

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

DÉPARTEMENT DE MAINE-ET-LOIRE

(Enquête relative à l'accompagnement et à la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes)

Exercices 2016 et suivants

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS	6
INTRODUCTION	ATIONS
GLOSSAIRE	9
1 CHIFFRES CLES ET ENJEUX	11
1.1 Éléments de contexte	12
1	
1.3.1 Une offre peu évolutive sur la période récente	18
2 GOUVERNANCE ET STRATÉGIE LOCALES	22
2.1 Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale de l'autonomie	26
2.2.2 La création d'un opérateur public départemental	27
2.5.2 Les relations avec les opérateurs	
3 LE PARCOURS RÉSIDENTIEL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP VIEILLISSANTES	42
3.1 Le développement des différentes formes d'accompagnement à domicile 3.2 L'accompagnement en établissement médico-social	
3.3 L'anticipation des parcours des PSHV	49
ANNEXES	53
Annexe n° 1. Données quantitatives – détail	54
Annexe n° 2. Établissements et services pour personnes en situation de handicap de Maine-et-Loire (en nombre de places d'accueil permanent) Annexe n° 3. Maison Rochas – évolution projetée de l'offre	78
d'accompagnement (en nombre de places)	79

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Pays de la Loire a procédé au contrôle des comptes et de la gestion du département de Maine-et-Loire pour les exercices 2016 et suivants. Ce contrôle est exclusivement consacré à l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes (PSHV), dans le cadre d'une enquête nationale des juridictions financières (Cour et chambres régionales des comptes).

Les personnes en situation de handicap vieillissantes (PSHV), un public encore méconnu

À défaut de données statistiques adéquates, la population des personnes en situation de handicap est le plus souvent approchée sous l'angle de la reconnaissance administrative du handicap. Ce décompte des seules personnes détentrices d'un droit actif délivré par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ne rend, toutefois, plus compte de la réalité de la population en situation de handicap au-delà de soixante ans. Passé ce seuil, l'extinction de droits à compensation en grande partie liés à l'âge ou à l'activité professionnelle conduit, en effet, à une disparition progressive des registres administratifs de la quasi-totalité des ayants droits. Les droits à la compensation du handicap des plus âgés sont, en outre, quasiment, cantonnés à ceux que leur confère une carte mobilité inclusion.

En Maine-et-Loire, les ayants droits de plus de 45 ans forment une population de l'ordre de 20 000 personnes (hors Reconnaissance de la qualité de Travailleur Handicapé [RQTH] et Carte Mobilité Inclusion [CMI]). Cette population n'est pas homogène, les septuagénaires étant 10 fois moins nombreux que les quinquagénaires. Les déficiences psychiques, intellectuelles ou motrices sont à l'origine de près de la moitié des situations de handicap, doublées de vieillissement. La résidence en établissement constitue une exception concernant moins de 5 % des ayants droits. Les plus de soixante ans ne sont plus qu'une centaine à être hébergés.

Les acteurs institutionnels ne disposent pas d'outils permettant d'identifier les risques de ruptures de parcours individuels liés à la sortie de la vie active. Un seul des gestionnaires d'ESSMS sollicité a été en mesure de présenter une démarche cohérente d'anticipation de tels risques.

Une gouvernance défaillante, faute de moyens et de lisibilité

Le département a adopté une organisation administrative intégrant une approche globale des problématiques liées à la perte d'autonomie. Cette configuration est, *a priori*, de nature à favoriser la reconnaissance des PSHV comme public spécifique, du fait de la situation de ce dernier au croisement des actions en faveur du vieillissement et du handicap.

La collectivité s'est, par ailleurs, dotée d'un opérateur œuvrant dans le champ du handicap. L'émergence de cette structure ne porte, toutefois, pas d'infléchissement stratégique des modalités d'intervention du département.

Les spécificités des besoins des PSHV et des réponses à leur apporter ont été identifiées dès 2005 et rappelées dans les orientations stratégiques successivement adoptées, depuis, par la collectivité. Pour autant, faute de cadre d'intervention approprié et de système d'information performant, la politique menée en faveur des différentes catégories de personnes en situation de handicap (PSH) n'est pas susceptible d'être évaluée. Les éléments déterminant les orientations effectivement mises en œuvre, comme le cadrage budgétaire particulièrement exigeant imposé aux opérateurs, doivent, en outre, être recherchés hors du cadre stratégique officiel.

Le département exerce une compétence exclusive sur le tiers de l'offre d'accompagnement dédiée aux adultes ; l'Agence Régionale de Santé (ARS) demeure l'autorité administrative dominante, du fait de sa compétence en matière de soins et, surtout, d'accompagnement professionnel. Le cumul courant d'activités dans différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) requiert une gestion conjointe des actes administratifs par ces deux autorités et complexifie la gouvernance des politiques publiques afférentes.

Le déploiement des outils règlementaires censés faciliter la transformation de l'offre et la fluidification des parcours individuels a pâti des retards enregistrés dans la contractualisation des relations avec les gestionnaires d'établissement. Le défaut de contrôle opéré sur ces derniers a contribué au développement de pratiques irrégulières, constatées par la chambre lors du contrôle d'un des principaux opérateurs dans le champ médico-social.

En dépit d'évolutions organisationnelles propices, le département n'a ainsi, en matière de handicap, pas pleinement joué le rôle moteur qui lui incombe en tant que chef de file de l'action sociale. Ce défaut de véritable gouvernance a privé la communauté des acteurs médico-sociaux intéressés d'outils de pilotage stratégique et opérationnel indispensables à une coordination efficace.

L'EHPAD, premier lieu d'accueil des PSHV, faute d'offre suffisante dédiée à ces derniers

La capacité d'accueil et d'accompagnement d'adultes en situation de handicap de Maine-et-Loire avoisine 4 000 places. Seul le quart de cette offre (hors aide par le travail) est dédié à l'accompagnement au domicile.

L'évolution limitée de cette offre, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, ne traduit pas une volonté ferme du département de s'inscrire dans la stratégie nationale d'adaptation de l'offre. Le développement des différents dispositifs de soutien à domicile, relativement récents, dans le champ du handicap, a été retardé par la crise sanitaire et demeure contrarié par des difficultés de recrutement de personnel ou leurs modalités de financement. Au vu des signes de tensions perceptibles, le territoire apparaît globalement sous-équipé et n'est pas en mesure de satisfaire les besoins de prise en charge des personnes en situation de handicap.

L'usage du dispositif dit de *réponse accompagnée pour tous (RAPT)* apparaît limité dans le département, voire anecdotique, s'agissant des PSHV, compte tenu du nombre de mesures d'orientation en attente de mise en œuvre. Cette situation tient à une doctrine de mise en œuvre minimaliste de la MDPH et à une communication insuffisante pour permettre aux intéressés d'en prendre pleinement connaissance et de faire valoir leurs droits. En tout état de cause, une activation plus conséquente du dispositif ne paraît pas envisageable sans un accroissement sensible de l'offre disponible.

La plupart des services intervenant à domicile exercent indifféremment leurs activités au profit des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Leur activité et, *a fortiori*, leur contribution à l'accompagnement des PSHV, demeurent, néanmoins, les moins documentées par le département.

Le département a développé une offre d'accueil propre aux personnes en situation de handicap vieillissantes ou âgées. Si elle a bénéficié d'un ajout d'une cinquantaine de places, l'offre dédiée aux seules PSHV demeure circonscrite à près de 230 places d'UPHV et UPHA¹. Cette capacité d'accueil est principalement installée en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Si elles sont officiellement autorisées à accompagner la fin de vie et en dépit du développement de cette offre, UPHV et UPHA sont, compte tenu de leur dimensionnement actuel, confinées à un rôle de solution transitoire entre les établissements médico-sociaux du handicap et du grand âge.

Le volume limité de cette offre spécifique et les retards observés dans l'adaptation de l'offre globale affecte nécessairement les capacités à offrir aux PSHV des solutions pleinement satisfaisantes et des parcours fluides. Cette pénurie alimente une concurrence dans l'accès aux prestations et le développement de pratiques informelles de recrutement échappant au contrôle des autorités administratives et défavorisant principalement les personnes résidant à domicile.

L'EHPAD constitue ainsi le premier lieu d'accueil de ce public car il héberge deux fois plus de PSHV en dehors des unités spécifiquement dédiées à ce public.

Ce phénomène, qui devrait s'amplifier, est demeuré méconnu des principaux acteurs institutionnels locaux, le nombre de résidents en EHPAD disposant d'un droit actif à la MDPH ne rendent pas compte de la situation. Cet état de fait questionne l'adéquation de l'accompagnement financier dont font l'objet les intéressés avec les droits acquis, par ces derniers, au titre de la compensation de leur handicap.

L'admission en EHPAD intervient très souvent avant l'âge de 60 ans. Pour autant, la procédure de dérogation d'âge mise en œuvre localement n'est pas juridiquement fondée. Le recueil du consentement des personnes n'est, en outre, pas encadré, ni, de fait, mis en œuvre dans des conditions susceptibles d'attester pleinement de la volonté et de la pleine information des intéressés, notamment au regard des conséquences financières supportées, le cas échéant, par ces derniers ou leurs proches.

La sollicitation des établissements pour personnes âgées permet de compenser l'insuffisance de l'offre d'accueil en établissements médicalisés pour personnes en situation de handicap. Cette situation ne fait pas l'unanimité. Néanmoins, les difficultés rencontrées par les différents publics et acteurs se côtoyant au sein d'un EHPAD sont susceptibles d'être atténuées par l'existence d'une UPHA au sein de l'établissement.

¹ Unité pour personnes âgées vieillissantes / âgées.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1. Compléter le schéma d'organisation médico-sociale afin de le mettre en conformité avec les dispositions juridiques en vigueur, comportant, notamment, les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale sur la base desquels sont accordées les autorisations d'activité (CASF, art. L 312-4, al. premier 3°).

Recommandation n° 2. Préparer, sans délai, les dispositifs évaluatifs des politiques publiques menées en faveur des personnes en situation de handicap et, en particulier, des différents publics prioritaires identifiés.

Recommandation n° 3. Au terme d'un processus de réorganisation des systèmes d'information, doter le territoire d'un observatoire du handicap.

Recommandation n° 4. Mettre en œuvre les moyens nécessaires à l'exercice d'un contrôle effectif des gestionnaires d'ESSMS accueillant des personnes en situation de handicap.

Recommandation n° 5. Évaluer la situation individuelle des résidents en EHPAD au regard de leurs droits à compensation acquis.

INTRODUCTION

Procédure

La chambre régionale des comptes Pays de la Loire a procédé au contrôle des comptes et de la gestion du département de Maine-et-Loire. Ce contrôle est exclusivement consacré à l'accompagnement et à la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes, dans le cadre d'une enquête nationale des juridictions financières (Cour et chambres régionales des comptes) sur ce thème.

Le contrôle a été notifié à Mme Florence Dabin, présidente du conseil départemental depuis 2021, ainsi qu'à Monsieur Christian Gillet, qui l'a précédée dans cette fonction, par courriers datés, respectivement, des 25 janvier et 15 février 2022.

Les entretiens de début et de fin de contrôle ont été tenus les 4 février 2022 et 9 janvier 2023 avec la présidente en exercice. Un entretien de fin de contrôle s'est déroulé, par téléphone, avec M. Gillet, le 4 janvier 2023.

Les observations provisoires ont été délibérées par la chambre le 7 février 2023 et adressées dans leur intégralité à Mme Florence Dabin, ainsi qu'à M. Christian Gillet, par courriers réceptionnés, respectivement, les 28 février et 2 mars 2023. Les observations définitives ont été délibérées par la chambre le 27 avril 2023.

Le présent rapport résulte de contributions de différentes parties prenantes de Maine-et-Loire : département et maison départementale des personnes handicapées (MDPH), agence régionale de santé, opérateurs publics ou privés, usagers ou représentants de ces derniers. Il expose les principaux éléments qu'il a été estimé souhaitable de porter à la connaissance du département. Des développements impliquant d'autres acteurs ont été conservés dès lors qu'ils facilitent la compréhension des observations visant la collectivité ou à appeler une évolution de ses pratiques. Il est précisé que la MDPH a fait l'objet d'un rapport spécifique de la chambre.

Définitions, enjeux et éléments de méthode

Le handicap est défini, au plan juridique, par toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie, dans son environnement, par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. La reconnaissance du handicap ouvre droit à la compensation des conséquences qui en découlent, dans le but de permettre le plein exercice, par les intéressés, de leurs citoyenneté et capacité d'autonomie².

 $^{^2}$ CASF, art. L. 114 et L. 114-1-1, al. premier, issu de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La dénomination administrative de « personne en situation de handicap vieillissante » (PSHV)³ désigne une personne qui a entamé ou a connu une situation de handicap avant que ne surviennent les effets du vieillissement. La situation de handicap a, ainsi, précédé le vieillissement⁴.

Pour les besoins de l'enquête, le terme de PSHV recouvre les personnes de plus de 45 ans ayant bénéficié d'une reconnaissance d'une situation de handicap avant 60 ans. Sans faire l'unanimité, cette définition et, en particulier, les seuils d'âge qu'elle comporte, demeure la plus couramment admise dans la littérature consacrée au sujet.

