n'a pu être constatée.

a) Le financement de nouvelles places PHV sur l'enveloppe de crédits consacrée aux personnes handicapées

L'ARS a élaboré et met progressivement en œuvre un programme pluriannuel régional (sans fléchage national), financé à hauteur de 3,5 M€ sur l'enveloppe PH, pour la création d'une offre spécifique au profit des PHV, soit par médicalisation de foyers de vie, soit par la création de places dédiées en EAM, Mas ou équipes mobiles. La Savoie est concernée à hauteur de 453 000 € notifiés en 2019, pour la médicalisation de foyers de vie.

Le financement de places Fam dédiées aux PHV concerne :

- six places à l'EAM Col du frêne ;
- six places à l'EAM Parelles ;
- six places - travaux en cours-installation prévue en 2023 au Fam Fougères.

Ce plan fait suite aux engagements des deux ARS regroupées (Auvergne et Rhône-Alpes) de 2,3 M€ sur l'enveloppe PH pour des installations de places entre 2014 et 2017, dont, pour la Savoie, 20 places de SSIAD PHV.

b) Les crédits non reconductibles (CNR)

Les CNR sont réservés à des opérations de soutien financier ponctuel, d'investissement ou organisationnel, limitées dans le temps. Ils ne permettent pas de faire évoluer l'offre, sauf pour des jointures éventuelles, dans l'attente de crédits pérennes sur les enveloppes budgétaires. Néanmoins, des CNR être peuvent alloués aux SSIAD, au titre de leurs places PH, pour du renfort humain, comme lors de la campagne 2021 (2 500 € pour le SSIAD de Cognin en Savoie).

Les CNR « cas complexes » sont principalement dédiés aux situations des jeunes handicapés, car ce sont les situations jugées les plus complexes et qui nécessitent des renforts humains importants. En Savoie, aucun CNR n'a été attribué à des situations critiques au bénéfice de personnes de plus de 45 ans au cours des trois dernières années.

c) Les crédits dédiés aux cas critiques

Les crédits spécifiques reçus par l'ARS dans le cadre du dispositif de résolution des situations critiques sont passés de 1 M€ en 2019 à 2,2 M€ en 2020 et 2021. La Savoie a perçu 235 k€ en 2019 pour un renfort en instituts médicoéducatifs (IME) et développera une offre interdépartementale avec la Haute-Savoie pour une petite unité de vie pour les situations très complexes d'adultes avec TSA (500 k€ réservés sur l'enveloppe 2021).

d) L'aide aux aidants

Au niveau régional des actions ont été engagées pour un total de 3,4 M€ en 2020 et 2021, dont 2,7 M€ pour le développement de quatre plateformes de répit en Auvergne, le renfort des huit plateformes existant en Rhône-Alpes dont celle de la Savoie.

Une enveloppe de CNR de 920 k€ a été affectée à l'organisation de solutions de répit au sein des ESMS sur l'année 2020. Il reste à répartir 1,477 M€ de crédits pérennes et un reliquat 2021 de 2 M€ - non affectés intégralement en 2021 compte tenu de la crise sanitaire.

2 - Des efforts financiers importants au profit du handicap et peu de crédits fléchés PHV pour le département

Le département consacre des moyens financiers importants à la politique du handicap. Sur la base du budget primitif 2022, les dépenses de fonctionnement correspondantes représentent 15 % de ses dépenses totales de fonctionnement et 30 % de ses dépenses sociales. Elles sont en augmentation de 12 % entre 2017 et 2021.

Ces moyens sont répartis suivant trois axes :

- la prise en charge physique (environ 70 %), qui comprend pour l'essentiel les frais d'hébergement en établissements versés sous forme de dotations globales ou de prix de journée, ainsi que le placement familial, les allocations en établissement et les subventions de fonctionnement ;
- la prévention et le maintien à domicile : coût des SAVS, SAMSAH et autres services d'accompagnement, allocations à domicile (ACTP, PCH), aides ménagères et assimilées, subventions à la prévention et au maintien à domicile (environ 25 % du budget) ;
- les transports scolaires au profit des enfants porteurs de handicap (4 %).

Tableau n° 19 : moyens consacrés par le département à la politique Personnes handicapées (en M€)

	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution
Dépenses de fonctionnement	57	58,2	60,7	61,5	63,9	+ 12 %
Recettes de fonctionnement	7	6,4	6,8	7,1	7,7	+ 10 %
Solde net	50	51,8	53,9	54,4	56,2	+ 12 %
Dépenses d'investissement	25	0	0	0	0	

Source : comptes administratifs 2017 à 2021

a) Les moyens alloués aux PHV dans le secteur PH

Le département n'octroie pas de financements complémentaires pour les structures destinées aux personnes handicapées vieillissantes. Les transformations de places de foyer de vie en foyer d'accueil médicalisé sont financées au coût moyen départemental d'un Fam. Les places spécifiques PHV sont financées au coût moyen de la structure porteuse.

Dans le cadre du plan pluriannuel de financement 2021-2025, une enveloppe de 600 k€ est prévu pour une création de 12 places adultes handicapés vieillissants (FV/Fam) pour l'APEI d'Aix-les-Bains.

b) Les moyens alloués aux PHV dans le secteur PA

Le département apporte une aide complémentaire aux trois établissements qui disposent d'une unité PHV en finançant des postes dédiés à la prise en charge spécifique qu'elles induisent. Le foyer Notre Dame (16 places PHV) a ainsi bénéficié de trois équivalents temps plein (ETP) d'aides médico-psychologiques (AMP) sur la section tarifaire dépendance. Avec la mise en place du forfait dépendance en 2017 le département n'a pas appliqué la convergence négative pour maintenir les moyens alloués. Pour 2021, la somme laissée à l'Ehpad est de 55 k€. Pour l'Ehpad l'Arbé (12 places PHV), il a financé deux ETP de moniteurs éducateurs. La convergence négative de 26 k€ n'a pas été appliquée. Pour la Centaurée (24 places en gérontopsychiatrie), un ETP de moniteur éducateur était financé. La convergence négative de 2,2 k€ n'a pas été appliquée.

Par ailleurs, tous les Ehpad du département ont bénéficié du financement de postes d'animateurs qui permettent de répondre, notamment et en partie au moins, aux besoins des PHV. Ces crédits sont intégrés dans le nouveau calcul des financements à partir du point Gir.

c) Les moyens consacrés à l'aide aux aidants

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)³⁹ a octroyé des fonds à compter de 2021 : 49 k€ en 2021, 25 k€ en 2022 au titre de la conférence des financeurs de la perte d'autonomie.

APEI Aix-les-Bains

La prise en charge de PHV représente un surcoût pour les établissements. Au sein de l'atelier Belledonne de l'Esat, le groupe le Thiou est composé de personnes handicapées vieillissantes (cf. infra 3.2.6.) qui font toujours partie des effectifs de l'Esat et bénéficient donc d'une rémunération alors qu'elles ne sont plus en mesure de travailler. Afin de financer le matériel nécessaire aux activités de loisir proposées, mais aussi les sorties, un budget de fonctionnement d'environ 150 euros par mois lui est affecté. Il faut y ajouter l'achat d'équipements. Ce groupe nécessite par ailleurs un encadrement renforcé et des besoins de formations spécifiques. Le temps de travail de l'infirmière a été augmenté afin notamment de répondre aux problématiques liées au vieillissement.

³⁹ La CNSA, dont la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) assure la tutelle à titre principal, est un établissement public créé par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004. Elle est à la fois une « caisse » chargée de répartir des moyens de financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et une « agence » d'appui technique. De plus, la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie lui a confié la gestion de la nouvelle branche de la Sécurité sociale consacrée à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Dans les Mas et foyers, les surcoûts liés aux soins apparaissent comme les plus significatifs tant en termes d'équipements (lits médicalisés, rails, chiffrés à 51,4 k€), de besoins en personnel soignant que de consultations et interventions de professionnels libéraux (notamment ergothérapeutes ou kinésithérapeutes).

APEI de Chambéry

Pour le FH les accueils en journée ont été rendus possibles par le financement de postes d'animation mutualisés avec le FV. Un mi-temps d'infirmier a été validé par le département pour tenir compte du vieillissement des publics accueillis.

Au sein du FV les surcoûts portent sur l'achat de matériel, la formation des personnels (soins et hygiène, soins palliatifs, prise en charge du vieillissement) et sur les moyens humains. Les besoins d'individualisation et d'accompagnement sont accrus en matière de santé comme de participation sociale. La transformation de six places de FV en Fam en janvier 2021 a permis de faire évoluer l'équipe de professionnels avec des temps d'aides-soignants, d'ergothérapeutes, de médecin coordonnateur qui ont bénéficié à l'amélioration de la qualité de la prise charge de l'ensemble des personnes vieillissantes accueillies sur le site des Parelles.

Pour la Mas les besoins liés au vieillissement concernent l'acquisition de matériel⁴⁰, de consommables (protections, linge de lit, ...), ou la formation des personnels (soins palliatifs, fausses routes, dénutrition, ...).

Pour l'ensemble des hébergements, le vieillissement a également des conséquences induites sur la masse salariale. Des formations relatives à l'accompagnement du vieillissement ou de la fin de vie sont portées par les établissements. Par ailleurs, les résidents sortent moins dans les familles, souvent elles-mêmes plus âgées, notamment pour des périodes de vacances que les établissements mettent généralement à profit pour fonctionner en effectifs réduits. Ils sont dès-lors conduits à maintenir des effectifs constants toute l'année.

⁴⁰ Chaises de douche électriques avec des CNR pour 6 000 €, chariots de soins pour 12 000 €, baignoires adaptées, dessertes salles de bain. Pour les prises en charge palliatives, d'autres matériels sont nécessaires.

CONCLUSION

La gouvernance des politiques locales du handicap est partagée entre l'agence régionale de santé (ARS) et le conseil départemental, ce qui complexifie le pilotage et la lisibilité des dispositifs et nécessite de réels efforts d'articulation et de coopération des acteurs dont les visions, objectifs et moyens peuvent différer.

En Savoie, leurs stratégies, définies dans le schéma régional de santé et le schéma départemental unique identifient clairement la nécessaire adaptation de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est le guichet unique d'ouverture de tous les droits des personnes en situation de handicap. En Savoie, elle concentre l'essentiel de son activité à l'instruction de plus de 27 000 décisions annuelles.

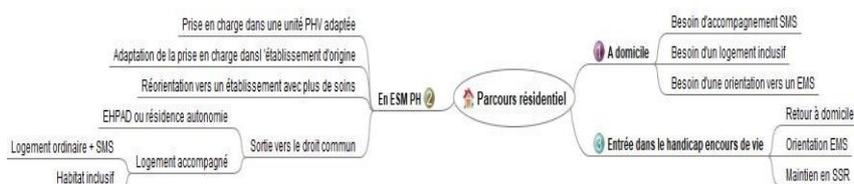
La difficulté à disposer d'informations fiables et partagées par les acteurs devrait s'améliorer grâce à l'outil ViaTrajectoire et à l'harmonisation du système d'information pilotée par la CNSA.

Chapitre III

Les parcours résidentiels des personnes en situation de handicap vieillissantes

Le parcours résidentiel des personnes en situation de handicap vieillissantes peut prendre diverses formes. Le schéma ci-dessous présente les trois parcours résidentiels d'origine des personnes en situation de handicap, puis les besoins liés à l'âge qui peuvent émerger.

Schéma n° 3 : parcours résidentiel des personnes en situation de handicap



Source : chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes

I - Un sous accompagnement à domicile

Le maintien à domicile est insuffisamment documenté, d'où la difficulté à appréhender de façon exhaustive la population concernée, son profil, la pertinence ou l'absence d'accompagnement. Le manque de places disponibles dans les services médico-sociaux et les tensions sur les recrutements permettent toutefois de constater un sous accompagnement des personnes vivant à domicile.

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

- des aides humaines dispensées par des services médico-sociaux :
 - aide dans les actes de la vie quotidienne (SAAD) ; soins infirmiers (SSIAD) ;
les services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD - proposent à la fois des soins infirmiers et des prestations d'aide à domicile (mix des SSIAD et des SAAD)⁴¹ ;
 - aide à la vie sociale (SAVS) ;
 - suivi médical et social, (SAMSAH) ;
- des aides financières pour couvrir les besoin d'aides techniques, d'aménagement du logement ou du véhicule, de charges spécifiques ou exceptionnelles ou d'aide animalière ;
- la présence d'aidants et les solutions de répit.