Les progrès médicaux et l'amélioration générale des conditions de vie ont permis de rapprocher l'espérance de vie des personnes en situation de handicap de celle de l'ensemble de la population au cours des dernières décennies. Le processus inévitable et progressif d'altération correspondant au vieillissement demeure, toutefois, susceptible d'apparaître plus précocement chez les personnes en situation de handicap.

Ces conditions ont favorisé la croissance d'une population pour laquelle des handicaps liés au vieillissement (déficiences sensorielles, incapacités fonctionnelles) se surajoutent à l'évolution des besoins et attentes tenant à l'accroissement de difficultés ou déficiences antérieures.

Les dispositifs spécifiquement dédiés aux PSHV demeurent, toutefois, de portée limitée, ces derniers étant, le plus souvent, pris en charge par les structures médico-sociales de droit commun. Dans ces conditions, l'appréciation des mesures d'accompagnement des PSHV requiert que ces dernières soient parfois contextualisées et examinées à l'aune d'un cadre élargi à l'ensemble de la politique publique en faveur des adultes en situation de handicap.

³ L'emploi du terme administratif de « personne en situation de handicap » a été privilégié. Celui de « personne handicapée » perdure, toutefois, dans les abréviations officielles désignant des organismes, instances ou dispositifs et est susceptible, à ce seul titre, d'être employé dans les développements à suivre.

⁴ « Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie – une revue de la littérature », B. Azéma, N. Martinez, Revue française des affaires sociales, 2005/2.

GLOSSAIRE

Accueil de jour C'est un accueil d'une ou plusieurs journées par semaine, de personnes âgées ou

handicapées vivant à leur domicile. Il peut concerner des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés avec comme objectif principal de préserver l'autonomie de ces personnes et de permettre une vie à domicile dans

les meilleures conditions possibles.

AAH Allocation adulte handicapé.

Accueil familial La personne âgée ou la personne handicapée est accueillie, à titre payant, dans une

famille autre que la sienne. Il est de la compétence du conseil départemental qui délivre un agrément pour l'accueil d'une à trois personnes au maximum. Les personnes âgées qui ne veulent plus, ou ne peuvent plus rester à leur domicile, peuvent ainsi demeurer dans leur région habituelle et maintenir une vie de famille

plus conviviale que dans les institutions.

ACTP Allocation de compensation pour tierce personne. Remplacée, depuis 2006, par la

PCH, mais encore versée aux bénéficiaires de droits ouverts avant cette date.

ARS Agence régionale de santé.

CMI Carte mobilité inclusion.

EAM* Établissement d'accueil médicalisé. Nouvelle dénomination des FAM.

EANM* Établissement d'accueil non médicalisé. Nouvelle catégorie regroupant les foyers

de vie ou d'hébergement.

EHPAD* Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Structure

médicalisée qui accueille des personnes âgées dépendantes.

ESAT* Établissement et service d'aide par le travail. Il s'agit de structures de travail

adapté, dans lesquelles des personnes handicapées exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées et bénéficient d'un

soutien social et éducatif.

ESSMS Établissements et services sociaux et médico-sociaux. Structures soumises au

(ou ESMS) code de l'action sociale et des familles (CASF), catégorisés selon leurs missions :

• de prévention, de dépistage et d'accompagnement précoce ;

• d'accompagnement en milieu ordinaire de vie ;

• d'accompagnement en institution.

FAM*

Foyer d'accueil médicalisé. Ces foyers accueillent des adultes handicapés qui ont besoin d'un suivi médical régulier. Ces établissements proposent un accompagnement pour effectuer les actes essentiels de la vie courante, une surveillance médicale et une aide éducative pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie. Les FAM sont financés à la fois par l'assurance maladie et par les départements.

Foyer de vie et d'hébergement pour travailleurs handicapés*

Certains accueillent des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler, mais qui disposent d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle. Ces foyers de « vie » peuvent offrir un accueil à la journée ou à temps complet. D'autres établissements assurent l'hébergement des travailleurs handicapés exerçant une activité pendant la journée en milieu protégé ou ordinaire.

Hébergement temporaire Hébergement limité dans le temps, pour les personnes âgées dont le maintien à domicile n'est momentanément plus possible : isolement, absence des aidants, travaux dans le logement... Cet hébergement peut également être une transition après une hospitalisation et avant le retour à domicile.

MAS*

SAVS*

Maison d'accueil spécialisée. Ces établissements médico-sociaux reçoivent des adultes lourdement handicapés qui ne peuvent effectuer seuls les actes essentiels de la vie, et dont l'état nécessite le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants. Les soins ne sont pas intensifs. Il s'agit essentiellement d'une surveillance médicale régulière avec recours à un médecin en cas d'urgence et de la poursuite des traitements et des rééducations d'entretien et de soins de nursing.

MDPH Maison départementale des personnes handicapées.

PCH Prestation de compensation du handicap.

RQTH Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

SAMSAH* Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. Réalisent les missions des SAVS qu'ils complètent, le cas échéant, de soins médicaux.

Service d'accompagnement à la vie sociale. Pour les personnes adultes atteintes de déficience mentale qui vivent soit à domicile, soit dans des structures d'hébergement pour adultes handicapés (appartements privatifs et/ou thérapeutiques, maisons de ville, « maison étape ») rattachées à des établissements

d'hébergement traditionnel.

UPHA Unité pour personnes handicapées âgées.

UPHV Unité pour personnes handicapées vieillissantes.

*structures définies comme ESSMS

Source : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

1 CHIFFRES CLES ET ENJEUX

1.1 Éléments de contexte

Le Maine-et-Loire compte près de 820 000 habitants, soit plus de 20 % de la population des Pays de la Loire.

Le territoire est structuré autour de l'agglomération urbaine d'Angers, dont l'aire d'attraction concentre plus de la moitié de la population départementale, et dispose, avec Cholet, d'un centre urbain intermédiaire. Il a, néanmoins, conservé une dominante rurale : la majorité de ses communes sont qualifiées de rurales et les sols sont principalement destinés à un usage agricole. Si la plupart des équipements scolaires, culturels, sportifs sont bien répartis sur le territoire, les habitants sont relativement plus éloignés des services de santé de proximité (généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes) ou de la gamme supérieure (services d'urgence, gynécologie ou dialyse et, en particulier soins à domicile des personnes en situation de handicap).

Premier département agricole des Pays de la Loire, il en est le second sur le plan industriel. La surreprésentation d'activités à faible valeur ajoutée se traduit par une attractivité démographique et un niveau de vie inférieurs à ceux des départements voisins. Il en résulte que, bien qu'en deçà des performances régionales, les croissances économique et démographique demeurent proches des moyennes nationales.

La part du budget du département dédiée à l'action sociale est supérieure à la moyenne des départements (75 % des dépenses de fonctionnement, en 2021, contre 65 %). Selon l'INSEE, les dépenses brutes d'aide à l'accueil en établissement pour personnes en situation de handicap s'élevaient à près de 37 000 €, par bénéficiaire, en 2020, montant légèrement supérieur à la moyenne de métropole. Les dépenses de prestation de compensation du handicap (PCH et ACTP) étaient supérieures de 8 % à la moyenne (7 153 €, par bénéficiaire contre 6 608 €).

Si les Pays de la Loire affichent le taux régional d'équipement en EHPAD le plus élevé de métropole, cette même particularité se double, en Maine-et-Loire, d'un parc de résidences autonomie particulièrement étoffé (45 places pour 1 000 hab. de plus de 75 ans, contre moins de 30 en Pays de la Loire et moins de 25 à l'échelle de la métropole). Avec près de 170 places d'hébergement (EHPAD, résidences autonomie et USLD) par millier d'habitants âgés de 75 ans et plus, le Maine-et-Loire présente, ainsi, un taux d'équipement supérieur de près de 40 % à la moyenne nationale⁵.

 $^{^5}$ Moyenne nationale :121,8 $^0\!/_{00}$, fin 2020, données Score Santé. Seule la Lozère affiche un taux supérieur (plus de 190 $^0\!/_{00}$).

1.2 Les personnes en situation de handicap

La littérature spécialisée distingue trois approches permettant d'estimer le nombre de personnes en situation de handicap, selon que ce dernier soit apprécié sur la base d'une reconnaissance administrative d'un droit à compensation, de l'identification d'une limitation fonctionnelle ou de l'expression d'un ressenti par les intéressés. Selon la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2 750 000 personnes souffrent, ainsi, d'au moins une limitation fonctionnelle, dont 420 000 bénéficient d'une reconnaissance administrative, 420 000 déclarent également un handicap ressenti et 730 000 entrent dans ces trois définitions.

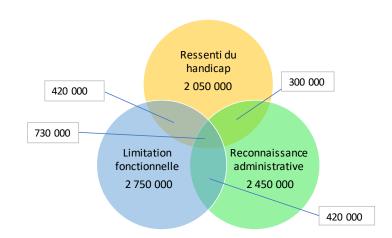


Schéma n° 1 : Superposition des approches de la population de personnes en situation de handicap

Source : INSEE, enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages. Champ : France métropolitaine et DOM, population de 20 à 59 ans, cité dans « les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2022 », CNSA

Bien que la plus restrictive, l'approche administrative repose sur l'information la mieux documentée et la plus à même d'alimenter l'étude de la population ciblée par l'enquête.

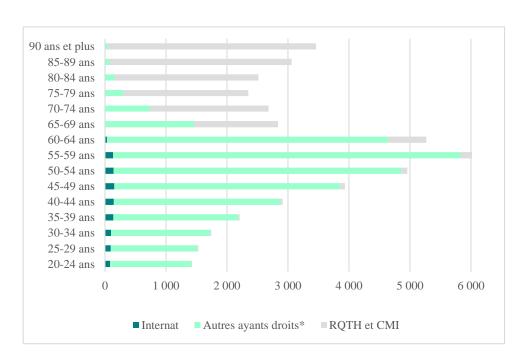
En Maine-et-Loire, plus de 50 000 personnes bénéficient d'une telle reconnaissance administrative de handicap, qui leur confère un droit à une ou plusieurs formes de compensation. Le nombre d'ayants droit âgés de 45 ans et plus approchait 40 000 individus fin 2021.

Cette population recouvre, toutefois, des situations individuelles variées, allant de la simple reconnaissance d'un statut particulier au bénéfice d'une prise en charge par un service ou établissement social ou médico-social ou de prestations financières, lesquelles alimentent autant de dynamiques collectives. Les droits des plus âgés sont, par exemple, quasiment cantonnés à ceux que leur confère une carte mobilité inclusion.

L'exclusion des personnes auxquelles a été reconnu un statut de travailleur handicapé ou d'invalide permet de recentrer l'analyse sur un échantillon plus pertinent de bénéficiaires dont les besoins de compensation (aide financière ou prise en charge en ESSMS, principalement) concentrent l'essentiel des enjeux de politiques publiques.

L'échantillon d'ayants droit ainsi obtenu comprend près de 37 000 personnes, étant précisé que ce nombre a quasiment triplé en dix ans. Il est essentiellement composé de bénéficiaires d'allocations (PCH et AAH, principalement⁶), dont l'élargissement des droits, sur la période, a alimenté la dynamique démographique.

Au sein de cette population, plus de 20 000 personnes sont âgées de 45 ans et plus. Leur nombre a également triplé entre 2011 et 2016 mais demeure relativement stable depuis cette date. Ces individus représentent près de 60 % de l'ensemble, contre les trois quarts en début de période.



Graphique n° 1 : Nombre d'ayants droit de Maine-et-Loire par tranche d'âge et type de droits

Source: CRC (données MDPH, 2021)

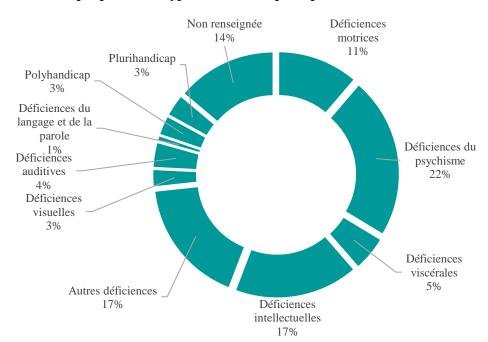
Les personnes en situation de handicap vieillissantes ne constituent pas une population homogène : les septuagénaires sont dix fois moins nombreux que les quinquagénaires. La combinaison de l'extinction des prestations financières conditionnées à l'âge et de la sortie de la vie active aboutit à un effet de seuil, situé autour de 60 ans, marqué par une quasi-extinction du nombre d'ayants droit.

Les personnes ayant bénéficié d'une reconnaissance d'un handicap avant soixante ans tendent ainsi à disparaître des registres administratifs au gré de l'extinction de leurs droits à compensation. Au-delà de ce seuil d'âge autour de 60 ans, le décompte des seules personnes bénéficiaires d'un droit actif ne rend ainsi plus compte de la réalité de la population en situation de handicap.

⁶ Prestation de compensation du handicap et allocation adulte handicapé.