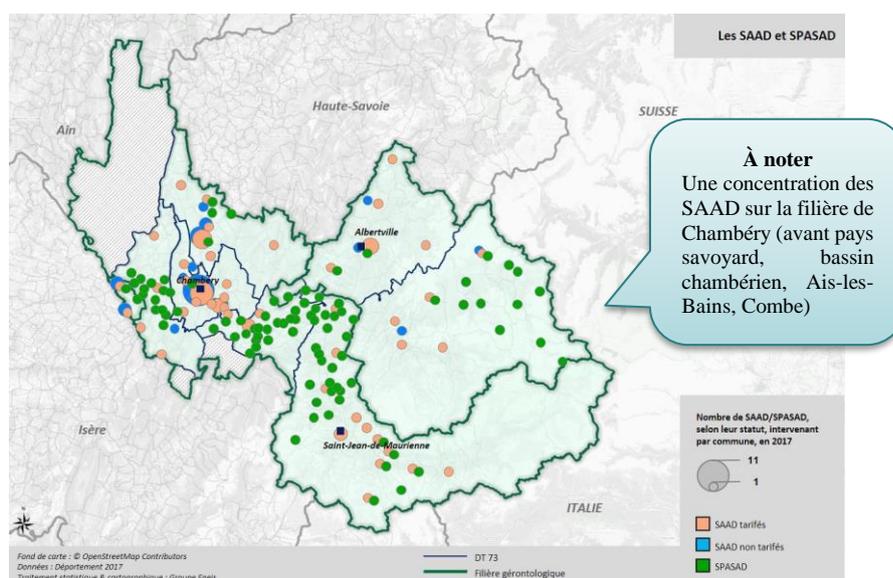
A - Des aides humaines fragilisées par les tensions sur le recrutement

1 - Des services prestataires nombreux mais peu spécialisés dans le handicap

La Savoie est entièrement couverte en SAAD, avec un fort émiettement des acteurs et d'importantes disparités territoriales.

⁴¹ L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit la fusion des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) au sein de « services autonomie à domicile ».

Carte n° 3 : implantation des SAAD-SPASAD en Savoie



Source : conseil départemental de la Savoie - *Diagnostics gérontologiques territoriaux* - Décembre 2017

Le conseil départemental, qui est chargé d'autoriser les SAAD, a gelé l'instruction des nouvelles demandes afin de redéfinir l'offre en modifiant les autorisations existantes. L'objectif est de permettre à chaque personne de pouvoir choisir entre au moins deux opérateurs, quel que soit son lieu d'habitation.

Aucun des SAAD n'a d'autorisation spécifique pour les personnes en situation de handicap, tous pouvant réaliser des heures auprès des bénéficiaires de la PCH. Un seul service⁴² dispose un label HANDEO⁴³.

Si la question de la formation des intervenants est cruciale pour intervenir auprès des personnes handicapées, le département n'a financé aucune action spécifique en ce sens.

⁴² Service présence aide à domicile (SPAD), situé sur le territoire de l'agglomération d'Arlysière.

⁴³ [MISAP \(entreprises.gouv.fr\)](http://entreprises.gouv.fr).

2 - L'insuffisance des SSIAD PH

Le territoire de la Savoie est, en théorie, entièrement couvert par les SSIAD.

Alors qu'au plan régional, l'ARS note une sous activité des places de SSIAD dédiées spécifiquement aux personnes handicapées, (souvent moins connues des prescripteurs, ne disposant pas toujours de projet de service distinct et parfois inadaptées aux besoins), la demande s'avère forte en Savoie. L'ARS est en outre régulièrement interpellée par les SSIAD pour des demandes de dérogation pour l'accompagnement de personnes handicapées en rupture de parcours (demandes de dérogation d'âge au profit d'une PHV de moins de 60 ans et / ou pour l'accueil d'une PH sur une place PA).

En Savoie, 20 places de SSIAD réservées aux PHV ont été créées entre 2015 et 2017, réparties dans quatre services⁴⁴. Elles ne permettent pas de couvrir l'ensemble des besoins du territoire, compte tenu notamment d'un faible *turn-over*, l'accompagnement s'adressant à des personnes lourdement handicapées dont la situation est peu susceptible d'évolution, en dehors des hospitalisations, des entrées en établissement ou des décès.

Le financement des SSIAD PH n'est que très légèrement supérieur à celui des places PA alors que les prises en charge sont souvent considérées comme plus lourdes. L'appel à projet de 2017 spécifiait un prix à la place de 12 138 € pour les places PA et de 12 500 € pour les PH, soit un différentiel relativement faible de l'ordre de 3 %.

Pour les SSIAD (comme pour les SAAD), les problèmes de recrutement évoqués plus haut, freinent la mise en œuvre opérationnelle de la couverture théorique du territoire. Par ailleurs, le fort *turn-over* explique que tous les personnels n'ont pas reçu de formation au handicap.

L'ARS observe, au travers de la négociation des CPOM, que la défaillance des opérateurs du domicile conduit à des demandes d'admission en urgence en établissements, notamment dans les Ehpad.

3 - Le soutien par un SAVS ou un SAMSAH

L'offre des SAVS et des SAMSAH couvre tous les types de handicap, sans cibler spécifiquement les PHV.

⁴⁴ Situés à Challes les eaux, Chambéry, Modane et Arlysère.

Le département considère que les SAVS doivent devenir des tremplins vers les dispositifs de droit commun existant sur le territoire. Bien que ces services fonctionnent en file active, il constate qu'en pratique le turn-over est limité.

Pour les SAMSAH comme pour les SAVS les données issues de *ViaTrajectoire*, bien que comportant des doublons, ont mis en évidence un manque important de places sur le territoire.

Le SAMSAH « SA'INSPIR » du CHS de la Savoie

Ce service en fonction depuis 2018 dispose de 10 places pour personnes porteuses de troubles envahissants du développement (TED)⁴⁵ ou de troubles du spectre autistique (TSA) en milieu ordinaire. Il propose un accompagnement pluridisciplinaire (4,8 ETP) pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle et accompagner le processus d'autonomisation. Il assure la coordination des interventions des différents acteurs, notamment dans les domaines de la santé physique et psychique. Plusieurs passages par semaine sont effectués. L'accompagnement est toutefois limité à trois ans. Si les besoins persistent, le relais peut être assuré en partie par l'équipe mobile de l'hôpital.

Après l'orientation par la MDPH, le délai d'attente pour être accompagné est de l'ordre d'un à deux ans. La liste d'attente n'est pas traitée dans l'ordre chronologique, mais en fonction de la lourdeur des pathologies. Au 31 décembre 2021, 27 personnes étaient sur liste d'attente. La file active est de 18 personnes accompagnées. En 2019 et 2021 quatre personnes ont été intégrées et aucune en 2020. Les personnes accompagnées sont plutôt jeunes, la plus âgée ayant 40 ans.

Le SAVS « renforcé » de l'APEI de Chambéry

Un arrêté du conseil général du 2 décembre 2013 a transformé 11 places de foyers d'hébergement en 25 places de SAVS « renforcé ».

⁴⁵ Les TED, dont fait partie l'autisme, diffèrent selon les classifications. Dans l'état des connaissances publié par la HAS en 2010, ils sont définis comme un groupe hétérogène de troubles qui se caractérisent tous par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication et de langage, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies atteignent de manière envahissante la personne et son fonctionnement, et ce, en toutes situations.

Ses prestations visent le développement de l'autonomie et la participation sociale et citoyenne. Il intervient à un rythme de deux contacts minimums par semaine avec chaque personne accompagnée et il propose des ateliers. Bien que ses missions n'intègrent pas de dimension soin comme dans un SAMSAH, le SAVS travaille avec toutes les structures de soin du département. Quand il repère une insuffisance de soins il assure le lien avec les proches aidants, voire avec le médecin traitant. Il prépare en outre les personnes aux démarches de soin.

En 2021, il a accompagné 30 personnes de 19 à 68 ans dont une partie est accueillie dans les logements inclusifs gérés par l'association et dans la résidence autonomie la Monférine. Il accompagne et intervient en outre dans le cadre de l'intermédiation locative pour 21 personnes. Au 31 décembre, 20 demandeurs étaient sur liste d'attente (tous reçus et contactés tous les six mois pour connaître l'évolution de leur situation.) Ils peuvent être ponctuellement soutenus par le service. En pratique il y a peu de suivis qui prennent fin, même si les projets sont construits pour aller vers le droit commun dans une perspective de trois à cinq ans. Pour augmenter sa file active et répondre à davantage de situations, le SAVS est amené à diminuer certains accompagnements.

Il fonctionne avec 5,18 équivalents temps plein et un coordonnateur de parcours lui est rattaché pour le suivi de l'habitat inclusif. Pour soutenir cet accompagnement en hébergements de droit commun, le département a octroyé une enveloppe supplémentaire annuelle de 20 k€, permettant de financer des temps de moniteur éducateur et d'assistant de service social.

B - Des besoins en aides techniques et en aménagement du logement qui augmentent avec l'avancée en âge

La prestation de compensation du handicap (PCH) peut prendre la forme d'une aide financière pour l'acquisition de matériel ou l'aménagement du logement dont les montants sont encadrés.⁴⁶ En cas de reste à charge après l'attribution de la PCH, les bénéficiaires peuvent solliciter le fonds de compensation du handicap (FDCH) conformément à l'article L. 141-5 du CASF.⁴⁷

⁴⁶ L'aide technique correspond soit à un tarif de remboursement si le matériel est référencé, soit correspond à 75 % du prix dans la limite d'un plafond de 13 200 € sur une période glissante de 10 ans. Pour l'aménagement du logement, l'aide octroyée représente 100 % du coût jusqu'à 1 500 €. Au-dessus elle est au maximum de 50 % du coût dans la limite d'un plafond de 10 000 € sur une période glissante de 10 ans.

⁴⁷ Le décret 2022-236 du 25 avril 2022 acte l'obligation de financement des frais de compensation du handicap des usagers dépassant 10 % du montant de leurs ressources, alors que la loi du 6 mars 2020 disposait que ces versements se feraient « dans la limite des financements disponibles » des fonds départementaux.

En 2021, 225 personnes ont bénéficié d'une aide technique ou d'une aide à l'aménagement du logement. Les données ci-dessous mettent en évidence une augmentation des attributions d'aides avec l'avancée en âge des personnes en situation de handicap.

Tableau n° 20 : attribution de PCH aide technique et aménagement du logement en 2021

	Estimation de la pop. au 1 ^{er} janvier 2022 (INSEE)	PCH aides techniques		PCH aménagement du logement	
		Nb. de per.	%	Nb. de pers.	%
0 à 19 ans	100 121	19	0,02 %	7	0,01 %
20 à 39 ans	97 616	37	0,04 %	13	0,01 %
40 à 59 ans	118 666	95	0,08 %	23	0,02 %
60 à 74 ans	79 945	71	0,09 %	34	0,04 %
75 ans et plus	45 706	3	0,01 %	2	0,00 %
TOTAL	442 054	225	0,05 %	79	0,02 %

Source : MDPH 73

En 2021, le montant des aides attribuées par le fonds était de 128 k€, en légère baisse par rapport à 2020 (131 k€). Toutefois, le montant moyen d'aide attribué a diminué de 7,5 % entre 2018 et 2021 pour s'établir à 1 105 € en fin de période. En effet, un nouveau règlement intérieur du fonds a conduit à en resserrer les critères d'attribution pour faire face à la diminution des sommes disponibles et à des abondements annuels limités.

Plusieurs expériences visant à développer le recours aux aides techniques ont été menées en Savoie. À Chambéry, l'appartement témoin « Renaissance », propriété du centre hospitalier métropole Savoie est équipé de nombreuses aides techniques pour montrer aux personnes en situation de handicap et à leurs familles les possibilités existantes, mais également pour sensibiliser les aides à domiciles à leur utilisation.

C - Des solutions d'habitat inclusif pour PHV encore peu développées

L'habitat inclusif est destiné aux personnes handicapées et/ou âgées qui choisissent comme résidence principale un mode d'habitation regroupé, assorti d'un projet de vie sociale et partagée. Il constitue une alternative au domicile et à l'accueil en établissement.

Il existe deux types d'aides financières pour accompagner leur développement, le forfait habitat inclusif prévu par la loi Elan du 23 novembre 2018, et l'aide à la vie partagée issue de la LFSS pour 2021.

Le forfait habitat inclusif est destiné à financer l'animation de projets de vie sociale partagée et est attribué par l'ARS, via le fonds d'intervention régionale (FIR), à la personne morale qui en assure la gestion. Il est plafonné à 60 k€ par an.

En Savoie, deux habitats inclusifs ont été créés avant la création du forfait habitat inclusif. Ils bénéficient d'un financement sur les enveloppes de tarification de l'ARS de 60 k€ chacun. Deux autres bénéficient du forfait habitat inclusif :

- quatre places spécifiques TSA à Aix-les-Bains ;
- huit places pour personnes avec handicap psychique à Albertville ;
- quatre places pour personnes avec handicap psychique et sur l'agglomération chambérienne ;
- 17 places pour adultes avec une déficience intellectuelle sur l'agglomération chambérienne.

Il existe par ailleurs d'autres expériences d'habitat inclusif dans le département qui ne bénéficient pas de financements publics et qu'il est difficile d'identifier.

APEI de Chambéry

L'association propose un dispositif d'habitat accompagné⁴⁸ de 19 logements de droit commun répartis sur quatre sites et pouvant accueillir 21 personnes, dont deux étudiants. Le gestionnaire envisage de développer ce mode d'hébergement qui offre une alternative sécurisée à l'établissement comme au domicile pour passer à 30 places d'ici trois ans.

Il s'adresse aux personnes âgées, aux personnes avec troubles du spectre de l'autisme (TSA), en situation de handicap mental ou avec des difficultés sociales. Les personnes handicapées vieillissantes sont prioritaires pour un quart des places. En 2021 la moyenne d'âge des personnes accueillies était de 52 ans (hors étudiants), 13 avaient plus de 45 ans et sept étaient suivies par un SAVS. Quinze personnes étaient sur liste d'attente.

Le budget s'est élevé à un peu plus de 151 k€ en 2021. Les dépenses de personnel (45 k€) correspondent à un poste d'animatrice, des temps d'assistante sociale et d'assistante administrative. Certains frais de personnels sont pris en charge par le FH et le SAVS sur leurs budgets propres. Les loyers et aides au logement représentent 98 k€ des recettes et l'ARS attribue via le fonds d'intervention régionale (FIR) une participation annuelle de 57 k€.