Ce reflux démographique masque l'existence d'une population de personnes âgées de plus de soixante ans, susceptibles de bénéficier d'autres aides du département, sous conditions de ressources personnelles ou des obligés alimentaires. Le département n'est pas en mesure d'identifier et de quantifier cette population d'ayants droit potentiels. La chambre a constaté que plusieurs centaines de résidents en établissement pour personnes âgées ont bénéficié de la reconnaissance d'un handicap avant 60 ans, alors que la MDPH estime le nombre de ces personnes à près de quatre-vingt. Cet écart questionne nécessairement les modalités d'attribution de l'aide sociale à l'hébergement aux personnes en situation de handicap accueillies en EHPAD.

La moitié des ayants droit sont, à titre principal, affectés par des déficiences psychique, intellectuelle ou motrice.



Graphique n° 2: Type de déficience principale en Maine-et-Loire

Sources: CRC (données CNSA, avr. 2022, retraitements par la Cour des comptes)

Plus de 95 % des adultes en situation de handicap vivent à domicile ou sont hébergés par des proches. Ces proportions sont accentuées avec l'avancée en âge, l'accueil permanent, temporaire ou en journée, en établissement pour personnes en situation de handicap constituant une exception réservée à 1 % des personnes âgées de plus de 60 ans. De la même manière, l'analyse fondée sur la seule population des ayants droit recensés par la MDPH est biaisée par la prise en charge d'individus en dehors des dispositifs dédiés aux personnes en situation de handicap précédemment évoqués.

1.3 La capacité d'accueil des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour adultes

Le Maine-et-Loire dispose, à ce jour, de près de 3 800 places d'accueil et de prise en charge en établissements et services destinés aux adultes en situation de handicap⁷. S'y ajoutent 94 places d'accueil familial et social, dont 11 dédiées aux seules personnes en situation de handicap. Le solde de ces places d'accueil familial et social se répartit, indifféremment, entre les personnes âgées ou en situation de handicap.

Tableau n° 1 : Capacité d'accueil par type de structure et champ de compétence administrative (en nombre de places d'accueil permanent)

	ARS	ARS & département	Département
Établissements ou services d'aide par le travail (ESAT)	1 448		
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	428		
Établissements d'accueil médicalisés (EAM)		284	
Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)		169	
Unités pour personnes handicapées âgées (UPHA)			167
Unités pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV)			64
Établissements d'accueil non médicalisés (EANM)			845
Section annexe d'ESAT			21
Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)			400
SAVS renforcés			9
Logement accompagné			3
Lieux de vie et d'accueil			7
Total	1 876	453	1 516

Source : département

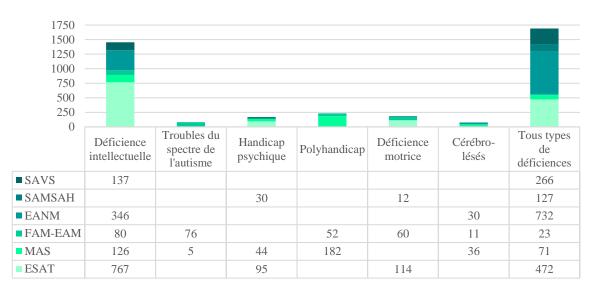
Seules 231 places d'UPHV et UPHA sont exclusivement dédiées aux personnes en situation de handicap vieillissantes. L'existence de telles unités au sein d'établissements accueillant d'autres publics constitue une particularité du Maine-et-Loire. Cette forme d'accueil est très majoritairement localisée en EHPAD⁸.

En dehors du champ spécifique au handicap, les établissements de santé et médico-sociaux de Maine-et-Loire dédiés aux personnes âgées (EHPAD, résidences autonomie et unités de soins de longue durée) accueillent également des personnes ayant bénéficié d'une reconnaissance de handicap avant 60 ans. Un recensement effectué en 2019 permet d'estimer à près de 700 le nombre de résidents entrant dans un tel cas de figure. Près de 500 PSHV seraient, ainsi, accueillies dans des établissements pour personnes âgées en dehors des structures qui leur sont spécifiquement dédiées (UPHV et UPHA). Le Maine-et-Loire paraît se distinguer des autres départements par une poursuite de parcours en EHPAD plus importante.

⁷ Détail en Annexe 3

⁸ 65 places d'UPHV (et 13 en projet, fin 2022) et 167 d'UPHA (15 projetées). Il s'agit d'unités dédiées non définies au niveau national et réglementaire. L'usage de ces termes peut varier entre départements et parfois même au sein du département de Maine-et-Loire.

Les ESSMS sont, le plus souvent, autorisés à prendre en charge tous les types de déficience. Seuls une dizaine de gestionnaires affichent des spécialités expressément identifiées⁹. La capacité de prise en charge de déficiences intellectuelles (près de 40 %) apparaît, dans ces conditions, potentiellement porteuse d'un décalage entre les besoins estimés des populations ciblées et les réponses apportées. La vérification de cette hypothèse nécessiterait, toutefois, une amélioration de la collecte des informations.



Graphique n° 3 : Offre médico-sociale par spécialité¹⁰ (en nombre de places autorisées)

Source: CRC (données FINESS)

NB : le fichier FINESS peut présenter des écarts avec les données du département.

1.3.1 Une offre peu évolutive sur la période récente

La capacité d'accueil et d'accompagnement (hors ESAT) a été majorée d'une soixantaine de places entre 2015 et 2021, soit une progression de 2,5 % ¹¹. Cette progression est sensiblement inférieure à celle du nombre d'ayants droit précédemment exposée (soit près de 1 500 adultes).

L'accueil permanent représente les deux tiers de l'offre. Cette proportion est demeurée inchangée sur la période. L'accueil temporaire représente moins de 4 % de l'offre d'accueil. L'offre de service est demeurée en deçà du quart de l'ensemble.

Le projet de restructuration de la Maison Rochas constitue, par son ampleur et son contenu, un cas isolé.

-

⁹ Parmi les 10 principaux gestionnaires, un seul conserve des spécialités explicites.

¹⁰ Au sens du CASF, art. D. 312-0-3.

¹¹ Le nombre de places en ESAT est, par ailleurs, demeuré inchangé. Cf. annexe.

L'offre spécifiquement dédiée aux PSH vieillissantes a été, en grande partie, construite antérieurement à la période examinée. Elle a été augmentée d'une cinquantaine de places, soit une progression de plus d'un quart, principalement en UPHA.

Le projet de restructuration de la Maison Rochas

Cette opération constitue le plus important projet de transformation de l'offre en Maine-et-Loire. Elle porte sur un site comprenant une maison d'accueil spécialisée (MAS), un foyer d'accueil médicalisé (FAM) ainsi qu'un accueil de jour en établissement non médicalisé.

Le projet a été initié à la suite d'une inspection des lieux menée conjointement par l'ARS et le département, en 2010. Il est demeuré sans suite durant plusieurs années, du fait principalement d'oppositions locales au déplacement géographique de l'établissement initialement envisagé. La cession, à la Mutualité française Anjou-Mayenne (MFAM, entretemps intégrée à VYV3), des autorisations d'activité jusqu'alors détenues par l'association ALPHA a permis, en 2018, de relancer le projet pour une mise en service envisagée, à ce jour, pour 2024.

À ce stade, une réduction de plus de 10 % de la capacité d'accueil globale du site est envisagée (74 places, à terme, contre 83, avant restructuration)¹². Néanmoins, le projet a été conçu dans une approche en file active¹³. La douzaine de places d'accueil temporaire devrait, selon l'opérateur, permettre d'accompagner une soixantaine de personnes, contre moins d'une trentaine avant restructuration. La création d'une équipe mobile vise, par ailleurs, l'accompagnement d'une quarantaine de personnes supplémentaires. Au total, la capacité d'accompagnement projetée à ce stade devrait être portée à 170 personnes, contre 108 actuellement, soit un accroissement de plus de 50 %.

Les moyens mobiles ont, en outre, vocation à desservir un territoire rural de plus de 18 000 habitants et, notamment, plusieurs sites d'habitat inclusif susceptibles d'accueillir 16 personnes.

Les investissements étaient, fin 2022, chiffrés par l'opérateur à une douzaine de millions d'euros, financés, principalement, par recours à l'emprunt (10 M€). Il a, en l'état, été rejeté par le département, faute de justification de certains coûts. Le projet ne mentionne aucun accompagnement spécifique en lien avec le vieillissement des usagers.

¹² Cf. Annexe.

¹³ La file active correspond à l'ensemble des personnes vues au moins une fois pendant l'année de référence, quels que soient le nombre et la durée de la prise en charge. Une personne ayant bénéficié de plusieurs séjours en accueil temporaire n'est comptabilisée qu'une seule fois.

1.3.2 Un taux d'équipement inférieur à la moyenne

La capacité de prise en charge globale est de l'ordre de cinq places pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans, dont 3,5 places en établissements et 1,5 places en services d'accompagnement (données 2020).

Cette offre est inférieure de près de 15 % à celle constatée en métropole (5,75 places), étant précisé que cet écart s'est sensiblement creusé.

La capacité d'accueil des seuls établissements médicalisés est devenue inférieure à la moyenne. Cette situation tient, principalement, à une carence ancienne de places en foyers d'accueil médicalisés, que l'effort consenti, inférieur à celui entrepris à l'échelle nationale, n'a pas permis de combler. Ces carences en établissements médicalisés paraissent tenir aux réticences de certains opérateurs médico-sociaux locaux à s'engager sur ce segment d'activité¹⁴.

La capacité d'accompagnement des SAVS et SAMSAH représentait moins de 30 % de l'offre totale, fin 2020, en léger retrait par rapport au début de la période examinée. Cette proportion, comme l'évolution qui lui est associée, sont proches des tendances observées à l'échelle nationale.

1.3.3 Une offre en tension

Les données du système d'information des MDPH font état d'une capacité de prise en charge des personnes en situation de handicap insuffisante, à l'échelle nationale, pour satisfaire les besoins identifiés : seules 60 % des orientations en ESSMS prononcées par les MDPH sont, globalement, mises en œuvre, le degré de médicalisation affaiblissant sensiblement ces chances de concrétisation.

De telles tensions sur l'offre sont perceptibles en Maine-et-Loire. Moins d'une prestation impliquant des soins à domicile accordée sur quatre y est suivie d'effets, cette proportion approchant une sur deux s'agissant des services sans soin ou des orientations en EAM (ex FAM). Le cas particulier des ESAT paraît, selon un opérateur local, davantage traduire des tensions sur certains métiers auxquels les demandeurs aspirent à accéder que tenir à une insuffisance de l'offre disponible.

.

¹⁴ Désormais dénommés « établissements d'accueil médicalisés », les FAM ont été instaurés, en 1986, sous l'appellation de « foyers à double tarification », pour relancer, grâce au partage des coûts entre départements et ARS, le développement d'une capacité d'accueil des adultes gravement handicapés, jusqu'alors cantonnée aux seules MAS. Les limites de ce modèle ont été exposées dès 1993 par les juridictions financières (cf. Cour des comptes, rapport annuel).

Tableau n° 2 : Taux de mise en œuvre des demandes d'entrée en ESMS (nombre de séjours / nombre redressé de demandeurs)

	France	Maine- et-Loire
Ensemble ESSMS	60%	58%
<u>Établissements d'accueil</u>	<u>65%</u>	<u>66%</u>
dont médicalisés	61%	64%
dont EAM (ex FAM)		54%
dont MAS		65%
dont non médicalisés	69%	63%
<u>Services à domicile</u>	<u>41%</u>	<u>38%</u>
dont SAMSAH	29%	23%
dont SAVS	45%	45%
<u>E.S.A.T.</u>	<u>70%</u>	<u>57%</u>

NB: Compte tenu des précautions méthodologiques inhérentes à ces calculs, ces situations sont, selon toute vraisemblance, plus dégradées que ne le laissent transparaître les résultats obtenus.

Source: Cour des comptes (données SI MDPH, Viatrajectoire)

Les données disponibles ne permettent pas de considérer les admissions dans des établissements médico-sociaux extérieurs au Maine-et-Loire comme jouant un rôle majeur dans la compensation de l'insuffisance de l'offre. La MAS de Mortagne-sur-Sèvre (Vendée), qui accueille, notamment, des personnes atteintes de la maladie de Huntington, est tenue de réserver 30 % de sa capacité d'accueil (25 places) à des résidents en provenance de Maine-et-Loire. A contrario, ce dernier département dispose, près d'Angers, de structures médicalisées spécialisées dans l'accueil de cérébrolésés accueillant une population provenant, en partie, de départements voisins. Avec moins d'une dizaine de cas, le département n'est pas, par ailleurs, significativement concerné par le phénomène d'exil en Belgique.

Le sous-dimensionnement de l'offre de prise en charge se manifeste principalement par un allongement global des délais de mise en œuvre des orientations en ESMS.

Concernant les orientations en ESMS décidées par la MDPH qui ont été suivies d'effets, les délais moyens de mise en œuvre sont, globalement, passés de 10 mois à plus d'un an et approchent 18 mois, s'agissant des établissements médicalisés¹⁵. Cet allongement tendanciel a touché toutes les catégories d'établissements et de services, à l'exception des établissements non médicalisés. Dans ce dernier cas, la tendance baissière observée traduit, selon le département, une occupation incomplète des lieux d'accueil et, dans une moindre mesure, une meilleure fluidité des parcours des publics concernés, plus aptes, par exemple, à un retour en milieu ordinaire. La crise sanitaire limite, toutefois, l'analyse d'un phénomène, dont il est trop tôt pour distinguer la part relevant d'un caractère ponctuel de celle imputable à un changement durable de comportement des usagers.

.

¹⁵ Ces délais ne comprennent pas les délais entre le dépôt de la demande et la décision de la CDPAH. Pour connaître le délai total de mise en œuvre, il conviendrait d'additionner ces deux délais. La MDPH séquence les deux étapes et n'a pas été en mesure de produire des statistiques sur le délai total.

Toutefois, les délais de mise en œuvre des orientations en ESMS ne rendent qu'imparfaitement compte de la réalité, du fait de la proportion de décisions non suivies d'effet. Selon la MDPH, une admission en EAM (ex FAM) nécessite, à titre d'illustration, plusieurs années d'attente.

Ces délais effectifs exercent un effet fortement dissuasif sur les demandes et propositions d'orientation vers les catégories d'établissement sous tension. Les PSHV peuvent ainsi être tentées ou incitées à opter pour une admission vers les établissements pour personnes âgées plus rapidement accessibles. Cette alternative contrainte introduit un biais supplémentaire dans la mesure des délais d'attente à l'entrée en établissement pour adultes en situation de handicap.

En outre, ces mêmes délais indicatifs ne tiennent pas compte des modalités d'accompagnement effectivement mises en œuvre. Les orientations vers les catégories d'établissement les plus en tension paraissent, de plus en plus, emprunter la voie de l'accueil de jour. Les outils de gestion ne permettent pas de mesurer l'ampleur prise par de telles solutions provisoires, souvent moins satisfaisantes.

À défaut de places immédiatement disponibles dans les établissements pour adultes, les jeunes en situation de handicap peuvent voir prolonger leur accueil au sein d'un établissement pour enfants et jeunes majeurs au-delà de leur vingtième année. Dès lors que de telles situations relèvent de prises en charge inappropriées, le nombre de ces dérogations individuelles, accordées au titre de dispositions dites « amendement Creton »¹⁶, et son évolution constituent un indicateur indirect, mais communément admis, des tensions pesant sur l'offre d'accueil.

En dépit de la création d'une trentaine de places visant à réduire le nombre de situations relevant de l'amendement Creton, le département fait état d'un triplement, en six ans, des cas recensés par la MDPH sur son territoire, lesquels approcheraient la centaine, toutes orientations confondues. Confirmant l'accentuation des tensions pesant sur l'ensemble de l'offre d'accueil des publics adultes, cette tendance éloigne le territoire des objectifs ciblés par la stratégie nationale d'évolution de l'offre médico-sociale mise en œuvre dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » 17.

Bien que le département s'en défende, la tendance à prioriser l'accueil des publics plus jeunes, également observée à l'échelle nationale, accroît les difficultés à orienter ou maintenir les PSHV dans les structures d'accueil pour personnes en situation de handicap. De fait, cette situation rend l'accès de ces derniers aux structures médicalisées dans ce même secteur inenvisageable.

¹⁶ L'amendement « Creton » permet le maintien dans un établissement pour enfants handicapés de jeunes adultes ayant atteint l'âge limite pour lequel leur établissement est autorisé, dans l'attente d'une place en structure pour adultes. (Source : DREES)

¹⁷ La stratégie adoptée en 2016 au titre de la politique nationale en faveur du handicap visait, en particulier, à abaisser de 20 % par an le nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE _

En Maine-et-Loire, le nombre d'ayants droit à une forme de compensation officielle d'un handicap identifiés par la MDPH approche, depuis plusieurs années, 50 000 personnes, dont plus de 35 000 sont âgés de plus de 45 ans. Les déficiences psychiques, intellectuelles ou motrices sont à l'origine de près de la moitié des situations de handicap doublées de vieillissement. Les droits des plus âgés sont quasiment cantonnés à ceux que leur confère une carte mobilité inclusion.

Les PSHV bénéficiant des politiques menées localement en faveur du handicap (c'est-à-dire les ayants droit hors RQTH et CMI) forment une population de l'ordre de 20 000 personnes. Cette population n'est pas homogène et décroît fortement avec l'avancée en âge, les septuagénaires s'avérant près de 10 fois moins nombreux que les quinquagénaires.

Moins de 5 % des PSHV résident en établissement d'accueil pour personnes handicapées ; les plus de soixante ans ne sont plus qu'une centaine à être hébergées dans ce type de structure et autant à être accompagnées par un service intervenant à domicile.

La capacité d'accueil et d'accompagnement de personnes en situation de handicap de Maine-et-Loire avoisine 3 800 places dédiées aux adultes, dont plus de 1 400 relèvent d'un accompagnement professionnel en ESAT. Seul le quart de cette offre (hors aide par le travail) est dédié à l'accompagnement au domicile.

L'évolution, limitée, de cette offre, tant sur le plan quantitatif que qualitatif ne traduit pas une volonté ferme du département de s'inscrire dans la stratégie nationale d'adaptation de l'offre. Le projet de reconstruction de la Maison Rochas constitue, de ce point de vue, un cas non représentatif de la tendance observée localement.

Au vu des signes de tensions perceptibles, le sous-équipement relatif du territoire ne permet pas de satisfaire les besoins de prise en charge des personnes en situation de handicap.

Si elle a bénéficié d'un ajout d'une cinquantaine de places, l'offre dédiée aux seules PSHV demeure circonscrite à près de 230 places d'UPHV et UPHA. Le volume limité de cette offre spécifique et les retards observés dans l'adaptation de l'offre globale affecte nécessairement les capacités à offrir à ce public des solutions pleinement satisfaisantes et des parcours fluides.

Les personnes ayant bénéficié de la reconnaissance d'un handicap avant 60 ans sont deux fois plus nombreuses en établissement pour personnes âgées qu'en structure pour personnes en situation de handicap. L'EHPAD constitue, ainsi, le premier lieu d'accueil des PSHV.

2 GOUVERNANCE ET STRATÉGIE LOCALES

À l'instar des autres politiques sociales décentralisées, l'action en faveur des personnes en situation de handicap fait intervenir, à différents titres, quatre principaux types d'acteurs : État, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale et gestionnaires d'établissements ou de services. En dépit de la création des MDPH, groupement d'intérêt public associant les différents acteurs institutionnels, le secteur du handicap voit également intervenir de nombreuses instances d'études, de travail, de concertation ou de coordination (conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, commission régionale de coordination des politiques publiques, conférence régionale de la santé et de l'autonomie, CLIC, MAIA, CREAI¹⁸, communauté 360, etc.).

La définition d'orientations stratégiques, la délivrance aux ESSMS d'autorisations d'activité, la gestion des financements et les contrôles découlant de ces différentes missions incombent aux agences régionales de santé ou/et aux départements.

Les politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap distinguent les problématiques et dispositifs propres à l'enfant de ceux dédiés à aux populations adultes. Les ARS sont seules compétentes en matière d'accompagnement des enfants et d'insertion professionnelle des adultes. Les actions à destination des adultes en situation de handicap relèvent, quant à elles, de la compétence du département, sous réserve des prérogatives des autorités sanitaires.

Depuis 1986¹⁹, la définition et la mise en œuvre de la politique d'action sociale incombe aux départements, dans la limite des compétences de l'État, des autres collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale. Les départements sont également tenus d'assurer l'organisation de la participation des autres acteurs à la définition des orientations ainsi que la coordination des actions menées sur les territoires de leurs ressorts respectifs²⁰. Les départements assurent, par ailleurs, la tutelle administrative et financière des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Ces dernières organisent, depuis 2006, les travaux de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)²¹ seule instance compétente pour la reconnaissance administrative d'une situation de handicap ouvrant droit à une forme de compensation et pour l'orientation des intéressées vers un établissement ou service social ou médico-social (ESSMS).

Au total, la mise en œuvre des seules actions de compensation du handicap implique, en Maine-et-Loire, une vingtaine de catégories d'organismes (autorités sanitaires, établissements de santé, collectivités territoriales, institutions sociales et médico-sociales, etc.) et leurs éventuels démembrements (maisons de l'autonomie, CCAS, etc.). La seule catégorie des institutions médico-sociales compte près d'une trentaine d'acteurs gestionnaires d'une centaine d'établissements et services dédiés aux adultes en situation de handicap.

¹⁸ Respectivement Centre local d'information et de coordination, Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie et Centre régional d'études, d'actions et d'informations.

¹⁹ Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, art. 2.

²⁰ CASF, art. L. 121-1, al. 1 et 2.

²¹ Les CDAPH sont issues de la fusion des commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP).

L'ampleur des enjeux, tant humains que financiers, et la multitude des intervenants confèrent une importance particulière à l'association des différentes parties prenantes (autorités de planification, financeurs, opérateurs et usagers) à la définition comme à la conduite de cette politique publique.

Le département de Maine-et-Loire a choisi d'inscrire son action médico-sociale dans une logique de convergence de la prise en charge des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Cette orientation a donné lieu à l'adaptation des cadres stratégique et organisationnel mis en œuvre.

2.1 Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale de l'autonomie

Les départements sont tenus d'établir des schémas d'organisation sociale et médico-sociale pour les établissements et services relevant en tout ou partie de leurs compétences. Ces schémas sont adoptés par le conseil départemental, après concertation avec les services compétents de l'État et avis du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie.

Le contenu de ces schémas est prévu par la loi. Ces documents doivent, ainsi, permettre d'apprécier les besoins des populations ciblées, l'offre médico-sociale existante et déterminer, en conséquence, les perspectives et objectifs de développement de cette dernière²². Ces objectifs sont opposables aux ESSMS, lors de la délivrance d'autorisations d'activité par les autorités compétentes.

Les documents directeurs successivement adoptés par la collectivité ont, au moins depuis 2005, abordé la question du vieillissement des personnes en situation de handicap.

Ainsi, le schéma en faveur des enfants et adultes handicapés sur la période 2005-2009 identifiait déjà la spécificité des besoins de ce public et des réponses à leur apporter. Il en énonçait les grandes problématiques et posait des principes d'action toujours d'actualité : repérage et approche préventive des risques de rupture, notamment pour les personnes vivant à domicile, construction par les intéressés de projets de vie privilégiant l'inclusion, l'adaptation, la transformation et la diversification des réponses institutionnelles existantes, la coordination en réseau des acteurs permettant la mise en œuvre de parcours individuels décloisonnés, le soutien quotidien et occasionnel apporté aux aidants, etc.

Un schéma unique des orientations stratégiques poursuivies dans les différents champs d'intervention sociale et médico-sociale a été adopté en décembre 2010. Au sein de ce document, à visée plus globale, les problématiques propres à l'avancée en âge des personnes en situation de handicap ont, nécessairement, perdu en visibilité.

Recentré sur l'autonomie, le schéma adopté en décembre 2016 a renoué avec une approche par type de public. Les personnes en situation de handicap vieillissantes ont, ainsi, été explicitement identifiées comme l'un des quatre groupes prioritaires de la stratégie départementale dans ce domaine²³, compte tenu de l'intensité et des spécificités des besoins et de la nécessité de fluidifier l'ensemble des parcours des intéressés.

 $^{^{22}}$ CASF, art. L. 312-4 et L. 312-5. La programmation pluriannuelle des ESSMS à créer, transformer ou supprimer peut faire l'objet d'une annexe.

²³ Avec les jeunes en situation d'amendement Creton et les personnes porteuses de polyhandicap ou soufrant de trouble du spectre autistique.

Il était ainsi fait état de premières adaptations de l'offre d'accueil déjà mises en œuvre par plusieurs gestionnaires, dans des structures devant faire face à l'évolution des populations prises en charge. Était également affirmé un objectif d'adaptation de l'offre départementale, dans une double logique de parcours et de territoire, requérant la transformation de places ou la réorientation de financements départementaux. Le développement des places d'UPHV en constituait l'illustration la plus manifeste.

La description des besoins et de la capacité d'accompagnement existante ne comportait, toutefois, aucune information relative aux différentes déficiences présentées par les personnes accompagnées.

Sur le fond, il appartenait au conseil départemental, de préciser l'adaptation souhaitée de l'offre locale existante au vu des orientations arrêtées au plan national. Cette stratégie nationale reposait sur une mobilisation plus importante des dispositifs et moyens financés par les départements.

Stratégie nationale d'évolution de l'offre médico-sociale 2017-2021

La transformation de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap correspond à toute action visant à la rendre plus inclusive, plus souple et plus adaptée à la prise en compte des situations individuelles, notamment complexes dans un objectif de fluidification des parcours

Ce processus constituait un élément central de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » et était assortie, à ce titre, d'une enveloppe budgétaire de 160 M€ (hors outre-mer), répartie, à parts égales, en deux volets quantitatif (augmentation du nombre de places dans les territoires en tension) et qualitatif (adaptation du contenu des dispositifs mis en œuvre).

Le cadre stratégique arrêté ambitionnait de porter à 50 % la part des services dans l'offre médico-sociale à l'échéance 2022 et de réduire, chaque année, de 20 % le nombre d'adultes maintenus en ESSMS pour enfants²⁴. En Pays de la Loire, l'ARS a fixé un objectif moins ambitieux de 30 % de services.