⁴⁸ L'APEI bénéficie d'un agrément d'intermédiation locative : système qui permet, grâce à l'intervention d'un tiers social (opérateur, organismes agréés par l'État ou association agréée par l'État), de sécuriser et de simplifier la relation entre le locataire et le bailleur.

L'aide à la vie partagée (AVP) peut être octroyée par les départements volontaires qui inscrivent cette mesure dans leur règlement départemental d'aide sociale. Elle est attribuée à tout résident d'un habitat inclusif dont le porteur a conventionné avec le département. Ici ce sont les personnes qui financent l'animation, la coordination du projet de vie sociale ou la régulation du vivre ensemble, *via* la prestation reçue. Le montant de cette aide est plafonné à 10 k€ par an et par habitant.

Le conseil départemental de la Savoie a lancé en septembre 2021 un appel à projet pour établir un état des lieux des initiatives et projets en cours de réalisation ou de réflexion répondant au concept « habitat inclusif ». Il a signé un accord cadre de sept ans avec le Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour le déploiement de 14 habitats inclusifs répartis sur le Département. Ils permettront d'ici 2025 d'en faire bénéficier 113 personnes (52 personnes âgées et 61 personnes handicapées).

À compter de 2023 l'AVP va remplacer le forfait habitat inclusif.

Les expériences en cours mettent en évidence de fortes attentes en hébergement inclusif. Le dispositif d'habitat accompagné de l'APEI, développé à partir des plateaux techniques de ses établissements et services répond de façon pertinente aux besoins d'accompagnement des personnes.

Les acteurs institutionnels soulignent toutefois la fragilité du modèle économique de certains habitats partagés qui reposent, en plus de l'aide à la vie partagée, sur une mutualisation des PCH attribuées individuellement par la CDAPH à chacun des résidents. Le turn-over requestionne à chaque fois la pérennité de la colocation. Par ailleurs, la coordination des soins n'est pas financée et repose en grande partie sur les aidants, ou sur la capacité des PH à l'assurer elles-mêmes.

D - Le difficile repérage des situations inadaptées à domicile

Afin d'approcher le volume de personnes de plus de 45 ans maintenues à domicile par défaut de places en établissement, le tableau suivant recense les personnes disposant d'un plan d'aide humaine supérieur à 200 heures par mois (soit plus de six heures par jour) au titre de la PCH.

Les personnes de plus de 45 ans sont en forte baisse depuis 2016. Sur les 28 bénéficiaires au 1^{er} janvier 2021, 13 disposaient d'une orientation en établissement non mise en œuvre. Le faible nombre de ces situations, bien connues des services départementaux, correspond, selon eux, à des choix de vie et non par défaut.

Tableau n° 21 : personnes ayant un plan de compensation du handicap supérieur à 200 heures d'aide humaine par mois

	Au 31/12/2016		Au 31/12/2021	
	Nb de bénéficiaires d'une PCH avec un plan de compensation supérieur à 200 h d'aide humaine par mois	Nb de bénéficiaires d'une PCH avec un plan de compensation supérieur à 200 h d'aide humaine par mois ET d'une orientation en ESMS	Nb de bénéficiaires d'une PCH avec un plan de compensation supérieur à 200 h d'aide humaine par mois	Nb de bénéficiaires d'une PCH avec un plan de compensation supérieur à 200 h d'aide humaine par mois ET d'une orientation en ESMS
45-49 ans	9	8	1	1
50-54 ans	12	8	7	4
55-59 ans	12	9	5	3
60-64 ans	9	4	4	2
65-69 ans	12	3	6	2
70-74 ans	8	1	3	1
75-79 ans	6	2	2	0
80-84 ans	4	1	0	0
85-89 ans	0	0	0	0
90 ans et plus	0	0	0	0
Total PH > 45 ans	72	36	28	13

Source : MDPH 73

E - Le rôle déterminant des aidants dans les parcours à domicile et les risques d'épuisement

La stratégie nationale de mobilisation et de soutien « Agir pour les aidants 2020-2022 » vise à répondre aux besoins quotidiens des proches aidants⁴⁹. Au plan local, l'importance du rôle des aidants non professionnels est bien repérée par l'ensemble des acteurs du handicap, institutionnels comme gestionnaires qui rappellent que la mise en œuvre de solutions plus inclusives repose, dans de nombreuses situations, sur la présence d'aidants. Ils soulignent par ailleurs la difficulté à évaluer les besoins du territoire, les aidants étant peu connus et difficiles à identifier, particulièrement les aidants d'adultes.

⁴⁹ Notamment : la rupture de l'isolement, le soutien aux jeunes aidants, l'accès à de nouveaux droits sociaux, le renforcement de leur suivi médical, la mise en œuvre de solutions de répit, ainsi que la facilitation de leurs démarches administratives et de la conciliation entre vie privée et vie professionnelle.

Leur accompagnement peut prendre deux grandes formes :

- le soutien par de l'information, de la formation, de l'écoute ou des activités ;
- l'organisation de temps de répit grâce à des relais de prise en charge de la personne accompagnée.

1 - L'offre de soutien

Il existe quelques actions dans le département de la Savoie.

Le programme 2020/2023 adopté par la conférence des financeurs de la perte d'autonomie⁵⁰ contient un volet de soutien aux proches aidants qui fait expressément référence aux aidants de PHV : « apporter soutien et information, améliorer les connaissances des aidants de PA de + de 60 ans ou de PHV ». Aucune action n'est toutefois définie dans à ce stade.

Le conseil département propose des « cafés des aidants ». Cinq sessions de formation ont démarré au dernière trimestre 2021 et se sont poursuivies en 2022. Il a également organisé des formations suivies par une quarantaine d'aidants.

L'APEI de Chambéry a mis en place une plateforme d'accompagnement multiservices (PAM 73) pour soutenir les aidants et proposer des accueils de répit. Initialement réservée aux aidants de personnes avec autisme, elle s'élargie à d'autres formes de handicaps. Elle propose du soutien pour les démarches administratives, de l'information, de la guidance éducative, de l'écoute et du soutien avec un psychologue, des prestations de répit à domicile ou en groupe, des groupes de parole entre pairs, de la sophrologie ou des activités de théâtre. Les accompagnements auprès des aidés sont assurés par des éducateurs libéraux ou des prestataires partenaires. Depuis 2016 elle a permis d'accompagner 246 aidants dont 11 proches d'une personne non TSA. Les aidés âgés de plus de 60 ans malades Alzheimer et maladies neuro-dégénératives sont orientés vers les autres ressources plus spécifiques du territoire.

⁵⁰ La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées est l'un des dispositifs de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV). Elle a pour objectif de coordonner, dans chaque département, les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune et d'une vision partagée de ses membres pour les personnes âgées de 60 ans et plus et leurs aidants. Elle est co-présidée par le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. Les autres membres de droit sont : l'assurance maladie, l'assurance retraite, l'agence nationale de l'habitat, l'Agirc et Arrco, la mutualité française, la mutualité sociale agricole, les collectivités territoriales volontaires.

2 - Les solutions de répit du territoire

Il existe plusieurs dispositifs permettant aux proches aidants de disposer de temps de répit : les plateformes de répit (PFR), les accueils de jours et les hébergements temporaires.

Depuis 2021, les plateformes d'accompagnement et de répit⁵¹ ont étendu leur soutien à l'ensemble des proches accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative, d'une maladie chronique invalidante quel que soit son âge ou d'une personne en situation de handicap quel que soit son âge. Seul un accueil de jours autonome ou adossé à un établissement peut être porteur d'une PFR. Les ARS sont chargées de la mise en œuvre de ce dispositif via des appels à projets. La Savoie dispose d'une PFR portée par le centre hospitalier spécialisé de la Savoie. Elle a bénéficié d'une extension de deux places d'accueil de jour en 2020.

Le secteur du handicap compte 112 places d'accueil de jour, auxquelles s'ajoutent 75 places ouvertes aux PHV dans le secteur des personnes âgées. Pour ces dernières, les modalités de financement sont définies dans le règlement d'aide sociale. La personne handicapée paie une participation financière⁵² limitée qui peut toutefois freiner les bénéficiaires les plus modestes.

Le département compte 25 places d'hébergement temporaire dans le secteur du handicap et 97 en Ehpad. Les personnes handicapées peuvent bénéficier d'une prise en charge au titre de l'aide sociale si leurs ressources ne leur permettent pas d'assurer le financement de leur hébergement.

L'EAM la maisonnée du Lac à Saint-Jorioz, en Haute-Savoie, accessible aux savoyards, dispose d'une équipe de répit qui propose des interventions à domicile auprès de personnes atteintes de sclérose en plaques (SEP) ou maladies neurologiques apparentées pour libérer du temps à l'aidant.

Afin de mieux appréhender l'offre et les besoins à couvrir et d'aider à la répartition des crédits d'aide aux aidants, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est en cours de réalisation d'un état des lieux régional de l'existant en termes de plateformes, accueils de jours, accueils temporaires. Elle mène parallèlement diverses réflexions pour améliorer l'offre destinée aux aidants (accueil de jour itinérant pour les personnes avec autisme ; renforcement des équipes mobiles ; solutions de répit souples et modulaires

⁵¹ Plan Alzheimer 2008-2012, mesure 1b, puis plan maladies neuro-dégénératives (PMND) 2014-2019.

⁵² 11,05 € pour une journée complète, 7,60 € pour une demi-journée sans repas et 3 € pour une demi-journée sans repas.

type maison d'accueil temporaire ou garde de nuit itinérante ; accompagnement des PFR pour une évolution des pratiques des équipes, un élargissement des publics, une coordination partenariale dans une logique « parcours aidant », un renforcement de l'ancrage territorial, des dispositifs aller-vers...).

II - Le manque de fluidité des parcours résidentiels des PHV en établissements

Les personnes ayant vécu en établissement avant de connaître les effets du vieillissement sont exposées à des risques de rupture, en raison des spécificités liées à leur prise en charge et du manque de fluidité des parcours dû à l'insuffisance de places en établissements et de solutions d'aval adaptées et diversifiées.

A - Les freins à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en établissement

L'accompagnement en EMS des personnes en situation de handicap avançant en âge se heurte à des difficultés multiples et bien repérées. Pour y remédier, des évolutions culturelles, de pratiques, parfois des moyens complémentaires voire des évolutions réglementaires sont nécessaires.

1 - Les difficultés de l'accueil des PHV en ESMS du secteur handicap :

- déficit de formation des personnels en gérontologie ;
- nécessaire adaptation des locaux ;
- prise en charge du soin dans les établissements non médicalisés ;
- nécessaire adaptation des prises en charges dans les établissements ne disposant pas d'unités dédiées PHV ;
- risque d'éviction des plus de 60 ans pour libérer des places au profit de jeunes sous amendement CRETON.

En Savoie, tant pour les établissements que pour les services du secteur du handicap, les CPOM 2017-2021 avaient pointé la problématique PHV sous trois dimensions : adaptation des locaux, prévention et accès et aux soins, développement de la compétence grand-âge des professionnels. Les CPOM en cours de renouvellement aborderont également cette question.

2 - Les freins à l'accueil de PHV en Ehpad

- freins psychologiques de la part du secteur du handicap (personnel, proches aidants, institutions) qui considère que les personnes doivent bénéficier d'un accompagnement particulier, hors du droit commun ;
- freins psychologiques dans les Ehpad où les résidents et leurs familles peuvent être réticents à l'accueil de personnes en situation de handicap ;
- manque de formation des personnels pour la prise en charge des PHV ;
- écart d'âge entre les PA en Ehpad et les PHV, moins dépendantes dans les actes de la vie courante, en attente d'une animation et d'une vie sociale plus étoffées, particulièrement lorsqu'elles ont connu un parcours institutionnel qui offre un rythme d'activité soutenu ; cela est d'autant plus vrai dans les établissements qui accueillent surtout des personnes âgées très dépendantes (Gir 1 et 2)⁵³ ;
- freins financiers : le modèle économique des Ehpad est pénalisant pour les établissements accueillant des personnes en situation de handicap, en raison de l'inadaptation de la cotation des besoins via les grilles AGGIR et Pathos qui déterminent leur niveau de ressource ; elles ne prennent pas en compte la dépendance psychique, mentale et relationnelle des PH, qui conditionne une part importante de l'accompagnement à mettre en place.

Dans les deux secteurs, les modalités de choix des résidents par les organismes gestionnaires peuvent également s'avérer pénalisantes pour les personnes handicapées vieillissantes. Les établissements ont en effet toute latitude pour décider des admissions. Il n'existe aucun encadrement des pratiques, que ce soit par des textes ou par des outils spécifiques. Leurs objectifs propres peuvent ainsi expliquer une part des écarts entre les orientations et les admissions (par exemple, effet filière qui conduit à favoriser les gens déjà accueillis par l'association, objectif de rajeunissement des effectifs, recherche d'un « équilibre » avec des résidents qui ont des besoins homogènes ou limitation des situations nécessitant les accompagnements les plus lourds, etc.).

⁵³ Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.

B - Les risques de rupture de parcours en établissement au moment de l'avancée en âge

1 - Dans les établissements non médicalisés

L'ARS précise qu'elle invite les gestionnaires à trouver des solutions de sortie pour les plus âgés, notamment en privilégiant les relations partenariales, dans une dynamique de parcours, afin de favoriser l'entrée de jeunes majeurs.

L'un des enjeux pour les structures d'hébergement non médicalisées consiste à trouver des solutions pour les personnes vieillissantes qui nécessitent une prise en charge adaptée à leurs nouveaux besoins, en termes de rythme de vie, de nursing comme de soins. Ces solutions peuvent être organisées en interne ou relever d'une réorientation vers d'autres ESMS du handicap ou vers le droit commun (Ehpad ou résidences autonomie).

En interne, cela passe notamment par la création d'unités dédiées aux PHV et par des solutions de soins idoines qui peuvent aller jusqu'à la transformation de places de FV en Fam. Dans le SRS, l'ARS propose à ces établissements de recruter des personnels infirmiers ou médicaux partagés entre les structures, sans que la question de leur financement soit évoquée⁵⁴.

Les réorientations vers un autre établissement PH (passage d'un FH à un FV ou un établissement médicalisé / passage d'un FV à un établissement médicalisé) sont freinées par le manque de places et les passerelles vers le droit commun sont en pratique limitées. La question particulière des sorties de FH est traitée ci-dessous dans la partie consacrée aux sorties d'Esat.

APEI de Chambéry

Quels que soient les établissements, aucune sortie liée à l'âge n'est imposée aux résidents et les passages vers le droit commun sont tous accompagnés.

Le site des Parelles, qui regroupe des places de FV et de Fam, comprend une unité de dix places dédiées aux PHV, avec une prise en charge adaptée prenant en compte la fatigabilité, le rythme des résidents et les besoins en soins. Compte-tenu de la pyramide des âges, d'autres personnes vieillissantes se retrouvent néanmoins dans les autres unités de vie.

La moyenne d'âge sur le site est supérieure à 51 ans. Dix personnes sont en attente d'une réorientation : sept résidents du foyer de vie vers un Fam, deux résidents du Fam vers une Mas et un résident vers un Ehpad. Les projections mettent en évidence que 57 % des résidents auront besoin d'un accompagnement renforcé en soins lié à leur vieillissement d'ici à cinq ans.

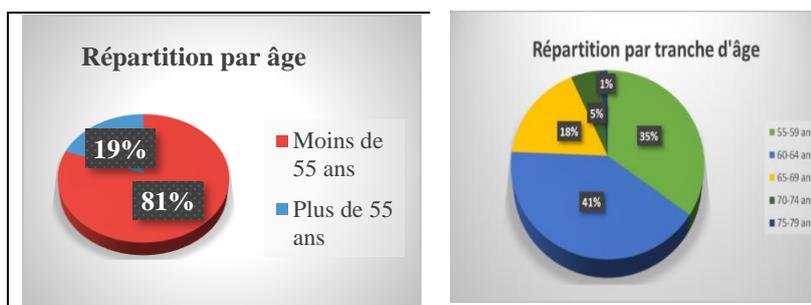
⁵⁴ Les établissements non médicalisés sont de la compétence exclusive du département, or la prise en charge du soin est une compétence financée par l'ARS.

Pour permettre aux résidents du foyer de vie de bénéficier de soins infirmiers au sein de l'établissement, le gestionnaire a signé une convention avec un SSIAD. En juin 2022, trois personnes en bénéficiaient. Pour les autres résidents les soins sont dispensés par les aides-soignants des foyers. Une personne bénéficie d'une prise en charge soutenue par le CHS.

APEI d'Aix-les-Bains

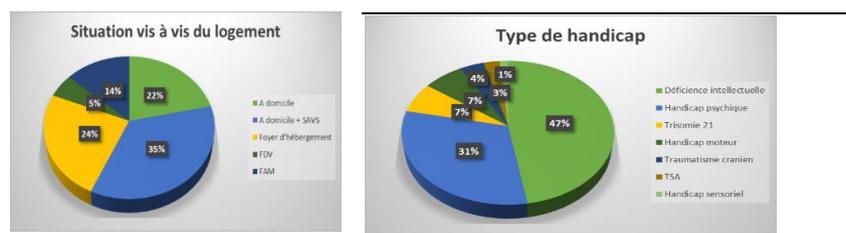
L'association a mené une étude interne en 2021 sur la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes accompagnées ou accueillies dans ses ESMS. Sur les 384 personnes concernées, 74 avaient plus de 55 ans, soit près de 20 % d'entre elles.

Graphique n° 2 : répartition par âges des personnes accueillies en 2021



Source : Apei d'Aix-les-Bains

Graphique n° 3 : répartition par type de déficience des personnes accueillies en 2021



Source : Apei d'Aix-les-Bains

L'étude conclue qu'« un accompagnement hybride mêlant soin et éducatif serait à développer dans de petites unités de vie accolées à un plateau technique important. Dans ce sens, un projet coconstruit entre ESMS et service public hospitalier semblerait adapté aux personnes handicapées vieillissantes accompagnées par l'Association. »

2 - Dans les établissements médicalisés

Les établissements médicalisés (Mas ou Fam) sont en mesure de prendre en charge les conséquences du vieillissement. Cela est d'ailleurs explicitement affirmé dans le schéma régional de santé⁵⁵. Il n'y a pas de phénomène d'éviction à 60 ans, ce que les établissements des organismes gestionnaires rencontrés ont confirmé.

En principe, les Mas accueillent des personnes un peu plus dépendantes que la population hébergée en foyer d'accueil médicalisé (Fam), mais dans la pratique, les publics peuvent être sensiblement les mêmes.

APEI de Chambéry

Le site des Noiray accueille une Mas et un Fam. Les unités du Fam pour personnes vieillissantes sont dans la Mas afin de mutualiser le matériel et le personnel. La Mas a budgété plus de temps d'aides-soignants et d'infirmiers pour les PHV, sans crédits supplémentaires.

Le projet d'accompagnement à la fin de vie

La Mas s'est inscrite dans un projet d'accompagnement à la fin de vie afin d'éviter les transferts vers l'hôpital lorsque la prise en charge médicale devient plus lourde. Une dizaine de personnes ont été accompagnées depuis 2019. En lien avec le CREAL, le projet prévoit la réalisation d'un guide de bonnes pratiques sur l'accompagnement à la fin de vie. Une convention a par ailleurs été signée en 2020 avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CHMS. Elle prévoit que l'EM assiste l'équipe soignante de la Mas auprès des résidents en fin de vie par du conseil, du soutien et de l'accompagnement. Elle contribue par ailleurs à la formation pratique et théorique des équipes et à la diffusion des bonnes pratiques.

Les équipes des foyers non médicalisés ont plus de difficultés à s'inscrire dans la démarche d'accompagnement à la fin de vie encore insuffisamment développée dans les établissements médico-sociaux du handicap.

APEI d'Aix-les-Bains

Au sein du Fam, la moitié des résidents est là depuis plus de 25 ans. L'accompagnement de leur avancée en âge limite fortement l'accompagnement éducatif au profit du nursing et des soins, ce qui alourdit et transforme les prises en charge et ralentit la dynamique de vie de groupe pour l'ensemble des résidents.

⁵⁵ « Les MAS et les FAM sont en mesure de prendre en compte les besoins liés à l'avancée en âge. »

C - Le difficile accès aux ESMS en cours de vie

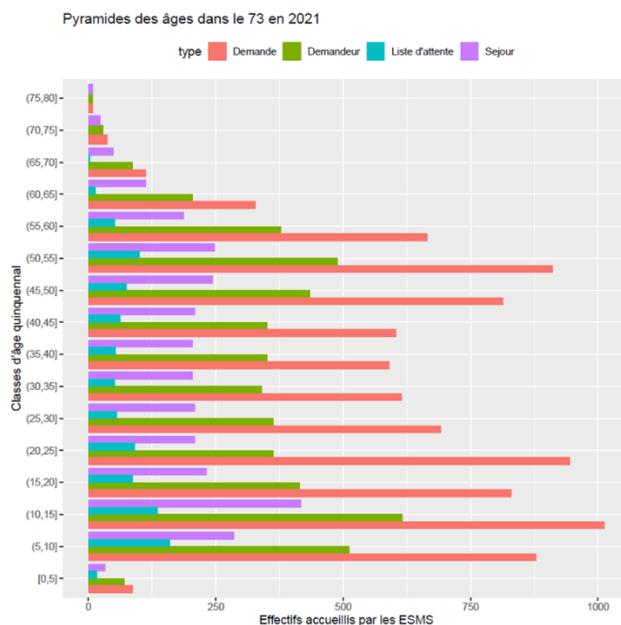
En Savoie, il n'y a aucune barrière d'âge indiquée dans les notifications de la MDPH pour l'entrée en ESMS, toutefois, pour les personnes de plus de 65 ans qui font une première demande, la CDA prononce des refus d'orientation et précise, en commentaire de la notification, que la personne relève d'un établissement PA.

Dans les faits, les personnes de plus de 55-60 ans qui ne sont pas déjà accueillies en ESMS intègrent très difficilement un établissement du secteur handicap. Cette question est particulièrement prégnante :

- pour des personnes avec un parcours résidentiel au domicile de leurs parents quand les aidants sont en difficulté ou disparaissent ;
- pour les personnes avec un handicap acquis (AVC, cérébrolésés, sclérose en plaque, ...) en sortie d'hospitalisation ou de SSR ;
- pour les personnes qui ont connu un parcours d'hospitalisation de longue durée en secteur psychiatrique.

Le graphique ci-dessous montre un pic de demandes entre 45 et 60 ans qui peut s'expliquer par les situations décrites ci-dessus.

Graphique n° 4 : pyramide des âges des demandes, des demandeurs et des séjours en cours au 31 décembre 2021



Source : Cour des comptes (données ViaTrajectoire)

L'ARS ne dispose pas de données chiffrées sur les personnes maintenues en SSR ou en hospitalisation de longue durée mais elle signale la création de deux habitats inclusifs visant à permettre la sortie d'hospitalisation de personnes cérébrolésées.

D - Un accueil significatif et dispersé des PHV en Ehpad

Qu'elles aient connu un parcours de vie à domicile ou en établissement, les personnes en situation de handicap avançant en âge peuvent être accueillies en Ehpad, soit sur des places classiques, soit sur des places fléchées « handicap », lesquelles peuvent être regroupées ou non dans des unités dédiées. Cet accueil n'est pas soumis à une décision d'orientation préalable de la MDPH.

Les Ehpad sont destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans. Celles qui souhaitent y être accueillies avant cet âge, ce qui est souvent le cas des personnes porteuses de handicap, doivent en principe bénéficier d'une dérogation délivrée par le conseil départemental. En Savoie celle-ci n'est plus un préalable nécessaire. Les établissements procèdent à une évaluation de la situation de la personne, avec, s'ils le souhaitent, le soutien d'un médecin du département ou de la MDPH, et décident eux-mêmes des admissions, ce qui va dans le sens d'une plus grande fluidité, souplesse et autonomie.

Au 31 décembre 2021, 173 personnes handicapées bénéficiaires de l'aide sociale⁵⁶ étaient accueillies dans 65 Ehpad. Leur moyenne d'âge était de 72 ans, très inférieure à la moyenne d'âge en Ehpad (86 ans et quatre mois en 2015⁵⁷). La répartition entre les hommes et les femmes était respectivement de 49 et 51 %. Seules neuf personnes avaient moins de 60 ans. Aucune information n'est disponible sur leur parcours de vie.

Tableau n° 22 : âge des PHV résidant en Ehpad

	Nombre	Pourcentage
> 50 ans	1	1 %
50/59 ans	8	5 %
60/69 ans	54	31 %
70/79 ans	75	43 %
>79 ans	35	20 %
Total	173	100 %

Sources : données MDPH 73

⁵⁶ Seules les personnes en situation de handicap bénéficiaires de l'aide sociale accueillies en Ehpad peuvent être identifiées dans les bases de données du département. Une quarantaine d'autres PHV pourrait être concernée selon le département.

⁵⁷ La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad, Cour des comptes, février 2022.

Les deux unités PHV en Ehpad jouent pleinement leur rôle. L'Ehpad l'Arbé qui dispose d'une unité de 12 places accueillait 11 personnes et l'Ehpad Notre Dame qui dispose de 16 places en accueillait 20. L'unité gérontopsychiatrique qui dispose de 24 places accueillait huit PHV. Les 134 autres résidents en Ehpad étaient répartis dans 62 établissements, dont 28 hors département, représentant 40 résidents. 34 personnes (soit 25 %) étaient accueillies dans six Ehpad de centres hospitaliers, dont 20 à Chambéry, soulignant l'importance de ce type d'Ehpad dans l'accueil de personnes porteuses de handicap.

On recense par ailleurs 23 PHV en résidence autonomie et 16 en unités de soins de longue durée (USLD)⁵⁸.

Tableau n° 23 : répartition des PHV dans les Ehpad du département

Nombre d'établissements	Nombre de résidents PHV	Nombre de PHV
9	1	9
11	2	22
10	3	30
2	4	8
1	5	5
1	20	20
34		94

Source : données MDPH 73

La bonne appréhension des profils de personnes porteuses de handicap qui peuvent être accueillies en Ehpad est déterminante dans la réussite de ce mode de prise en charge. Le parcours de vie, notamment résidentiel, l'âge, le handicap, le niveau de dépendance, les besoins de socialisation et d'animation sont à prendre en compte.