S'agissant, plus spécifiquement, des personnes en situation de handicap vieillissantes, ce cadre exposait deux solutions alternatives tenant, l'une, à l'ouverture au handicap des EHPAD, établissements censément médicalisés, mais dont la vocation première est davantage d'apporter des réponses aux problématiques attachées au grand âge, l'autre, à une médicalisation étendue des structures spécialisées dans la prise en charge des personnes en situation de handicap²⁵.

.

 $^{^{24}}$ Note complémentaire à l'instruction n° 2016-154 du 21 octobre 2016 – fiche annexe « indicateurs de suivi de la recomposition de l'offre médico-sociale.

²⁵ Circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016, dont l'annexe 9 constitue, de fait, une référence centrale en matière d'accompagnement des PSHV.

L'adoption du schéma autonomie antérieurement à la définition du cadre stratégique national n'a, certes, pas permis au département de se positionner sur les modalités de son engagement dans ces deux orientations possibles en matière de transformation de l'offre.

Pour autant, en dépit de l'intention affichée de s'inscrire dans cette dernière démarche structurante, cette absence d'orientation claire n'a pas été comblée lors de la définition, trois ans plus tard, des lignes directrices en matière d'accompagnement du handicap.

Dans ses réponses aux observations provisoires, le département affirme s'être « positionné par rapport à cette stratégie » mais que les indicateurs qui en sont issus ne lui sont pas opposables et qu'il ne peut lui être reproché de n'avoir pas calqué précisément son action sur ce cadre national. La chambre observe que la stratégie adoptée par le département ne comportait aucun objectif chiffré. Les outils de pilotage prévus par le schéma (fiches actions et tableaux de bord), qui avaient vocation à combler ce déficit d'information n'ont, en outre, pas été mis en œuvre. La transformation de l'offre envisagée en Maine-et-Loire n'a pas fait l'objet de la programmation requise.

Les difficultés à mesurer les besoins médico-sociaux et leur satisfaction sont, certes, évoquées de longue date et de façon récurrente, tant à l'échelle local qu'au plan national.

Pour autant, les données chiffrées illustrant les points de tension sur l'offre (proportion d'orientations demeurées sans effet ou délais de mise en œuvre de ces mêmes solutions) auraient permis d'objectiver utilement les performances ciblées en 2016, d'estimer les éventuels moyens supplémentaires à déployer et de mesurer les avancées obtenues.

Ce défaut d'objectifs a privé le schéma de 2016 d'éléments indispensables au pilotage et à l'évaluation de la politique menée en faveur des personnes en situation de handicap, en général, et des publics prioritairement ciblés, en particulier, parmi lesquels figurent les PSHV.

Cette imprécision du cadre stratégique local tenait à des réticences à exposer, *a priori*, l'absence de perspectives d'évolutions significatives de l'offre, compte tenu des orientations budgétaires adoptées et mises en œuvre par le département. De même, si ce dernier n'a pas affiché de préférence entre les deux orientations définies au niveau national, les éléments disponibles indiquent que l'accueil des PSHV en EHPAD constituait, bien avant l'adoption du schéma, la principale solution mise en œuvre, de fait, pour compenser l'insuffisance de l'offre d'accompagnement du handicap.

Le schéma départemental adopté en avril 2023 a confirmé les PSHV en tant que population prioritaire. L'insuffisance de l'offre et ses conséquences (risques de rupture de parcours pour ces derniers et augmentation du nombre de jeunes adultes maintenus dans des dispositifs propres à l'enfant) sont plus explicitement mentionnées. Il est également fait état d'inégalités territoriales, le nord-ouest du département, cas extrême, étant, ainsi, dépourvu de toute place en UPHV ou UPHA. Ce schéma conclut à la nécessité de poursuivre le développement de l'offre dédiée à ce public.

Le schéma de 2023 prévoit d'accroître l'offre de 120 places en cinq ans, l'effort budgétaire requis étant estimé à 6 M€. La répartition de cette capacité d'accompagnement supplémentaire entre catégories d'établissements et de services n'est, toutefois, pas détaillée, laissant persister la méconnaissance des dispositions juridiques précédemment exposées.

Si des indicateurs de suivi et critères d'évaluation des actions ont, par ailleurs, été définis, ce cadre stratégique n'a pas été assorti d'objectifs chiffrés.

La chambre maintient, par conséquent, sa recommandation visant à mettre le schéma d'organisation médico-sociale en conformité au droit et de doter le département d'un cadre stratégique propice à l'évaluation de la politique publique dans laquelle s'inscrit globalement l'action en faveur des personnes en situation de handicap et, plus spécifiquement, celle dédiée aux publics prioritaires identifiés.

Recommandation n° 1. Compléter le schéma d'organisation médico-sociale afin de le mettre en conformité avec les dispositions juridiques en vigueur, comportant, notamment, les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale sur la base desquels sont accordées les autorisations d'activité (CASF, art. L 312-4, al. premier 3°).

Recommandation n° 2. Préparer, sans délai, les dispositifs évaluatifs des politiques publiques menées en faveur des personnes en situation de handicap et, en particulier, des différents publics prioritaires identifiés.

2.2 Aspects organisationnels

2.2.1 La création d'une Maison départementale de l'autonomie (MDA)

Afin de faciliter le rapprochement de leurs moyens affectés à l'accompagnement de la perte d'autonomie, les départements ont la faculté de regrouper leurs services dont l'activité est dédiée aux personnes âgées ou en situation de handicap.

Les structures administratives résultant d'un tel regroupement, dénommées « maisons départementales de l'autonomie » (MDA), englobent des services du département et de la MDPH. Les maisons de l'autonomie ne sont pas dotées de la personnalité juridique, mais d'un simple label délivré par la CNSA au vu de prescriptions règlementaires. La création d'une MDA présente un caractère facultatif²⁶.

Le département de Maine-et-Loire a été l'un des premiers départements à se doter d'une MDA. Cette dernière est hébergée dans des locaux, inaugurés en 2013, distincts des autres services de la collectivité.

Dans cette architecture organisationnelle, la MDA assure la gestion des droits des usagers, correspondant, schématiquement, à la demande de prestations destinées à ces derniers (attributions d'aides et orientations vers des établissements d'accueil ou des services à domicile).

.

²⁶ CASF, art. L. 149-4.

Les services administratifs à vocation sociale du département assurent, pour leur part, les autres missions incombant directement à la collectivité ou à l'exécutif de cette dernière, qui tiennent, par exemple, à l'élaboration des schémas médico-sociaux ou à l'encadrement de l'activité des établissements et services prenant en charge les personnes en situation de handicap. Ces services assurent, ainsi, la gestion de l'offre médico-sociale du territoire (autorisations, tarification, contrôles).

La direction des services constituant la MDA est assurée par la directrice de la MDPH, sous l'autorité du directeur général adjoint chargé des services administratifs à vocation sociale du département.

Cette configuration de l'administration départementale occasionne, parfois, des confusions entre MDPH et MDA.

L'appréciation des avancées obtenues grâce à ce schéma organisationnel en matière d'accueil des publics ciblés par les actions dédiées à l'accompagnement de la perte d'autonomie n'entre pas dans le cadre du contrôle de la chambre.

Les services administratifs associés à la gestion de l'offre et de la demande médico-sociales entretiennent des relations nécessairement régulières. Cette collaboration ne repose pas, toutefois, sur un projet commun formalisé. Il s'ensuit que la documentation exploitée par la direction générale expose des informations limitées à l'illustration des volumes d'activité respectifs des différents services (nombre d'ayants droit, de places d'hébergement ou de services...). Ces ordres de grandeur ne permettent pas de relater les conséquences résultant, pour les usagers, d'éventuelles inadéquation entre l'offre et la demande, ni de proposer des éléments susceptibles d'alimenter le cadre stratégique départemental.

La mise en place de tableaux de bord communs aux différents services œuvrant en faveur des personnes en situation de handicap obligerait à un effort de formulation d'un projet collectif et de priorisation des indicateurs pertinents à produire pour assurer le suivi et la diffusion des résultats obtenus. Une telle invite s'inscrit dans une recommandation plus vaste portant sur les attendus du système d'information médico-sociale exploité par le département.

2.2.2 La création d'un opérateur public départemental

Les collectivités territoriales peuvent confier leurs interventions à but social et médico-social à des établissements publics créés à cet effet. La création d'établissements publics territoriaux relève de la compétence des organes délibérants de la ou des collectivités ou organismes dont ils relèvent²⁷.

Le département de Maine-et-Loire a, initialement, confié la gestion d'un foyer occupationnel à un établissement public social et médico-social créé à cet effet. Un arrêté de délégation du président du conseil général atteste de l'existence de cette structure dès 1989. Toutefois, l'acte de création de cet établissement public n'a pas pu être produit à la chambre.

-

²⁷ CASF, art. L. 315-1 et suivants, R. 315-1 et suivants.

Les missions de l'établissement public départemental ont progressivement été étendues par la reprise de services communaux et la création d'un groupement de coopération avec un opérateur associatif. L'établissement a absorbé ce groupement en janvier 2020 et est désormais dénommé « EPMS de l'Anjou ».

L'existence de cet établissement constitue une relative originalité : moins d'une quarantaine de départements se sont dotés d'un opérateur dédié au handicap²⁸.

Sa capacité d'accueil (245 places, fin 2021) n'en fait pas l'un des principaux opérateurs dans le champ du handicap. La localisation de ses équipements, au nord et à l'est du département, permet, toutefois, de préserver une offre dans ces territoires ruraux.

Schéma n° 2 : Répartition de l'activité (nombre de places financées fin 2021)

Source: CRC (données: projet d'établissement 2021-2026)

Le département finance 15 % de l'activité de l'établissement. La prédominance d'activités relevant du champ d'intervention de l'ARS (enfance, ESAT et MAS), la modicité du foyer d'accueil médicalisé (FAM) et la création, en 2020, d'une « équipe mobile ressources » (EMR), en lieu et place d'un SAMSAH reflètent le rôle joué par l'ARS dans l'émergence de cet opérateur départemental.

Le département estime que les seuls structuration administrative et statut départemental de l'opérateur « ne peuvent suffire à en faire un instrument au service de la stratégie de la collectivité en matière de handicap ».

La chambre confirme que la création de cette structure s'inscrit davantage dans une logique d'opportunité locale et ponctuelle que dans une stratégie départementale de développement des possibilités d'intervention directe de la collectivité à plus ou moins long terme. C'est d'ailleurs une élue départementale du nord du département ne siégeant pas à la commission des solidarités qui préside l'établissement. La restructuration de la Maison Rochas, unique projet significatif de restructuration de l'offre engagé en Maine-et-Loire, n'a pas, en outre, été confiée à l'EPMS.

²⁸ Pour rappel, le foyer départemental de l'enfance Saint-Exupéry n'a pas été doté de la personnalité juridique.

Si cet aspect ne relève pas véritablement de la problématique de l'enquête, la chambre relève le caractère potentiellement irrégulier des modalités de désignation des représentants du département au conseil d'administration de l'EPMS et invite à régulariser cette situation.

Procédure de désignation des administrateurs départementaux

Les décisions du conseil départemental procédant à des nominations peuvent être prises au moyen d'un vote à scrutin secret, à la double condition que les membres de cette même assemblée se soient unanimement prononcés en ce sens et que les désignations ne portent pas sur des postes pour lesquels la loi ou le règlement prévoit expressément le secret du scrutin.

Les dispositions règlementaires applicables imposent le secret du scrutin destiné à désigner les représentants du département au conseil d'administration d'un établissement public social ou médico-social.

Par conséquent, l'élection, en juillet 2021, à main levée, des administrateurs départementaux de l'EPMS de l'Anjou est, sous réserve de l'appréciation du juge administratif, potentiellement entachée d'irrégularité.

(GCT, art. L. 3121-15, et CASF, art. R. 315-11 I)

2.3 Éléments budgétaires

• Données d'ensemble

Les dépenses d'aide sociale mobilisent la moitié des dépenses courantes des départements, la compensation du handicap en représentant entre 10 et 15 %.

Le département de Maine-et-Loire a consacré, en 2021, plus de 75 M€ aux différentes prestations de soutien au handicap, dans le secteur adultes (hors frais de gestion et masse salariale).

Cet effort budgétaire a progressé de près de 8,5 M€, soit de plus de 12 %, entre 2016 et 2021.

Tableau n° 3 : Dépenses dédiées à la politique du handicap par le département de Maine-et-Loire (adultes), hors fonds de compensation du handicap

en M€	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses	75,9	80,8	81,3	83,4	85,6	85,5
PCH domicile	18,0	20,3	20,4	21,2	21,1	21,9
PCH hors domicile	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6
ACTP-ACFP et autres allocations (hors PCH)	3,5	3,3	3,2	3,0	2,8	2,8
Aide sociale à l'hébergement	22,5	24,1	24,3	24,7	25,8	25,6
FAM	13,8	14,5	14,5	14,9	16,6	15,4
Établissements non médicalisés	8,4	8,5	8,7	8,9	8,8	9,0
UPHV	2,1	2,0	2,2	2,1	2,2	1,9
EHPAD & autres ét. grand âge	0,8	1,2	1,2	1,5	1,2	1,4
Accueil de jour	2,2	2,1	2,1	2,2	2,1	2,2
SAMSAH	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,1
SAVS	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
SAESAT	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Service expérimental ESCAL	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
RAPT						0,1
Plateforme d'accompagnement et de répit PH						0,1
Recettes (hors destinées à la MDPH)	8,6	8,5	9,2	9,4	9,4	9,6
Au titre de la PCH	7,0	6,9	7,4	7,6	7,6	7,7
Recouvrements sur tiers	1,2	1,3	1,3	1,5	1,4	1,6
Dépenses nettes	67,4	72,3	72,1	73,9	76,2	75,9

Source : CRC (données département)

Les dépenses consacrées aux PSHV ne sont pas distinguées. Seuls les flux tarifaires à destination des UPHV et établissements pour personnes âgées du secteur adulte sont identifiées comme telles. Ces flux représentent moins de 5 % des dépenses. Leur augmentation, de l'ordre de 10 à 15 % sur la période, est intégralement imputable à l'accompagnement de personnes accueillies dans les établissements pour personnes âgées ; ces dernières avaient, avant la crise sanitaire, augmenté de près de 80 %.