Le département envisage de mener un travail sur le profil des personnes handicapées susceptibles d'être accueillies en Ehpad. Cette étude pourrait s'avérer utile pour sensibiliser les secteurs PA / PH et définir un cadre partagé.

Par ailleurs, le recours à un SSIAD en complément de la prise en charge en Ehpad est possible dans le département de la Savoie, même si sa mise en œuvre effective n'est pas évaluée et qu'il n'existe aucune donnée chiffrée. Les personnes handicapées accueillies en résidence autonomie peuvent par ailleurs bénéficier d'un SAVS. Cela reste en revanche très exceptionnel en Ehpad.

⁵⁸ Une USLD est une structure d'hébergement médicalisée rattachée à un établissement hospitalier pour personnes âgées fortement dépendantes.

L'unité gérontopsychiatrique de l'Ehpad la Centaurée

La Centaurée est un Ehpad autonome dont la direction a été confiée au centre hospitalier spécialisé (CHS) de la Savoie situé à une heure de route. Il dispose de 53 places en hébergement permanent et d'une place d'hébergement temporaire. Une unité de 24 lits est spécialisée dans l'accueil de personnes âgées de 60 ans et plus présentant des troubles psychiatriques anciens et stabilisés.

Seules huit personnes hébergées dans cette unité ont un droit ouvert à la MDPH, les autres ayant eu un parcours essentiellement sanitaire.

L'établissement ne disposant pas de psychiatre ni d'infirmier, et les personnels étant peu ou pas formés à la prise en charge des troubles psychiques et des pathologies psychiatriques, il n'est pas repéré comme unité gérontopsychiatrique à part entière. De plus, il est ouvert sur le bourg où les résidents peuvent se rendre librement. Les personnes non stabilisées ou fugueuses ne peuvent donc pas y être accueillies. Des consultations régulières sont toutefois organisées au sein du CHS qui assure le suivi psychiatrique des résidents, les prescriptions et les hospitalisations. Entre 2017 et 2021 60 % des journées d'hospitalisation des résidents de l'Ehpad ont été effectuées par les personnes accueillies au sein de l'unité, qui représentent moins de 45 % des résidents de l'établissement.

L'accompagnement de la prise en charge en Ehpad de résidents des ESMS de l'APEI d'Aix-les-Bains

En 2021, deux résidents des foyers d'hébergement ont été admis en résidence autonomie et deux autres en Ehpad. Ces admissions ont nécessité une importante préparation : recherche d'établissements adaptés, élaboration du projet personnalisé, visites d'établissements, échanges et transmissions d'informations médicales et sur les besoins, temps d'intégration, accompagnement autour des démarches administratives et financières.

L'association en tire deux observations :

- une différence d'âge d'environ 20 ans avec les résidents des Ehpad, pouvant induire un décalage de rythme de vie, de besoins quotidiens et d'envies en termes d'animation ;
- une méconnaissance du handicap par les professionnels des établissements accueillant des personnes âgées qui peuvent se sentir démunis.

Elle considère qu'il est nécessaire de préparer et soutenir chaque projet d'entrée en Ehpad, auprès du résident, de sa famille mais aussi des salariés des structures d'accueil. Pour cela, plusieurs pistes sont proposées : des formations conjointes entre les deux secteurs, gériatrie et handicap, le recours aux accueils temporaires et séquentiels, le soutien par une équipe dédiée de l'APEI pendant les premières semaines ou mois de l'admission.

Un accueil de PHV réussi en Ehpad repose donc sur quatre facteurs-clés :

- un profil adapté ;
- des Ehpad formés et ouverts à cet accueil (avec ou sans unité PHV),
- un modèle économique rénové ;
- un accompagnement en amont et en aval par les ESMS d'origine des PHV.

E - La situation particulière des travailleurs avançant en âge en Esat

Le département de la Savoie compte huit Esat pour un total de 848 places. Son taux d'équipement est de 3,90 pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans, ce qui le place légèrement au-dessus des moyennes régionale (3,54) et nationale (3,70).

Selon une étude du centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI)⁵⁹ à la demande de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, au 31 décembre 2018, 36 % des travailleurs d'Esat du département de la Savoie avaient entre 45 et 64 ans. Entre 2016 et 2018, 49 d'entre eux étaient partis à la retraite et 31 devaient prendre leur retraite entre 2019 et 2021.

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

1 - Les Esat : des établissements en mutation

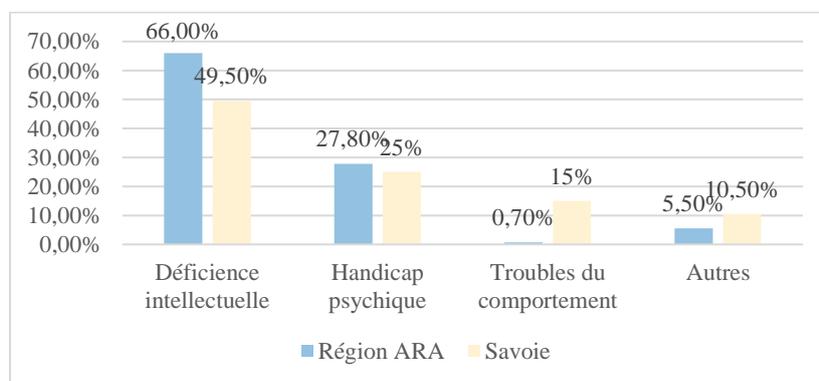
Il ressort de l'étude du CREAI que les Esat sont traversés par un triple mouvement qui doit les conduire à adapter leur organisation et leurs modes d'accompagnement :

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

⁵⁹ Sur les huit ESAT du département, sept ont répondu au questionnaire représentant 86,5 % des places.

Les personnes avec une déficience intellectuelle sont les publics traditionnels des Esat. S'ils restent très largement majoritaires au niveau national comme régional, la Savoie se situe pour sa part légèrement en dessous de 50 %. La croissance des personnes porteuses de handicap psychique qui y sont accueillies s'explique notamment par la reconnaissance de la déficience psychique en tant que handicap par la loi du 11 février 2005. Ces publics sont plus autonomes, ce qui oblige les Esat à repenser leur accompagnement, en termes d'inclusion, de continuité du parcours, de prise en charge des soins ou de formation de ses personnels.

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



Source : CREAI

Au niveau régional, 37 % des travailleurs d'Esat ont un logement individuel, 30 % sont hébergés chez un parent ou un proche et 32 % sont en foyer d'hébergement ou autre structure collective médico-sociale. C'est désormais l'habitat dans la cité qui constitue leur premier mode d'hébergement.

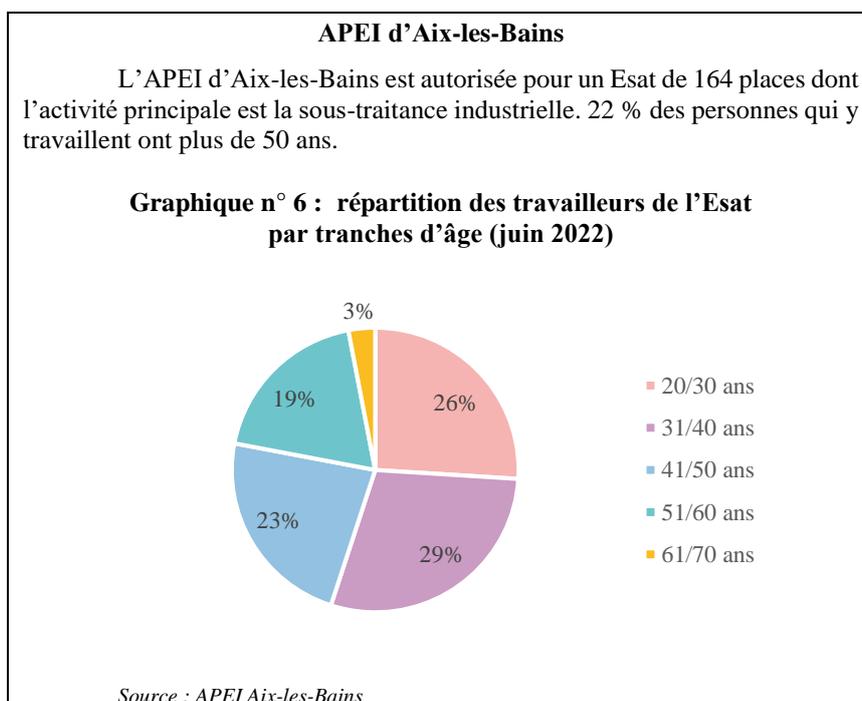
2 - L'accompagnement de l'avancée en âge des travailleurs d'Esat

Pour tenir compte de la fatigabilité des travailleurs d'Esat avançant en âge, leur temps de travail peut être aménagé, ce qui nécessite de disposer de solutions d'accompagnement pendant les périodes non travaillées.

En Savoie, en 2018, 31,5 % des personnes en Esat travaillaient à temps partiel, essentiellement pour des motifs médicaux et de fatigabilité liée au vieillissement.

Afin de couvrir le besoin d'accompagnement sur les temps non travaillés, le département de la Savoie autorise les doubles orientations permettant de bénéficier d'un Esat à temps partiel et d'un accueil de jour. Pour les personnes vivant en foyer d'hébergement⁶⁰, des solutions d'accueil en journée sont proposées grâce au financement de postes spécifiques.

Pour les établissements, la multiplication des temps partiels entraîne des difficultés d'organisation du travail de l'Esat et un alourdissement des tâches administratives (paies, congés, accompagnement, conception et suivi des projets individuels), qui n'est pas pris en compte dans leur budget médico-social, lequel est fonction du nombre de places et non du nombre de travailleurs.



⁶⁰ Le foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés propose un hébergement et un accompagnement aux adultes en situation de handicap qui exercent une activité professionnelle. Ils ne disposent pas de personnel pendant les horaires de travail des personnes hébergées

Au sein de l'Esat, l'atelier de transition Belledonne était initialement destiné aux personnes nécessitant un accompagnement de proximité à titre non permanent (accueil des stagiaires, réévaluation des compétences, révision du projet individuel professionnel, ...). Depuis 2019, face à l'augmentation des problématiques de vieillissement souvent précoce, un groupe de douze personnes fonctionne comme un accueil de jour avec des activités de loisir. Certaines personnes travaillent à temps non complet alors que d'autres ne peuvent plus du tout travailler et y sont accueillies à temps plein. Faute de places disponibles, leur réorientation vers un établissement de type FV, Fam ou SAJ n'a pas encore abouti. Les profils et les âges sont très variés, la personne la plus âgée a 62 ans, les autres ont entre 35 et 46 ans.

Face à la carence d'une offre adaptée et afin d'éviter toute rupture de parcours, le gestionnaire de l'Esat a choisi de prolonger et d'adapter l'accompagnement de ces publics en s'écartant de sa mission d'accueil de personnes en capacité de travailler. L'impact financier est triple pour l'établissement puisque, d'une part, il y consacre des moyens humains et financiers et, d'autre part il pénalise sa production et donc son budget commercial. Enfin il rémunère des personnes qui n'ont plus d'activité professionnelle. Enfin, cela embolise des places d'Esat alors que 113 personnes étaient sur liste d'attente fin décembre 2021.

3 - La sortie d'Esat

Aucune disposition ne précise une limite d'âge maximale pour l'orientation en Esat qui peut donc se poursuivre jusqu'à la retraite, tant qu'elle reste adaptée. Les travailleurs d'Esat peuvent, sous certaines conditions⁶¹, partir en retraite anticipée à partir de 55 ans. Ils peuvent aussi être réorientés vers d'autres formes d'accompagnement avant l'âge de la retraite.

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

Pour les personnes hébergées en FH, la fin du travail se traduit par une double rupture, avec l'Esat et avec le lieu de vie. En effet, les FH étant destinés à accueillir des travailleurs d'Esat, une solution d'aval doit être recherchée, en fonction du profil de la personne (EMS handicap, Ehpad, habitat accompagné). Pour les travailleurs vivant en famille, souvent chez leurs parents eux-mêmes vieillissants, l'augmentation des besoins en soins ou les difficultés des aidants peuvent nécessiter une orientation vers un foyer ou le droit commun.

⁶¹ Avoir cotisé durant un certain nombre de trimestres et justifier d'un taux d'incapacité d'au moins 50 %.

Les réorientations vers des structures médico-sociales se heurtent au manque de places en FV, Fam ou Mas. L'accueil en Ehpad ou en résidence autonomie n'est pas adapté à toutes les situations. Il suppose en outre l'adhésion à un nouveau projet de vie et nécessite un accompagnement en amont et en aval.

En Savoie, cinq places de FH ont été transformées en FV en 2018 pour tenir compte des besoins des personnes vieillissantes. Par ailleurs, la MDPH autorise et le département finance le maintien en FH de personnes retraitées dans l'attente de place dans une structure adaptée.

Dans la pratique, les foyers d'hébergement se sont organisés et s'imposent comme des établissements d'accueil pour des personnes ayant cessé leur activité en Esat et qui sont maintenues dans leur lieu de vie, pas seulement par défaut. Ils constituent un mode de logement alternatif dans une palette d'offres qui comprend le droit commun (Ehpad / résidence autonomie), l'habitat accompagné / inclusif et les établissements médicaux-sociaux plus ou moins médicalisés (foyers ou Mas). La nouvelle classification des ESMS en fait des établissements d'accueil non médicalisés (EANM) et permet de redonner de la souplesse aux gestionnaires pour adapter leur offre à la réalité du vieillissement des publics accueillis et au manque de solutions d'aval.