Le coût de l'hébergement des jeunes adultes maintenus en établissements pour enfants (amendement Creton) supporté par le département a enregistré une hausse sensible avant de retrouver son niveau de début de période, soit 1,6 M€.

• Le gel de la capacité d'accueil

Le département a adopté, en avril 2012, un moratoire suspendant toute création de places en établissement pour personnes en situation de handicap. Cette mesure a, par la suite, fait l'objet d'une reconduction d'année en année.

Les motifs initiaux de cette décision pourtant structurante de la politique en faveur du handicap, n'ont pu être retrouvés. Les différents schémas d'organisation médico-sociale adoptés depuis 2012 par le département n'en font pas cas. Seule la documentation budgétaire départementale en fait état.

Ce moratoire a été atténué par la mise en œuvre de décisions antérieures à son adoption ou à certaine mesures nouvelles adoptées par la suite, notamment dans le cadre d'appels à projets lancés avec l'ARS ou de mises aux normes sécuritaires. Les extensions capacitaires envisagées à budget constant par les ESSMS ont également été autorisées. Ces assouplissements expliquent l'augmentation des crédits budgétaires dédiés à ces mêmes établissements.

• Le gel des dotations aux ESSMS

Le département fixe les produits de tarification des établissements et services qu'il autorise ; il peut, au préalable, adresser aux ESSMS des éléments de cadrage nécessaires à l'élaboration des budgets annuels de ces derniers. Ce cadrage budgétaire peut revêtir une dimension pluriannuelle²⁹.

Au cas d'espèce, la mise en œuvre des prérogatives tarifaires du département s'est traduite par un gel du prix de journée versé aux établissements accueillant des personnes en situation de handicap.

Dans ses réponses aux observations provisoires, le département fait valoir que cette orientation budgétaire a été dictée par les circonstances s'imposant aux collectivités, dont les départements, comme, en particulier, les engagements pris dans le cadre du contrat dit de Cahors conclu avec l'État. La chambre observe que le Maine-et-Loire est le seul département de la région Pays de la Loire qui s'est volontairement engagé dans une telle démarche contractuelle formalisant sa contribution à la réduction des dépenses et déficit publics.

Le département estime, par ailleurs, que la rigueur budgétaire exigée des opérateurs était soutenable au vu de la situation financière globalement excédentaire affichée par ces derniers et, en particulier, par l'ADAPEI. La chambre relève que la définition d'un unique objectif budgétaire commun à l'ensemble des ESSMS n'est pas de nature à donner lieu à des mesures appropriées aux différents cas particuliers.

La gestion de la crise sanitaire a conduit à suspendre, à compter de 2020, les dispositions de rang législatif encadrant la trajectoire des finances publiques locales et sanctionnant les éventuels écarts³⁰.

Le département a, ainsi, dans le champ du handicap, adopté un cadrage budgétaire plus rigoureux que celui de l'Assurance maladie. Cette orientation a été assouplie en 2022 (1,5 %, et 3 % projeté pour 2023). Pour autant, les contributions de la collectivité au financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap locaux ont, de fait, enregistré des progressions supérieures à celles de l'Assurance maladie et se sont avérées moins sensibles que ces dernières à la crise sanitaire³¹.

Le gel de la capacité d'accueil et des contributions financières aura, en partie, permis de compenser la dynamique des aides financières.

²⁹ CASF, art. R. 314-25 et R. 314-40.

³⁰ LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, art. 12.

³¹ Les dépenses réalisées, à l'échelle nationale, par les ESSMS pour personnes en situation de handicap au titre du sous-objectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, dit ONDAM, ont augmenté de plus de 12 % entre 2016 et 2020 mais de 6,5 % entre 2016 et 2019 (Source : Cour des comptes et projet de loi de finances de la Sécurité sociale pour 2023).

2.4 Le système d'information

La politique en faveur des personnes en situation de handicap s'appuie sur un dispositif national permettant à la CNSA de centraliser une information standardisée, renseignée ou collectée localement par différents acteurs.

Ce dispositif s'appuie sur un système d'information formé de trois composantes principales, dédiées à l'instruction des demandes adressées à la MDPH, à la gestion des orientations en ESSMS et à celle des prestations financières.

Les finalités de sa principale composante, le « système de gestion et d'information des maisons départementales des personnes handicapées », sont définies règlementairement. Elles visent, entre autres, à permettre l'instruction des demandes des personnes en situation de handicap et le suivi de leurs parcours individuels, les travaux de l'équipe chargée d'évaluer la situation et les besoins de ces mêmes personnes, mais également la production de statistiques nécessaires au suivi des politiques du handicap ou à l'élaboration et à la mise en œuvre du schéma départemental.

Le pilotage de la politique en faveur des personnes en situation de handicap exige la confrontation des données décrivant les besoins, produites par la MDPH, à d'autres informations, détenues par d'autres acteurs, à l'instar de celles relatives à l'offre médico-sociale.

La nécessité de « disposer d'un système d'information efficace et qui permette la remontée des données, mais aussi leur diffusion dans le territoire » était déjà identifiée dans le schéma départemental adopté en 2011. L'observation était également affirmée comme un « préalable à un pilotage cohérent et partagé » dont la structuration paraissait incomber au département.

La méconnaissance persistante de la population de personnes en situation de handicap vieillissantes amène à questionner les performances de ce système d'information et les modalités de son exploitation par les parties prenantes.

Sans minimiser les potentiels défauts de conception et de déploiement de ces outils, dont l'appropriation par les utilisateurs, contrariée par la crise sanitaire, n'est pas acquise à ce jour, il paraît plus pertinent d'en aborder l'examen sous l'angle de la gestion des données dont ils permettent la collecte.

Ces dernières sont, en premier lieu, affectées de défauts notoires de fiabilité et d'exhaustivité. Les raisons en sont multiples.

Elles tiennent, notamment, à un encadrement insuffisant des saisies réalisées par les opérateurs médico-sociaux. L'ARS et le département n'ont, à ce jour, pas envisagé de sanctionner financièrement les gestionnaires d'ESMS dont la qualité et les délais de saisie affectent les possibilités d'exploitation des données par les acteurs institutionnels.

Ces défauts proviennent également des données issues de saisies plus anciennes qu'il n'a pas été jugé nécessaire de mettre à niveau. Ces choix, opérés localement, sont à l'origine du renseignement parcellaire des informations relatives au type de déficience rencontrées en Maine-et-Loire, alors que les saisies opérées à l'aide des nouveaux outils s'avèrent mieux documentées que dans la plupart des autres départements³². Le manque de fiabilité de ces dossiers anciens ne permet pas de disposer d'un historique suffisamment fiable pour retracer les parcours individuels de façon satisfaisante.

La base de données fait l'objet d'actualisations au gré des décisions de la MDPH et des évènements qui en découlent. Ces mises à jour régulières peuvent avoir des conséquences rétroactives, particulièrement en cas d'attribution de droits courant à compter d'une date antérieure à la décision. Faute de mesures visant à assurer la traçabilité des résultats obtenus, les extractions de données réalisées à des dates successives peuvent aboutir à autant de résultats différents. Ainsi, les services du département et de la MDPH n'ont pas été en mesure de reconstituer les informations chiffrées sur la base desquelles ces deux acteurs ont fondé leur communication institutionnelle ou leurs contributions à l'enquête nationale des juridictions financières sur les PSHV.

Un contrôle des données effectué par la chambre a mis en évidence une surestimation croissante du nombre de bénéficiaires de la PCH (plus de 3 000 personnes, fin 2021). De même, l'augmentation anormale du nombre de bénéficiaires de la PCH affichée, fin 2019, par le département n'a pu être justifiée.

Pour autant, ces défauts de fiabilité et d'exhaustivité des données ne font pas totalement obstacle à l'exploitation de ces dernières. L'examen du fichier national, issu de l'agglomération des données collectées localement, a, ainsi, permis à la Cour des Comptes d'apporter un éclairage nouveau sur les types de déficience présents dans le département et d'apprécier les délais de mise en œuvre des décisions d'orientation en ESSMS prises par la MDPH.

Il apparaît, à l'aune de ce dernier élément, qu'en dépit de limites imputables à sa conception, le potentiel offert par le système d'information médico-sociale n'est pas pleinement exploité et que cette situation tient, pour l'essentiel, à un recours insuffisant aux méthodes propres à la science des données (ou *data scientism*). Les quelques tableaux de bord communiqués à la chambre exposent, principalement, des ordres de grandeurs représentatifs de l'activité des services³³. Des considérations relevant des impératifs de procédure et de reddition de compte paraissent, en outre, avoir pris le pas sur l'exploitation d'une information, pourtant riche d'enseignements, dans la définition des priorités. Il n'a, ainsi, pas été jugé indispensable de mettre en place un simple dispositif d'identification des PSHV approchant l'âge de la retraite.

Plusieurs faits ou témoignages attestent, par ailleurs, d'un défaut de circularisation des informations disponibles entre les acteurs majeurs du territoire.

³² Ne sont codées, en Maine-et-Loire, que les déficiences dont la saisie est obligatoire (personnes de moins de 20 ans, droits ouverts à la PCH, orientation ESMS).

³³ Cf. § 2.2.1.

Les rédacteurs du schéma départemental de l'autonomie, récemment mis à jour, ne paraissent pas avoir eu connaissance des résultats de l'estimation du nombre de PSHV résidant en EHPAD, qui figurent, pourtant, dans le projet régional de santé élaboré concomitamment par l'ARS. Cette information majeure pourrait, de surcroît, être affinée par l'exploitation des données relatives au paiement des prestations financières détenues par le département.

Dans la même idée, le dispositif du CHU d'Angers destiné à l'accompagnement dans l'accès aux soins programmés peine à trouver un dimensionnement adéquat, faute d'informations relatives au public cible, à l'instar du nombre de femmes adultes en situation de handicap et du lieu de résidence de ces dernières.

Son statut de groupement d'intérêt public rend la MDPH de Maine-et-Loire tributaire des moyens mis à sa disposition par ses membres. Bien qu'acteur central de l'observation du handicap, elle ne parait pas, à ce jour, suffisamment armée pour optimiser l'exploitation du système d'information qui constitue autant son principal outil de travail que l'un des prérequis indispensables à une gouvernance efficace.

Ce sous-dimensionnement des moyens affectés à la production et à la diffusion d'informations conduit à priver les décideurs et acteurs locaux d'éléments objectifs d'appréciation essentiels des parcours individuels et des dispositions à envisager collectivement.

Dans ses réponses aux observations provisoires, le département affirme qu'il envisage de renforcer ses capacités d'analyse et d'évaluation, ce dont la chambre prend acte.

Recommandation n° 3. Au terme d'un processus de réorganisation des systèmes d'information, doter le territoire d'un observatoire du handicap.

2.5 Les relations avec les acteurs locaux

2.5.1 Conventions entre autorités compétentes

Une convention visant à coordonner les actions médico-sociales est, dans chaque département, conclue entre les différentes autorités compétentes. Elle définit les objectifs à atteindre, les procédures de concertation et les moyens mobilisés à cet effet³⁴.

26 conventions ont été conclues, à ce titre, avec des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale de Maine-et-Loire. D'une durée de deux ans, ces conventions n'ont pas été renouvelées à leurs échéances respectives, fin 2021. Elles ne comportent aucune disposition spécifique à la prise en charge du handicap. Les évaluations annuelles qu'elles prévoient n'ont pas été réalisées. Aucun bilan n'a, par ailleurs, été dressé.

Il pourrait se déduire des seuls éléments communiqués par le département que les coopérations nouées localement bénéficient d'un cadre conventionnel formel ne faisant pas l'objet d'évaluations régulières permettant d'apprécier leurs modalités effectives de mise en œuvre.

-

³⁴ CASF, art. L. 312-6.

Cette hypothèse doit être relativisée par les partenariats mis en œuvre, de fait, par la Maison de l'Autonomie, bien que cette dernière ne soit pas dotée de la personnalité juridique.

Une convention a ainsi été conclue, en 2014, avec le centre de santé mentale départemental (dit CESAME). Elle porte sur les contributions des professionnels de santé du CESAME aux équipes pluridisciplinaires de la MDPH et à la CDAPH ainsi que sur les réponses des agents de la MDPH aux sollicitations inverses. Les évaluations annuelles qu'elle prévoit n'ont pas été réalisées. Plusieurs professionnels de la santé consultés ont, en outre, déploré un défaut d'accès à une information médico-sociale exhaustive et fiable.

Surtout, le caractère limité de ces cadres formellement conventionnés ne fait pas obstacle à l'activation, en tant que de besoin, de réseaux d'acteurs de terrain. La MDPH bénéficie de mises à disposition conséquentes de personnels et recensait, en 2021, près de 700 demi-journées de participations de différents partenaires institutionnels aux seuls travaux des équipes pluridisciplinaires d'évaluation.

Ces relations de travail paraissent, en revanche, ne pas concerner les problématiques liées au vieillissement des PH. Ces pratiques souffrent, de surcroît, du même défaut d'évaluation régulière, du fait de leur caractère occasionnel.

2.5.2 Les relations avec les opérateurs

L'exercice d'une activité médico-sociale est soumis à autorisation administrative dont la délivrance emporte également obligation de faire et droit à financement. À la différence du champ propre aux enfants en situation de handicap (ou des ESAT), qui relève d'une compétence exclusive de l'ARS, l'autorisation d'exercer en secteur adulte est délivrée aux opérateurs par le directeur général de l'ARS, le président du conseil départemental ou, conjointement, par ces deux autorités³⁵.

• Un contexte local complexe, héritage de l'histoire

Les deux autorités de régulation ont délivré plus d'une centaine d'autorisations d'activité à une trentaine d'opérateurs médico-sociaux³⁶.

Les opérateurs associatifs assurent près des trois quarts des prises en charge. Cette prédominance du secteur associatif distingue le handicap des autres domaines d'intervention médico-sociaux, sans constituer, pour autant, une spécificité locale. L'activité de ces structures associatives est, le plus souvent, circonscrite à l'accompagnement du handicap dans le seul département de Maine-et-Loire, voire à un unique territoire desservi par un seul site. Ce tissu associatif est le fruit d'initiatives de personnes en situation de handicap, de parents, de proches ou d'élus locaux, qui ont parfois bénéficié du soutien de personnalités³⁷. Certaines œuvres congrégationnelles ont hérité d'activités antérieures à la Révolution et à la création des départements.

³⁵ CASF, art. L. 313-1 à L. 313-9.

³⁶ Cf. Annexe n° 2.

³⁷ L'illustration la plus parlante tient à l'ALAHMI, dont la présidence a initialement été confiée à Jean Foyer, ancien garde des sceaux, et qui a bénéficié du legs d'une propriété par Geneviève Antonioz-De Gaulle.

Des regroupements récents d'activités ont fait évoluer, à la marge, ce paysage institutionnel : apparition d'un groupe mutualiste national parmi les trois principaux gestionnaires, création, par le département, d'un établissement public médico-social (EPMS), reconfiguration de l'offre congrégationnelle sous forme de fondation ou simple regroupement de structures associatives. Seuls l'EPMS et le centre de santé mentale angevin (CESAME) sont dotés d'un statut de droit public.

Fin 2021, la capacité de prise en charge était détenue, à 80 %, par 11 opérateurs disposant chacun de plus d'une centaine de places. L'ADAPEI, Kypseli et VYV3 détiennent chacun plus de 500 places et cumulent, ensembles, près de la moitié de la capacité d'accueil du secteur adulte.

Ce mouvement de concentration de l'offre doit être nuancé : les principaux opérateurs tiennent leurs capacités d'accueil essentiellement de leurs gestions d'ESAT, qui constituent la moitié de leur offre (et la quasi-totalité de l'offre d'accompagnement professionnel) quand leur implication dans les structures médicalisées (MAS et FAM) se révèle bien moindre (moins de 15 % de leur offre, et moins de 60 % des places dans ce type d'établissement).

Plusieurs acteurs ont historiquement fait le choix de se cantonner à un type de handicap (myopathie, handicap mental) ou à une forme d'accompagnement (médicalisée ou non). Toutefois, une structure d'accueil regroupe fréquemment plusieurs activités : les établissements d'accueil non médicalisés sont généralement adossés à un ESAT et MAS, FAM et EANM voisinent parfois sur un même site. Bien que dissociées, les activités exercées dans les deux secteurs, adultes et enfants, permettent de maintenir une prise en charge lors de l'acquisition de la majorité juridique.

La plupart des opérateurs dépendent, ainsi, d'autorisations et de financements délivrés conjointement par les deux autorités administrativement compétentes. Si elle ne fait pas obstacle à l'adaptabilité de l'offre³⁸, cette configuration constitue une contrainte forte de gouvernance, amplifiée par les défauts d'harmonisation et d'échange d'informations entre institutions.

• Autorisations et contractualisation

Le régime d'autorisation administrative est assorti, en matière de handicap, d'une double classification par type d'activité (EAM, EANM...) et spécialité éventuelle (déficiences prises en charge). Ce cadre règlementaire a été assoupli ou précisé, en 2017, dans le but de « faciliter l'individualisation des parcours et la programmation de la réponse aux besoins collectifs »³⁹. La notion d'ESSMS ne fait, par exemple, pas obstacle à la délivrance d'une même autorisation à un unique opérateur exerçant plusieurs activités ou disposant de plusieurs sites⁴⁰.

En Maine-et-Loire, le nombre d'autorisations tient à la délivrance systématique de ces dernières pour chaque activité exercée sur un site géographique. Hormis quelques cas isolés, les possibilités de regroupement de formes d'accueil et d'accompagnement sous une unique capacité autorisée n'ont pas été pleinement exploitées par les autorités.

_

³⁸ Cf., sur ce point, rapport IGAS n°2021-010R, mai 2021.

³⁹ CASF, art. D. 312-0-2, issu du décret n° 2017-982 du 9 mai 2017.

⁴⁰ Cf. notamment IGAS, rapport n°2021-10R, § 2.1.2.2.

La chambre observe qu'une véritable mise en œuvre des possibilités offertes par les évolutions de la règlementation permettrait une simplification administrative appréciable et propice à la fluidification des parcours.

Les cas de modification d'autorisation constatés ont, à quelques exceptions près, été menés à capacités constantes, en conséquence de la décision de geler l'offre d'accueil.

Les autorités compétentes peuvent, par ailleurs, conclure avec les organismes gestionnaires d'ESSMS des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dans le but de faciliter la réalisation des objectifs retenus par les différents schémas dans lesquels s'inscrivent les actions de ces derniers. La conclusion d'un tel contrat revêt le caractère d'une obligation pour les seuls ESSMS relevant d'un financement exclusif ou partagé de l'ARS⁴¹. Dans les faits, l'imbrication des autorisations délivrées rend cette obligation applicable à la quasi-totalité des institutions médico-sociales. En tout état de cause, le recours à un tel outil apparait hautement souhaitable pour l'ensemble des établissements.

Le CPOM a été dès l'origine présenté comme un instrument majeur de la mise en œuvre des politiques sociales et médico-sociales sur un territoire. Il devait, ainsi, permettre « de prévoir et d'accompagner des opérations de transformation et de restructuration de l'offre » proposée par les ESSMS et constituer, en particulier, « un levier privilégié pour l'adaptation des ESSMS à l'avancée en âge des personnes handicapées »⁴².

De fait, l'expertise de l'ARS, fruit de son expérience, confère à cette dernière un rôle déterminant dans l'impulsion de la démarche de contractualisation et la définition du calendrier de mise en œuvre.

En Maine-et-Loire, la priorité paraît avoir été donnée à la mise en place de ce cadre contractuel avec les opérateurs œuvrant en faveur des personnes âgées.

Dans le champ du handicap, les premiers CPOM tripartites, c'est-à-dire impliquant le département, ont été conclus en 2016. Ils concernaient, principalement, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale.

Les premiers CPOM tripartites conclus avec les autres opérateurs assurant l'accompagnement des personnes en situation de handicap sont intervenus en 2019. Fin 2021, 34 des 82 établissements opérant dans ce même domaine d'activité avaient mené la démarche de contractualisation avec le département et/ou l'ARS à son terme. Cette proportion était deux fois moindre que celle observée pour les établissements accueillant des personnes âgées. La conclusion des CPOM manquants a été programmée jusqu'en 2026. Pour autant, le retard constaté, en Maine-et-Loire, dans cette démarche place le département dans la moyenne observée à l'échelle nationale.

La procédure d'appel à projets récemment mise en œuvre pour la création d'UPHV pour la création de services à domicile ou de solutions innovantes (SAMSAH, SAAVS, logement accompagné, par exemple) a imposé aux candidats la conclusion de CPOM.

⁴¹ CASF, art. L. 313-12-2.

⁴² Circulaire DGCS du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action des familles.

La démarche de contractualisation devait être l'occasion de mettre à jour les autorisations administratives délivrées antérieurement et de décliner les indicateurs de référence en matière de recomposition de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap. Elle devait, également, emporter la mise en place de modalités de tarification spécifiques ainsi que d'un cadre budgétaire et comptable plus exigent, du fait de l'introduction d'une programmation bilancielle et pluriannuelle.

Le différé de contractualisation avec les acteurs du handicap a eu pour conséquence de reporter la mise en œuvre de ces attendus.

Le département s'est, en outre, associé à la démarche de contractualisation menée conjointement avec l'ARS sans s'être préalablement doté d'objectifs stratégiques précis. Cette absence de cadrage opposable atténue nécessairement les effets attendus d'un tel dispositif.

À titre d'illustration, le CPOM conclu avec le gestionnaire chargé de la reconstruction de la Maison Rochas ne fixe pas précisément la capacité d'accueil attendue de cette opération.

Dans ses réponses aux observations provisoires, le département estime que ce cas particulier « ne doit pas amener à conclure que [ce dernier] n'a pas correctement joué son rôle dans la transformation de l'offre ». La chambre observe que l'absence d'objectifs opérationnels individualisés opposables à l'opérateur en charge du principal projet local de recomposition de l'offre relevée ici s'ajoute au défaut de cadre stratégique précédemment exposé.

• Contrôle et évaluation

Le contrôle du respect par les ESSMS des dispositions juridiques applicables incombe à l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation d'activité, dans la limite de ses compétences⁴³. Les ESSMS sont, pour leur part, tenus de procéder à des évaluations de leurs activités selon des modalités prévues par la règlementation. Ces deux démarches, qui visent à rendre compte de l'usage fait des autorisations d'activité délivrées, constituent des éléments à part entière de la gouvernance médico-sociale.

Les services du département de Maine-et-Loire ont indiqué ne pas avoir défini de programme de contrôle. Le défaut de moyens et de temps constitue le motif principalement évoqué pour justifier cette situation. Il apparaît également que les outils informatiques déployés dans le cadre de la réforme du cadre budgétaire et comptable mis en œuvre par les opérateurs ne sont, dans les faits, pas exploités et que l'effort de formation déjà réalisé devra être renouvelé.

Ces mêmes services sont, le cas échéant, associés aux contrôles exercés par l'ARS. Pour des raisons tenant également à un défaut de moyens, ces contrôles conjoints sont limités aux cas signalés de maltraitance ou de difficultés financières. 16 ESSMS de Maine-et-Loire ont fait l'objet de tels contrôles conjoints entre 2018 et 2021. Aucun de ces contrôles n'a relevé d'une initiative départementale.

Lors de son contrôle de l'un des principaux acteurs locaux du handicap, la chambre a relevé de graves dysfonctionnements et manquements affectant la gestion de cet opérateur associatif. D'autres cas de dérives passées ont, par ailleurs, été portés à la connaissance de la chambre.

-

⁴³ CASF, art. L. 313-13.

Dysfonctionnements et manquements constatés dans la gestion de l'ADAPEI 49

L'ADAPEI constitue l'un des principaux acteurs du handicap en Maine-et-Loire⁴⁴.

La gestion particulièrement erratique de cet opérateur a permis à ce dernier de se constituer une situation financière confortable grâce aux excédents tirés d'activités réalisées exclusivement en Maine-et-Loire et dans le seul champ du handicap. De nombreuses dépenses injustifiées ou sous-optimales ont artificiellement minoré les marges de manœuvre conséquentes de l'association.

Il est également apparu que le contrat pluriannuel conclu avec ce même opérateur avait été établi sur la base d'informations erronées. Il s'en déduit que l'optimisation des moyens dont bénéficie l'association et la régularisation de ses pratiques autoriseraient un accroissement sensible de ses possibilités de prise en charge de personnes en situation de handicap et de sa qualité de gestion.

Sur le plan des pratiques, l'existence de relations partenariales informelles avec un EHPAD public, assurant des admissions d'usagers de l'association s'écartant des procédures officielles a également été relevée ⁴⁵.

Source: rapport d'observations, ADAPEI, 2023.

La mise en œuvre des moyens nécessaires à l'exercice d'un contrôle effectif des opérateurs œuvrant dans ce domaine de compétence permettrait aux autorités de régulation d'œuvrer de concert à l'optimisation des pratiques professionnelles et de l'allocation des deniers publics.

Dans ses réponses aux observations provisoires, le département indique étudier une transformation de ses propres dispositifs d'inspection et de contrôle et avoir, d'ores et déjà, initié un renforcement des moyens consacrés à cette fonction. Un contrôleur de gestion devrait, ainsi, être recruté en 2023. La chambre prend acte de la conformité de cette orientation, inscrite dans le schéma de l'autonomie de 2023, à la recommandation qu'elle a formulée en ce sens.