APEI d'Aix-les-Bains

Le FV Le soleil des cimes dispose depuis sa création d'une unité de 10 chambres pour les personnes qui ne travaillent plus. Un poste supplémentaire est financé par le département pour assurer un accompagnement en journée. Dans les faits ce sont 13 personnes sans aucune activité professionnelle qui sont accueillies, outre les personnes qui travaillent à temps partiel et qui ne bénéficient pas nécessairement d'une place dans un SAJ. L'adaptation de la prise en charge à ces nouveaux publics passe par le respect des rythmes de vie, une possibilité d'accompagnement à la toilette, l'organisation des rendez-vous médicaux, l'offre collective de repas le midi (pouvant aller jusqu'à 20 résidents certains jours) et la proposition d'activités en journée par des intervenants extérieurs.

L'accompagnement par le FH, même s'il peut être prolongé de manière dérogatoire, doit être limité dans le temps car ce type d'établissement n'est pas en mesure de prendre en charge des situations de grande dépendance ou de fin de vie. Des solutions d'aval doivent ainsi être recherchées. En 2021, deux résidents des FH ont été admis en résidence autonomie et deux autres en Ehpad. Ces solutions, qui ne répondent pas aux besoins de tous les profils, ont été rendues possibles grâce à un accompagnement en amont (co-construction d'un nouveau projet personnalisé, recherche et visites d'établissements, temps d'intégration, accompagnement dans les formalités administratives et financières) et soutien par une équipe de l'association pendant les premières semaines voire les premiers mois suivant l'admission.

L'absence de places en FH est un frein à l'entrée en Esat de personnes ne disposant pas de solution d'hébergement alternative.

APEI de Chambéry

Sur les 97 personnes accompagnées en foyer d'hébergement, 31 ont plus de 45 ans (32 %) et l'âge moyen des résidents est de 41 ans.

Le FH accueille des personnes :

- qui travaillent à temps plein au sein de l'Esat ;
- qui travaillent à temps partiel et qui sont soit accompagnées par les éducateurs du FH sur les temps non travaillés, soit bénéficient d'une orientation et d'une place en SAJ ;
- qui ne travaillent plus (ayant ou non atteint l'âge de la retraite) et qui sont accompagnées en journée par le foyer.

Un nouveau projet de vie est travaillé avec onze personnes de plus de 58 ans. Sept d'entre elles envisagent un départ au sein d'une résidence autonomie avec le soutien d'un SAVS, une souhaite rester au FH et trois autres ont des projets en lien avec leurs proches. Dix personnes ont entre 51 et 55 ans et la moitié a déjà diminué ou cessé son activité professionnelle. Pour cinq d'entre elles une orientation en FV ou en Mas sera privilégiée au regard des besoins en nursing et en soins. L'autre moitié se verra proposer un dispositif de droit commun en résidence autonomie ou en Ehpad.

Les personnes sans activité professionnelle sont le plus souvent en attente de place dans un EMS. Toutefois, selon leur niveau d'autonomie, le maintien au sein du FH, dans leur lieu de vie, est considéré par le gestionnaire comme adapté, afin d'éviter une double rupture à la sortie de l'Esat. Il doit toutefois s'accompagner d'une offre de services (temps d'animation, prise en charge du soin en journée, repas, ...) et d'un projet de vie adapté, et il ne peut s'inscrire dans une perspective d'accompagnement à la fin de vie. Il est rendu possible par de faibles listes d'attente, des solutions d'habitat accompagné étant proposées par ailleurs. Aucune entrée en Esat n'est donc bloquée par l'absence de place en foyer.

L'établissement dispose de deux infirmières qui ont un rôle de coordination des soins et peuvent apporter, ponctuellement, des soins techniques. Un médecin psychiatre prescripteur conseille l'équipe. Dans le CPOM en cours de négociation, l'association sollicite des temps de soins infirmiers et d'animation renforcés, notamment pour accompagner les publics présents en journée.

Convention de partenariat avec une résidence autonomie

Afin de favoriser l'accueil des résidents du foyer vers le droit commun, l'APEI a signé une convention avec le CCAS de Barby, gestionnaire de la résidence autonomie La Monférine, qui dispose de 42 logements.

Elle prévoit que six de ces logements sont loués à l'association (intermédiation sociale) qui assure l'accompagnement de ses ressortissants grâce à une équipe chargée de favoriser leur inclusion sociale au sein de la résidence et de développer leur autonomie. Un projet personnalisé évalué et révisable chaque année doit permettre l'accès au droit commun pour chaque bénéficiaire.

Le rapport du CREAI de 2020 portait plusieurs propositions pour adapter l'accueil en foyers d'hébergement de personne vieillissantes et pour renforcer l'offre en aval :

- développer les partenariats avec des SSIAD / SPASAD / SAMSAH pour la prise en charge des soins ;
- créer des équipes mobiles de médicalisation pour maintenir les personnes dans leur lieu de vie ;
- diversifier les modes d'habitat inclusif : studios tremplins, habitat partagé, logement individuel diffus dans la cité avec un accompagnement en SAVS / SAMSAH ;
- développer les partenariats avec les Ehpad ou initier des projets d'Ehpad PHV.

L'ARS précise que les orientations régionales suite à ce rapport sont en cours de construction et devront également être cohérentes avec les directives nationales.

III - Un empilement peu lisible des dispositifs de traitement des situations complexes

Plusieurs dispositifs sont destinés à traiter des situations les plus complexes, soit pour trouver des solutions de prise en charge, soit pour assurer leur coordination. Leur empilement et la complexité de leur articulation les rend difficilement lisibles par les publics concernés comme par les professionnels.

Les dispositifs d'accompagnement

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

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

- organiser des solutions concrètes répondant aux aspirations des personnes en situation de handicap et leurs aidants en première intention dans le droit commun ;
- repérer les personnes sans solution pour leur proposer des réponses concrètes dans le cadre d’un plan d’actions coconstruit avec les acteurs du territoire et en premier lieu les associations de représentants des personnes en situation de handicap ;
- être un levier d’innovation et de transformation de l’offre de droit commun et spécialisée, en initiant des solutions nouvelles pour les besoins non couverts et en tant que force de proposition auprès des institutions.

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

La communauté rassemble autour d’un organisme porteur qui emploie des conseillers en parcours, les acteurs du territoire qui s’engagent collectivement à lever les freins et mettre en œuvre des actions concrètes pour fluidifier les parcours en utilisant, en premier ressort, des solutions du droit commun. Joignable grâce à un numéro vert, la communauté 360 offre plusieurs niveaux de réponse. Le premier est de type informatif et peut concerner tous sujets, le deuxième nécessite une réponse coordonnée sur le parcours, le troisième concerne l’identification d’un besoin non couvert sur le territoire pour lequel l’équipe devra coconstruire une réponse *ad hoc*.

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

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

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

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

Si la plupart de ces dispositifs sont présents en Savoie, ils bénéficient à un nombre réduit de situations et, en pratique, ils ont surtout concerné les plus jeunes, peu de PHV en ayant bénéficié.

L'ARS, le département, le rectorat, la MDPH, la caisse d'allocations familiales (CAF), la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la mutuelle sociale agricole (MSA) ont signé le 19 mars 2021 une convention partenariale relative à la réponse accompagnée pour tous. Les organismes

gestionnaires sont très présents dans les groupes opérationnels de synthèse. Les personnes accompagnées sont globalement jeunes. Au 1^{er} février 2022, sur les 46 PAG en cours de suivi, en cours d'élaboration et en passe d'être clôturés, seules deux situations concernaient des personnes de plus de 45 ans (48 et 55 ans, porteuses de handicap psychique et en quête d'un accueil adapté).

Le faible nombre de situations suivies s'explique principalement par deux raisons. D'une part la volonté des acteurs de rechercher et de trouver des solutions sans avoir recours à un PAG, et d'autre part les difficultés de la MDPH à consacrer des moyens pour faire face à cette mission. Trois assistants de service social et un référent PAG (représentant 3.5 ETP) sont dédiés à l'évaluation des demandes des personnes handicapées formulées à la MDPH, dont un spécifiquement pour l'enfance. Le suivi du PAG est assuré par un coordonnateur de parcours extérieur à la MDPH (familles, professionnels des ESMS, représentants légaux...).

La « communauté 360 » est effective depuis le 25 janvier 2021. Elle est portée par deux associations, l'APEI de Chambéry et Accueil Savoie Handicap et co-pilotée par la MDPH qui ne peut toutefois recevoir aucun financement de l'ARS. Le numéro vert est à disposition des personnes handicapées et de leurs aidants sept heures par jour du lundi au vendredi. Pour sa première année de fonctionnement, les demandes sont encore peu développées avec 505 appels reçus. 121 ont été pris en charge et 50 personnes ont été accompagnées, dont 26 de 45 à 93 ans. Pour ces dernières, dix appels émanaient de la personne concernée, treize d'un aidant et trois d'un partenaire. Ces demandes ont pu conduire à des réorientations vers les services concernés (MDPH, CLIC, assistant social de secteur...), des prises de contact avec les services d'accompagnement ou les partenaires déjà impliqués. Des contacts avec le service accueil de la MDPH ont concerné les demandes de renouvellement de droits. Une situation isolée et non repérée a nécessité d'identifier les partenaires à mobiliser (MAIA, service hygiène et santé, livraison de repas, protection juridique, ...), de les mettre en lien et d'accompagner le démarrage de la prise en charge.

**Tableau n° 24 : demandes exprimées auprès de la communauté
360 par les plus de 45 ans.**

Demandes exprimées	Nombre	Réponses apportées
Renseignement COVID 19	2	Transmission des numéros verts d'appuis : info COVID
Informations administratives	10	Information sur les droits et services existants et mise en relation
Accès à la santé	4	Réorientation vers le service concerné
Accompagnement à domicile	5	
Aide aux aidants	6	Information sur lieux de vacances adaptés ou établissements proposant de l'accueil temporaire. Point sur les droits ouverts MDPH.
Urgence sociale	4	
Soutien psychologique	4	Transmission numéro vert d'écoute des personnes isolées de plus de 50 ans
Besoin d'accueil en établissement	2	
Emploi	1	
Autre	1	

Source : MDPH 73

Les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) sont au nombre de quatre. Ils couvrent l'ensemble du territoire, mais concernent essentiellement les jeunes. Seul le PCPE *Le chardon bleu* porté par Espoir 73 prend en charge des adultes. Il a suivi 11 personnes en 2021, dont huit porteuses d'un handicap psychique et cinq de plus de 45 ans. Les deux motifs de suivi sont l'accompagnement à domicile dans l'attente d'une réponse dans un établissement adapté et l'anticipation pour éviter les ruptures de parcours. Leur déploiement reste toutefois fragile, en raison de la configuration montagnarde du département qui peut entraîner de longs déplacements, dans un contexte de pénurie de la ressource humaine et de fortes augmentations du coût de l'énergie.

Le déploiement du DAC est prévu pour juillet 2022.

Le département et la MDPH considèrent que la RAPT a permis de faire évoluer les pratiques professionnelles et d'apporter des solutions concrètes. L'arrivée des « communautés 360 », encore mal repérées et peu utilisées, n'apporte selon eux pas de réelle plus-value dans la gestion des situations complexes.

L'ARS considère, quant à elle, qu'elles apportent une réponse inconditionnelle et de proximité aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants grâce à un numéro de téléphone unique⁶², et que le niveau d'implication des organismes gestionnaires y sera plus important, grâce à des moyens financiers complémentaires. Elle estime en outre qu'elle n'a pas vocation à traiter des situations individuelles et qu'elle pourra donc s'appuyer sur les « communautés 360 ».

Pour les personnes handicapées et leurs aidants, ces dispositifs restent complexes à appréhender.

⁶² 0 800 360 360

CONCLUSION

Les parcours résidentiels des PHV peuvent prendre diverses formes, à domicile comme en établissement.

Le sous-accompagnement à domicile s'explique à la fois par un manque de places (en SAVS, SAMSAH et SSIAD) et par des tensions sur l'emploi.

L'habitat inclusif est encore peu développé dans le département mais l'expérience d'habitat accompagné menée par l'APEI de Chambéry montre qu'il a toute sa place dans l'offre d'hébergement des PHV.

Les personnes ayant vécu en établissement avant de connaître les effets du vieillissement sont exposées à des risques de rupture, en raison des spécificités liées à leur prise en charge et du manque de fluidité des parcours dû à l'insuffisance de places en établissements et de solutions d'aval adaptées et diversifiées.

Si près de 200 savoyards en situation de handicap sont accueillis en Ehpad, cette solution ne peut être réservée qu'à des profils adaptés. De nombreux freins viennent en limiter l'accès et les expériences menées par des gestionnaires du secteur du handicap montrent toute l'importance des accompagnements en amont comme en aval.

La situation des travailleurs d'Esat est particulièrement préoccupante tant dans la prise en compte de leur avancée en âge qu'au moment de leur sortie. Leur maintien en Esat à temps partiel, voire même sans plus aucune activité professionnelle, nécessite un accompagnement sur les temps non travaillés. Pour ceux logés en FH, la recherche d'un nouvel hébergement se heurte au manque de places en EMS et à la difficulté d'accès au droit commun. Leur maintien dans ces foyers pourrait toutefois être rendu possible par la nouvelle classification des ESMS qui en fait des établissements d'accueil non médicalisés (EANM), sous réserve de la modification des arrêtés d'autorisation et de la cohérence avec les projets d'établissement.

Chapitre IV

La prise en charge du soin

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini trois formes de vieillissement⁶³ :

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

Les personnes en situation de handicap sont concernées par les trois types de vieillissement et leur espérance de vie est en outre fortement conditionnée par leur possibilité d'accéder à des soins, et par la qualité et l'adaptation des prises en charge médicale. Or, plusieurs études⁶⁴ ont mis en évidence leurs difficultés d'accès aux soins tout au long de leur vie, qu'elles vivent à domicile ou en établissement⁶⁵. Les raisons en sont multiples : conditions socio-économiques défavorables, problèmes d'accessibilité, absence de prise en charge adaptée ou politiques des établissements pour les personnes accueillies en institutions. Sont particulièrement concernés les soins somatiques courants (dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) ainsi que la prévention et le dépistage des cancers.

⁶³ Typologie reprise dans *le vieillissement des personnes handicapées mentales*, G. Zribi.

⁶⁴ « Accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap en France : une exploration de l'enquête Handicap-Santé-Ménages », *L'accès aux droits et aux soins des PSH et des personnes en situation de précarité*, P. Denormandie et M. Cornu Pauchet, juillet 2018.

⁶⁵ Le baromètre de l'accès aux soins HANDIFACTION montre ainsi que 15 % des PSH ont eu des difficultés d'accès à un soignant au troisième trimestre 2021.

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

Afin d'accompagner leur avancée en âge, les politiques publiques de santé doivent donc promouvoir :

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

I - La stratégie de l'agence régionale de santé Auvergne Rhône Alpes

A - Les orientations du projet régional de santé

Le PRS s'est fixé comme objectifs de :

- mettre en place une politique de prévention en faveur des personnes en situation de handicap ;
- développer une stratégie de promotion de l'activité physique dans les établissements médico-sociaux ;
- développer le lien entre les structures de santé (établissements de soins, services de soins et de réadaptation, professionnels de santé libéraux, ...) et le monde de l'activité physique et du sport par la poursuite du développement de dispositifs type "plateformes sport-santé", destinées aux personnes en situation de handicap vivant à domicile, sur tout le territoire ;
- inciter les établissements et services médico-sociaux à développer des actions d'information et d'éducation à la santé, notamment en matière d'addictions et de sexualité ;

- améliorer l'accès au dépistage organisé des cancers en sensibilisant les établissements et services médico-sociaux (y compris ceux intervenant au domicile) et les personnes elles-mêmes ;
- poursuivre la promotion de la santé bucco-dentaire dans les établissements médico-sociaux.

Pour faciliter l'accès aux soins, il prévoit de :

- faciliter l'accueil des personnes en situation de handicap dans les structures de droit commun (établissements de santé et secteur sanitaire ambulatoire), y compris la psychiatrie ;
- structurer la prise en charge somatique des personnes en situation de handicap par le développement de consultations spécialisées (type Handiconsult) ;
- inciter l'articulation entre les établissements/ services médico-sociaux et les dispositifs mobiles de soins.

L'agence a par ailleurs signé la Charte Romain Jacob⁶⁶ en février 2016 qui vise à promouvoir l'accès aux soins des personnes porteuses de handicaps.

B - Les actions mises en œuvre

En 2021, l'agence a financé, au titre de la prévention, sur le fonds d'intervention régional (FIR)⁶⁷, le comité départemental de sport adapté de Savoie pour des personnes en situation de handicap mental ou psychique à hauteur de 14 k€.

Sur la période 2016/2018, elle a financé à hauteur de 1,3 M€ pour l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes, un projet de prévention des cancers, notamment par le dépistage organisé des cancers du sein et colorectal (50-74 ans). En Savoie, le projet a été porté par l'UDAPEI. Il s'agissait de sensibiliser tous les ESMS du département (Fam, Mas, Esat, SAVS, SAMSAH) ainsi que les acteurs du domicile et d'apporter les informations adaptées auprès des personnes en situation de handicap grâce à différents outils pédagogiques.

⁶⁶ Charte rédigée en 2014 sous l'égide de l'association *Handidactique*. Elle prévoit 12 recommandations pour un meilleur accès aux soins des personnes vivant avec un handicap. Les signataires s'engagent notamment à promouvoir la fédération des acteurs pour répondre aux besoins liés à l'accès aux soins et à promouvoir la sensibilisation des acteurs du soin et de l'accompagnement aux personnes handicapées.

⁶⁷ Le fonds d'intervention régional (FIR) finance des actions et expérimentations validées par les ARS en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion et la sécurité sanitaire.

En 2022, l'agence a lancé une étude régionale sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap afin de dresser un état des lieux et de proposer des axes d'amélioration pour répondre aux besoins non couverts, dans la perspective de la révision du schéma régional de santé en 2023.

II - Un accès aux soins à améliorer

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

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

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

A - Une offre de soins spécialisés limitée sur le territoire de la Savoie

1 - Des consultations spécialisées

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a inscrit dans les CPOM des établissements de santé de la région l'objectif de favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Il n'existe pas de consultation hospitalière spécialisée en Savoie, toutefois le dispositif Handiconsult du centre hospitalier Annecy Genevois (CHANGE) situé en Haute-Savoie est accessible aux savoyards. Il a accueilli et soigné 781 patients en 2019 (dont 6,4 % venant de Savoie). Parmi eux, 126 avaient plus de 60 ans, soit 16 % des patients de la file active. Sur les 1 399 prises en charge correspondantes, 101 concernaient des savoyards, soit 7,2 %. Les spécialités médicales proposées concernent

les soins buccodentaires, l'ophtalmologie, l'épileptologie, les plâtres de posture, la dermatologie, l'oto-rhino-laryngologie (ORL), la gynécologie, la clinique du positionnement, la douleur, la médecine physique et de réadaptation.

Le centre hospitalier métropole Savoie (CHMS) a mis en place un accompagnement en soin des personnes en situation de handicap (médecine générale, consultation douleur, buccodentaire, gynécologie, cardiologie, bilan sanguin, ophtalmologie, imagerie) pour tous types de handicaps. Des infirmiers référents handicap sont là pour faciliter le soin des personnes handicapées. Ils s'occupent de prendre les rendez-vous, accompagnent les personnes et font le lien avec les différents partenaires médicaux et paramédicaux. Parmi la population accueillie, l'hôpital déclare que les porteurs de déficiences intellectuelles sont les plus représentés. En 2021, 28 % des patients pris en charge avaient plus de 60 ans. L'hôpital dispose également d'une unité d'accueil et de soins pour personnes sourdes (UASS).

Le centre hospitalier spécialisé de la Savoie (CHS) qui dispense des soins en santé mentale a mis en place une ligne d'écoute et d'orientation en santé mentale pour faciliter le lien et l'accès aux structures (hors cadre de l'urgence) : orientation des professionnels ou du grand public et accès aux droits concernant les dispositifs de soins du territoire.

Il dispose par ailleurs d'une consultation bucco-dentaire ouverte à des personnes en situation de handicap non hospitalisées et suivies en ambulatoire. Elle est ouverte au handicap psychique, polyhandicap, troubles du développement intellectuel et TSA. L'établissement déclare que la population accueillie est majoritairement porteuse de handicap psychique, mental et psychomoteur. Elle y consacre 1,7 ETP⁶⁸.

Concernant la santé orale, de manière éparse et sur l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes, des professionnels libéraux interviennent auprès d'EMS handicap, dans le cadre de contacts pris directement avec les établissements. Le réseau de santé buccodentaire (RSBDH) effectue également des soins sur les huit départements, avec un financement de l'ARS de 1,7 M€.

⁶⁸ 0,4 ETP de chirurgien-dentiste, 0,8 ETP d'IDE, 0,4 ETP d'AMA et 0,1 ETP de coordonnateur.

La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Savoie finance des conseillers accompagnement santé qui aident et orientent dans le parcours de soins.

L'ARS considère que des besoins non couverts sont clairement identifiés en santé orale. La formation des professionnels est jugée insuffisante, seule la faculté d'odontologie de Clermont-Ferrand proposant un diplôme universitaire en soins spécifiques. Les autres disciplines médicales les plus demandées sont l'ophtalmologie, la dermatologie et la gynécologie.

2 - Des équipes mobiles

Les équipes mobiles offrent des réponses adaptées aux besoins tant des établissements que des personnes à domicile. Elles peuvent réaliser des diagnostics et des accompagnements, voire de la coordination. Elles sont toutefois insuffisantes pour absorber l'ensemble des besoins du territoire.

L'équipe mobile géronto-psychiatrique (EMGP) portée par le CHS de la Savoie est composée d'une équipe pluriprofessionnelle (avec des temps de psychiatre, cadres de santé, infirmiers, secrétariat). Elle s'adresse aux personnes âgées, à leurs proches et à l'ensemble des acteurs de la gérontologie du secteur de Chambéry, Maurienne et avant pays savoyard. Ses missions sont : le dépistage précoce et l'amélioration de la prise en charge des sujets âgés, l'aide au diagnostic et à la décision pour les thérapeutiques, la diffusion des connaissances, la mise en place des réseaux sanitaires et sociaux, le soutien aux familles et aux équipes sanitaires et médico-sociales, la formation et l'information, le conseil, l'évaluation des situations et orientation, l'intervention au domicile du patient.

En 2021, elle est intervenue à domicile dans 59 % des cas et en établissements (41 %) et présentait une file active de 416 patients pour 1 547 actes. 42 % des personnes suivies se situent dans la tranche 80-89 ans.

L'équipe mobile autisme adulte en Savoie (EMAAS) portée par le CHS de la Savoie s'adresse aux aidants et aux professionnels pour la réalisation de bilans et d'accompagnements. L'équipe s'appuie sur des relais pour accompagner le projet de vie. Elle intervient surtout à domicile. Ses interventions sont ré activables tout au long de la vie.

Interaction 73 est une équipe mobile, ouverte en 2018 et portée par la Croix rouge française. Elle est composée d'un médecin en médecine physique de réadaptation (MPR) coordonnateur (0,5 ETP), d'un ETP d'ergothérapeute, d'une assistante sociale (0,8 ETP), d'un psychologue

clinicien (0,5 ETP), d'un neuropsychologue (0,5 ETP) et d'une coordinatrice administrative (0,75 ETP). Elle est structurée en une équipe mobile de suivi médico-social pour adultes cérébrolésés, une équipe mobile de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour adultes en situation de handicap et assure en outre la coordination d'un habitat partagé.

L'EM pour adultes cérébrolésés s'adresse aux adultes présentant une lésion cérébrale acquise (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, tumeur...). Pour la personne et son entourage, elle propose un suivi médico-social, dans leur milieu de vie en favorisant une continuité de la prise en charge après la phase d'hospitalisation ou de rééducation, une réinsertion familiale et le maintien à domicile, une réinsertion sociale et professionnelle. Au vu de son rapport d'activité 2021, 128 personnes ont été prises en charge, dont 79 de plus de 50 ans. La moyenne d'âge est de 54 ans. 63 % des personnes suivies ont entre 40 et 59 ans et 38 % vivent seules à domicile. Une liste d'attente a été mise en place fin 2021. Le délai d'attente pour une première rencontre est de quatre à six mois. En 2021, des crédits non reconductibles ont permis de diviser le délai entre le début du suivi et la première rencontre avec la neuropsychologue de plus de moitié (39 jours contre 94).

L'EM SSR pour adultes en situation de handicap s'adresse à toute personne adulte en situation de handicap, résidant en Savoie ou sur le territoire de Belley (Ain), aux équipes en institution, aux aidants non professionnels et aux professionnels libéraux confrontés à des problématiques de maintien ou de retour dans le lieu de vie d'une personne en situation de handicap. Ses missions d'expertise, accompagnées d'un nombre d'interventions limité à une dizaine sur le lieu de vie, sont l'évaluation des situations, les préconisations et l'aide à l'élaboration du projet de vie ainsi que l'étayage des équipes intervenant à domicile. En 2021, 76 personnes ont été prises en charge ainsi que 17 personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique (SLA). Le délai moyen entre la demande d'intervention et l'évaluation est de 51 jours et de 54 jours pour les SLA. De nombreuses interventions concernent des personnes accueillies en Mas pour des conseils techniques.

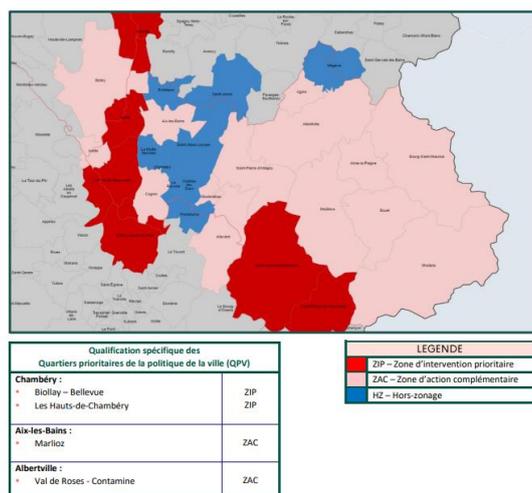
B - Une évolution défavorable de la démographie médicale

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

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

Le zonage de médecine générale est effectif depuis le 1^{er} janvier 2022. La majorité du territoire savoyard est concerné par l'une ou l'autre de ces catégories. L'accès à un médecin généraliste est déjà sous tension dans certains territoires du département.

Schéma n° 4 : zonage de la médecine générale dans le département de la Savoie



Source : ARS ARA – Guide du zonage médecine général, janvier 2022

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

Le CHMS dispose d'une cellule « sortie complexe » au sein du service d'évaluation de la qualité et des risques médico-soignants. Elle est dirigée par un médecin en charge de favoriser l'articulation entre structures sanitaires, de rééducation et médico-sociales, et avec les intervenants à domicile.

À la demande des professionnels de santé du territoire, les MAIA ou la maison des réseaux de santé de Savoie (appelés à constituer le DAC à compter de mi-2022) peuvent être sollicités pour la coordination des parcours de santé complexes.

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

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

Tableau n° 25 : le soin dans les établissements médico-sociaux

Besoins	Problématiques	Illustrations dans le panel
Équipes soignantes de l'établissement (aides-soignants et infirmiers)	Difficultés de recrutement. Turn-over important. Formations sur le soin des PHV insuffisantes.	Sur le site du Noiray (Mas et Fam) de l'APEI de Chambéry la formation à la santé orale des infirmiers n'est plus dispensée en raison du <i>turn-over</i> . APEI de Chambéry : intervention d'infirmiers libéraux pour des soins de nuit faute de pouvoir recruter des infirmiers de nuit.
Médecins traitants (salariés ou libéraux)	Démographie médicale qui rend difficile le recrutement de médecins salariés. Difficulté à trouver des médecins libéraux qui acceptent de se déplacer dans les établissements.	
Interventions de soignants (médecins de rééducation, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, etc.)	Difficulté à recruter des salariés. Difficultés pour faire venir des libéraux dans les établissements.	Des refus d'intervention de professionnels libéraux dans les établissements du panel.
Psychiatres	Démographie médicale.	L'unité géronto-psychiatrique de l'Ehpad la Centaurée n'a pas de temps de psychiatre. Le suivi est

Besoins	Problématiques	Illustrations dans le panel
		assuré par le CHS (consultations, prescriptions, hospitalisations). Sur le site du Noiray (Mas et Fam) de l'APEI de Chambéry, un poste de psychiatre est vacant depuis 3 ans. Refus de prise en charge par les médecins libéraux qui n'ont pas de disponibilités.
Campagnes de prévention et de vaccination	Repose sur la dynamique des associations pour les porter. Difficultés d'accès pour certains publics (polyhandicapés et troubles du comportement majeur).	Assez largement suivies dans les établissements. L'APEI d'Aix-les-Bains n'a pas participé aux dernières campagnes en raison du manque d'effectifs.
Consultation de spécialistes (ville / hôpital dans le droit commun ou dans des consultations spécialisées)	La nécessaire adaptation de la prise en charge des publics handicapés.	Les deux consultations spécialisées du département (CHMS et CHS pour les soins bucco-dentaires) sont très largement utilisées et appréciées comme un réel progrès.
Urgences	Pas de prise en charge spécifique pour les personnes handicapées. Délais d'attente inadaptés pour les patients et mobilisation des équipes de l'établissement.	Les personnes sont parfois laissées seules aux urgences si les familles ne peuvent pas prendre le relais. L'ARS a recensé plusieurs signalements d'événements indésirables faisant apparaître des difficultés lors d'hospitalisation en urgence de personnes en situation de handicap accueillies en structure PH (FDV/Fam/Mas).

Source : CRC sur la base des questionnaires et entretiens avec les gestionnaires du panel

Ces difficultés sont renforcées par le fait que les secteurs sanitaire et médico-social se connaissent mal. Le niveau de médicalisation ou l'absence de médicalisation des EMS sont en outre mal repérés, aussi le développement des liens avec le secteur médico-social constitue un des objectifs inscrits dans les CPOM des centres hospitaliers.

La contractualisation entre les établissements médico-sociaux et les établissements sanitaires permet de tisser et de renforcer les liens de partenariats.

L'APEI d'Aix-les-Bains

Le CHS de la Savoie et le gestionnaire ont se sont entendus en 2012 sur un guide de bonnes pratiques réciproques pour l'accompagnement des résidents des établissements présentant des troubles psychiatriques et/ou déficiences psychiques.

Une convention de 2019 organise un partenariat entre le Fam et le CHMS pour la mise en œuvre de l'hospitalisation à domicile au sein du Fam.

Afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de ville, de fluidifier les parcours, de les rendre plus protecteurs du libre choix des personnes et plus inclusifs, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a lancé un appel à candidature pour déployer le projet « Facilisoins ». Il vise à expérimenter un nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en faisant sortir du budget des EMS les soins de ville et les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux individuels) financés par l'assurance maladie dans le droit commun. Les soins de *nursing*, les activités de coordination de la prévention et des soins, l'accompagnement de la déficience et de l'autonomie resteraient pris en charge sur le budget de l'établissement dans le cadre d'un « forfait santé ». En Savoie, l'association Espoir 73, qui prend en charge des adultes en situation de handicap psychique a répondu à cet appel à candidatures.

Si l'offre de soins a progressé pour les personnes sans troubles du comportement, pour des soins somatiques programmables et à l'extérieur, des efforts restent à faire dans différents domaines :

- accueil aux urgences ;
- visites à domicile pour les soins somatiques et psychiques ;
- coordination du soin pour les situations à complexes à domicile ;
- accès au soin des personnes en établissement ou à domicile qui ne peuvent pas ou plus se déplacer ;
- accès aux soins psychiatrique ;
- prise en charge de la fin de vie.

Le renforcement des équipes mobiles rattachées à des plateaux techniques hospitaliers est particulièrement plébiscité par l'ensemble du secteur.

CONCLUSION

Le vieillissement réussi et l'espérance de vie des personnes en situation de handicap sont fortement conditionnés par la possibilité d'accéder à des soins et par la qualité et l'adaptation des prises en charge.

Les orientations du projet régional de santé portent notamment sur la prévention, sur l'information et l'éducation à la santé, l'accès au dépistage ou la promotion de la santé bucco-dentaire dans les EMS. Pour faciliter l'accès aux soins, il entend faciliter l'accueil des PH dans les structures de droit commun, développer des consultations spécialisées et inciter l'articulation entre les ESMS et les structures mobiles de soins.

L'offre de soins spécialisée dans le département de la Savoie est toutefois limitée. La démographie médicale est défavorable.

L'offre de soins a progressé pour les personnes sans troubles du comportement, pour des soins somatiques programmables et à l'extérieur. Toutefois des efforts restent à faire pour l'accueil aux urgences, les visites à domicile pour les soins somatiques et psychiques, la coordination du soin pour les situations à complexes à domicile, l'accès au soin des personnes en établissement ou à domicile qui ne peuvent pas ou plus se déplacer, l'accès aux soins psychiatrique et la fin de vie.

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
CGCT	Code général des collectivités territoriales
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
CTA	Centre territorial d'appui
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
FDCH	Fonds départemental de compensation du handicap

FIR.....	Fonds d'intervention régional
FV.....	Foyer de vie
FH.....	Foyer d'hébergement
MAIA.....	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
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
PFR.....	Plateforme d'accompagnement et de répit
PH.....	Personne handicapée
PHV.....	Personne handicapée 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
SEP.....	Sclérose en plaques
SLA.....	Sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot)
SPASAD.....	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD.....	Service de soins infirmiers à domicile
SRS.....	Schéma régional de santé
TED.....	Troubles envahissants du développement
TSA.....	Troubles du spectre de l'autisme

Annexes

Annexe n° 1 : répartition des compétences ARS / CD pour le pilotage des établissements et services médicaux sociaux pour adultes.....	114
Annexe n° 2 : ViaTrajectoire, circuit et cadencement pour la gestion des notifications.....	117
Annexe n° 3 : droits ouverts par la MDPH	118

Annexe n° 1 : répartition des compétences ARS / CD pour le pilotage des établissements et services médicaux sociaux pour adultes

Nomenclature des handicaps décret du 9 mai 2017	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement ⁶⁹	Coût annuel moyen national à la place ⁷⁰
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 €
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'Etat (complément de rémunération aux travailleurs).	14 014 €

⁶⁹ L'ARS est compétente pour la partie soins dans les établissements médicalisés.

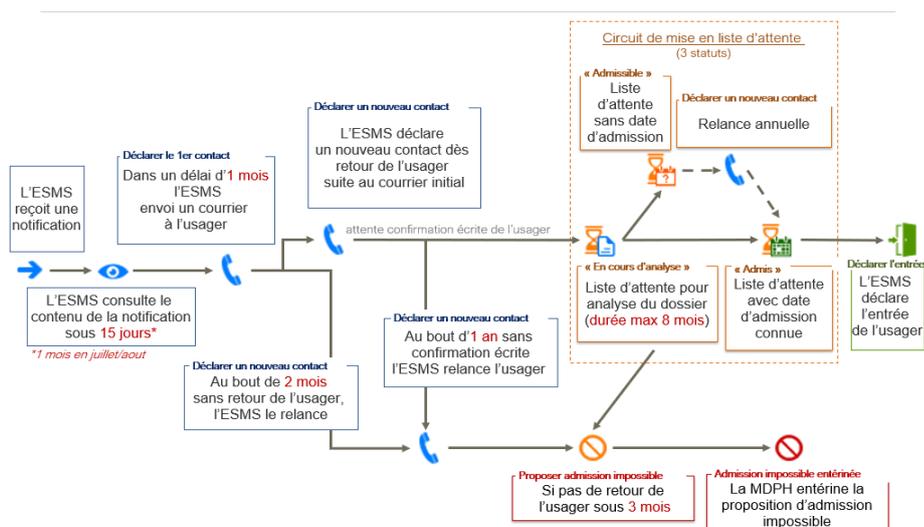
⁷⁰ Source : CNSA – Synthèse nationale des coûts à la place des ESMS entre 2017 et 2020

Nomenclature des handicaps décret du 9 mai 2017	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement ⁶⁹	Coût annuel moyen national à la place ⁷⁰
	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	Compétence exclusive CD Financement : tarif journalier fixé par le CD	7 425 €
	SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)	adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services de droit commun. La personne accompagnée vit dans un logement autonome ou en famille.	Compétence partagée ARS / CD. Financement : tarif journalier fixé par le département ; forfait soin annuel global fixé par l'ARS	17 133 €
	SSIAD (service de soins infirmiers à domicile)	Permettent aux personnes âgées malades ou dépendantes de recevoir chez elles des soins infirmiers et d'hygiène : actes infirmiers, surveillance médicale, soins d'assistance pour la toilette et l'hygiène, voire coordination de l'intervention d'autres professionnels de santé.	Compétence exclusive ARS. Soins pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.	
	SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile)	Organismes privés ou publics autorisés par le département qui interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.	Compétence exclusive CD. Financement sur la base d'un tarif horaire.	
	SPASAD (service polyvalent d'aide et de soins à domicile)	Nouvelle forme d'organisation depuis 2005 : apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins. Regroupent des services assurant les missions d'un SSIAD et d'un SAAD, favorisant ainsi la coordination des interventions autour de la personne et des différents acteurs du secteur.	Compétence partagée ARS / CD	13 523 €

Nomenclature des handicaps décret du 9 mai 2017	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement ⁶⁹	Coût annuel moyen national à la place ⁷⁰
	SAD	Conformément à l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 codifié à l'article L. 313-1-3 du CASF et applicable au plus tard le 30 juin 2023, les prestations d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile seront dispensées par des services dénommés services autonomie à domicile (SAD). Un décret devra définir le cahier des charges applicable.	En fonction des missions, compétence ARS et/ou CD.	
	Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)	Structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes. Il faut avoir au moins 60 ans et avoir besoin de soins et d'aide quotidiens pour effectuer les actes de la vie courante.	Compétence partagée ARS / CD. Tarification tripartite : hébergement (résident) dépendance (CD) et soins (assurance maladie). Le résident peut bénéficier de prise en charge du tarif hébergement grâce à l'aide sociale départementale.	42 705 €

Source : CRC Auvergne-Rhône-Alpes

Annexe n° 2 : ViaTrajectoire, circuit et cadencement pour la gestion des notifications



Annexe n° 3 : droits ouverts par la MDPH

- **Accompagnement du parcours :**

- scolaire : orientation vers l'enseignement ordinaire ou adapté, aide humaine aux élèves handicapés, octroi de matériel pédagogique adapté, aménagement des concours et examens.

- professionnel : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), orientation vers le milieu ordinaire ou protégé (Esat), formation professionnelle.

- **Allocations :**

- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et ses compléments

- Allocation adulte handicapé (AAH)

- **Orientations en établissements et services médico-sociaux du secteur enfants ou adultes**

- **Aides humaines et techniques :**

- allocation compensatrice de tierce personne (ACTP) qui a disparu mais qui continue à être versée aux personnes qui en bénéficiaient avant la réforme ;

- prestation de compensation du handicap (PCH) qui a remplacé l'ACTP : elle comprend des aides humaines, techniques, à l'aménagement du logement et animalières.

- **Carte mobilité inclusion :**

- invalidité : elle donne droit à une priorité d'accès et des avantages fiscaux ;

- priorité : donne droit à une priorité d'accès ;

- stationnement : donne accès aux places de stationnement réservées aux personnes en situation de handicap.

Dans le champ des personnes âgées, l'accès à un Ehpad ou à une résidence autonomie ne nécessite aucune orientation préalable. L'aide humaine pour les personnes dépendantes de plus de 60 ans sans reconnaissance préalable de handicap est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) octroyée par le conseil départemental.