⁴⁴ Outre une capacité d'accueil parmi les plus importantes de Maine-et-Loire, l'ADAPEI représente ses pairs à la MDPH.

⁴⁵ Cf. rapport d'observations, ADAPEI 49, 2023.

Recommandation n° 4. Mettre en œuvre les moyens nécessaires à l'exercice d'un contrôle effectif des gestionnaires d'ESSMS accueillant des personnes en situation de handicap.

_CONCLUSION INTERMÉDIAIRE _

Les personnes en situation de handicap vieillissantes bénéficient, en Maine-et-Loire, d'une identification de la spécificité de leurs besoins, depuis près d'une vingtaine d'années. Les autorités compétentes localement ont, plus récemment, adopté une approche combinée des problématiques liées au vieillissement et/ou au handicap et érigé les PSHV en public prioritaire.

Pour autant, le cadre d'action adopté par le département en matière d'autonomie n'a pas permis de mettre pleinement à profit ce contexte institutionnel propice à l'accompagnement des PSHV.

En l'absence d'informations essentielles, tenant à l'estimation de la population concernée, aux types de déficiences, ou à l'importance de la prise en charge des intéressés en dehors des établissements qui leur sont dédiés dans le champ du handicap, le schéma d'organisation médico-sociale repose sur un diagnostic incomplet.

Faute d'indicateurs et d'objectifs chiffrés, les orientations stratégiques adoptées en matière d'accompagnement des différentes catégories de personnes en situation de handicap ne sont pas susceptibles de faire l'objet d'une évaluation a posteriori.

De surcroît, les éléments qui déterminent les choix opérés doivent être recherchés hors de la documentation exposant l'action médico-sociale départementale. Le département a en effet gelé, dès 2012, la capacité d'accueil des établissements recevant des personnes en situation de handicap et imposé, par la suite, un cadrage budgétaire particulièrement rigoureux. Atténuées par plusieurs exceptions, ces mesures ont contenu l'accroissement de l'effort budgétaire du département.

Les PSHV constituent, par ailleurs, l'un des publics prioritairement ciblés par le processus de transformation de l'offre engagée à l'échelle nationale. Le département ne s'est pas explicitement positionné sur une orientation dans ce domaine. Les données disponibles indiquent clairement que ce sont les structures médicalisées dédiées aux personnes âgées qui hébergent l'essentiel les PSHV accueillies en établissement, bien au-delà de la capacité d'accueil des UPHA impulsées par les autorités de régulation.

La méconnaissance de cette situation, tant par la MDPH que des services de la collectivité chargés de l'élaboration de la documentation stratégique, questionne nécessairement la gouvernance mise en œuvre par le département et, notamment, l'effort d'exploitation et de diffusion des informations pertinentes disponibles.

Outil opérationnel essentiel à la transformation de l'offre, la contractualisation avec les opérateurs n'est pas achevée. Les pratiques professionnelles et performances de gestion de l'un des principaux opérateurs médico-sociaux, constatées par la chambre lors de ses investigations, montrent, incidemment, que le développement de moyens de contrôle appropriés permettrait de concourir utilement à l'amélioration de la gouvernance médico-sociale et à l'optimisation des ressources publiques allouées au handicap.

La collectivité a créé une structure dédiée aux personnes en situation de handicap. L'émergence de cet établissement public départemental ne procède pas, toutefois, d'un infléchissement assumé des modalités d'intervention du département dans le champ de sa compétence médico-sociale.

Le département n'a ainsi, en matière de handicap, pas pleinement joué le rôle moteur qui lui incombe en tant que chef de file de l'action sociale. Ce défaut de véritable gouvernance a privé la communauté des acteurs médico-sociaux intéressés d'outils de pilotage stratégique et opérationnel indispensables à une coordination efficace.

3 LE PARCOURS RÉSIDENTIEL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP VIEILLISSANTES

3.1 Le développement des différentes formes d'accompagnement à domicile

Les personnes hébergées en établissement d'accueil pour personnes en situation de handicap constituent une minorité, l'essentiel des ayants droit résidant à leur domicile ou à celui de proches.

Toutefois, à la différence de celui dispensé en établissement, l'accompagnement à domicile ne comprend pas de volet exclusivement dédié aux PSHV. La plupart des services intervenant à domicile exercent, en effet, indifféremment leurs activités au profit des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Leur activité et, *a fortiori*, leur contribution au suivi des PSHV, demeurent les moins documentées par le département.

Les éléments de diagnostic territorial font apparaître des zones rurales mal, voire non desservies.

• Le soutien par un service médico-social (SAVS, SAMSAH et SA ESAT)

Le Maine-et-Loire compte une vingtaine de Services d'Accompagnement à la vie sociale (SAVS, dont un renforcé), auxquels s'ajoutent 5 Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), cofinancés avec l'Agence Régionale de Santé.

La capacité de prise en charge de la vingtaine de SAVS a été portée à 400 places par la création de 7 places (+ 1,8 %) entre 2016 et 2021. La crise sanitaire a compromis l'atteinte d'un objectif de 20 places supplémentaires ; un SAVS renforcé de 9 places a néanmoins pu être créé.

Sur la même période, le nombre d'orientations vers ce type de services a augmenté de près de 50 %. La capacité de prise en charge de ces derniers couvre moins de la moitié des besoins recensés ; ce taux de couverture avoisinait 60 % en 2016.

L'offre de SAMSAH a été présentée comme ayant davantage vocation à s'adresser à un public adulte plus jeune. Près de 570 personnes en situation de handicap âgées de plus de 45 ans disposaient, fin 2021, d'un droit ouvert en SAVS ou en SAMSAH.

• Le soutien par un service prestataire (SAAD et SPASAD)

Le Maine-et-Loire dispose de plus de 70 services d'aide à domicile (SAAD) ; il en comptait 10, à la fin de 2015. S'ajoutent une cinquantaine de services autorisés mais dont la tarification, libre, peut occasionner un laisser à charge de l'usager. Quatre SPASAD ont été créés, deux sont projetés.

Le secteur des services à domicile est particulièrement concentré, le principal SAAD, l'ADMR, réalisant 60 % de l'activité de sa catégorie. Deux prestataires en difficultés financières, dont le principal, sont engagés dans des plans de retour à l'équilibre.

L'activité des prestataires tarifés a diminué de 12 % au cours de la décennie précédente, passant de près de 2,2 M d'heures facturées à 1,9 M entre 2010 et 2019. L'essentiel de cette baisse est imputable au principal intervenant.

Si la crise sanitaire a différé la mise en œuvre de certains projets, le principal frein au développement de l'accompagnement à domicile identifié par le département tient aux difficultés de recrutement de personnels.

Un cadre stratégique spécifique, défini en 2019, vise à structurer et professionnaliser cette offre. Le département a, ainsi, consacré une enveloppe de 2,5 M€ pour augmenter la masse salariale d'intervention des personnels d'intervention des SAAD de 10% entre 2021 et 2025. Par ailleurs, 1,2 M€ de cofinancements triennaux doivent permettre de renforcer l'attractivité du secteur et professionnaliser les acteurs (fusions ou regroupements, mise en place d'une télégestion, formations, analyse de pratiques...). Ces actions sont conditionnées à la conclusion de CPOM et à l'inclusion des opérateurs intéressés dans un cadre contractualisé avec les financeurs.

• Le soutien par les aidants⁴⁶

Le nombre d'aidants en Maine-et-Loire est estimé par le département à près une centaine de milliers (sur la base d'une proportion de 12 à 13 % de la population départementale). Ces personnes, qui accompagnent un proche à son domicile, ne s'identifient pas nécessairement comme telles. Seules 3 300 d'entre elles bénéficient d'un soutien financier du département au titre de leur rôle d'accompagnement du handicap. Elles étaient moins de 1 200 en 2011. Le tiers de ces personnes sont âgées de plus de 60 ans.

Le développement des aides humaines dans le champ du handicap est relativement récent et a été, de surcroît, entravé par la crise sanitaire. Un centre de ressources et de soutien tenant à une permanence téléphonique et à un site internet œuvre, depuis 2014, à structurer cette forme d'aide.

En 2021, moins d'une trentaine d'aidants ont bénéficié d'un soutien psychosocial ou de formations cofinancés par le département et la CNSA.

La convention conclue en 2021 avec la CNSA dédie un volet à l'accompagnement des proches aidants de personnes en situation de handicap. Elle prévoit des actions d'information et de sensibilisation (150 personnes par an), de soutien psychologique individuel (40 bénéficiaires par an), de soutien psychosocial collectif (24 personnes par an), de formations (150 aidants formés chaque année et une dizaine d'aidants et de professionnels en sessions mixtes). Les signataires se sont entendus sur un budget triennal de l'ordre de 100 000 €, dont 20 % à la charge du département.

Les plateformes de répit (PFR), qui proposent une offre diversifiée de dispositifs de soutien, ne peuvent s'adresser aux aidants de personnes handicapées que depuis 2018. En Maine-et-Loire, la première créée, à cette fin, fonctionne depuis décembre 2021.

⁴⁶ Est considéré comme un aidant familial le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle la personne handicapée a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne handicapée ou de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine et qui n'est pas salarié pour cette aide. Peut également être considéré comme aidant familial toute personne qui réside avec la personne handicapée et qui entretient des liens étroits et stables avec elle (CASF, art. R. 245-7).

En établissement, le nombre de places dites « de répit » a été porté de près de 130 en 2016 à près de 190 en 2021. Il s'agit du seul segment d'offre ayant bénéficié d'une progression significative (plus de 40 %)⁴⁷.

• L'accueil familial social

Cette offre alternative diminue (moins d'une centaine de places, en 2021, soit un quart de moins en 5 ans), du fait de départs en retraite des accueillants.

• Les expérimentations de services innovants

Les deux services innovants de relayage et d'EHPAD à domicile identifiés par le département ciblent des publics âgés du Choletais et du Saumurois. Une trentaine de personnes de plus de 70 ans en ont bénéficié en 2021.

• L'habitat inclusif

Six des treize projets d'habitat inclusif retenus fin 2020 sont dédiés aux personnes en situation de handicap. Principalement situés à Angers ou dans son agglomération, ils permettent l'accueil de près d'une soixantaine d'habitants.

Le coût des loyers peut constituer un obstacle à l'accès à cette forme d'habitat intermédiaire. La mise en œuvre de *l'Aide à la vie partagée*, dès 2022, a vocation à favoriser le développement de ce type d'offre.

3.2 L'accompagnement en établissement médico-social

L'évolution des besoins, notamment en matière de soins, peut appeler une réorientation de la personne vers une structure d'accueil. Il importe alors de déterminer la solution la plus adaptée et, notamment, d'arbitrer entre une médicalisation de la prise en charge par une structure spécialisée dans la prise en charge des PSH et une orientation vers un établissement pour personnes âgées disposant d'une offre susceptible d'assurer une continuité des soins ou de la surveillance médicale.

Le département n'a pas formellement défini de principes de gestion, ni même évoqué cette alternative dans ses orientations stratégiques.

3.2.1 L'accueil dans des unités spécifiques au sein d'établissements dédiés aux PSH

Le développement d'unités dédiées à l'accueil de personnes en situation de handicap vieillissantes ou âgées au sein d'établissements médico-sociaux distingue le Maine-et-Loire des autres départements des Pays de la Loire.

Les modalités d'activité de ces lieux d'accueil ont été définies, en 2006, par un cahier des charges et adaptées, en 2021, au vu des retours d'expérience.

 $^{^{47}\,\}mathrm{L'}$ analyse de l'offre en établissement exposée en première partie repose sur les seules places d'accueil permanent.

Ce cadre normatif élaboré localement repose sur la distinction, au sein d'établissements médico-sociaux, d'unités dédiées aux personnes handicapées vieillissantes (UPHV) ou accueillant des personnes handicapées âgées (UPHA). Les premières relèvent d'établissements d'accueil pour personnes handicapées, quand les secondes ne peuvent être constituées qu'au sein d'EHPAD.

Le Maine-et-Loire compte 6 sites d'UPHV et 9 UPHA. La capacité d'accueil de l'ensemble a été portée à plus de 230 places, soit une progression de près de 30 % en 5 ans. Deux projets en cours devraient la majorer d'une trentaine de places supplémentaires. Le quart des places classées en UPHV sont, de fait, rattachées à des structures du grand âge, les autres l'étant à des établissements d'accueil non médicalisés. La capacité d'accueil installée en EHPAD représente le double de celle relevant, au sens strict, du champ du handicap.

Tableau n° 4 : Évolution de la capacité d'accueil en UPHV et UPHA (en nombre de places)

	2017	2021	À terme
Total	181	232	260
UPHV	53	65	78
UPHA	128	167	182

Source : département (schéma de l'autonomie 2023-2027)

Une orientation en UPHV peut être envisagée dès 40 ans, en cas d'apparition de signes précoces de vieillissement.

L'admission en UPHA a, dans un premier temps, été limitée aux seules personnes ayant atteint les 60 ans. La suppression de ce critère d'âge, officiellement actée avec l'adoption du nouveau référentiel, procède d'un alignement du cadre normatif sur les pratiques déjà en vigueur.

La distinction entre UPHA et UPHV est désormais principalement fondée sur les besoins et capacités de la personne accueillie, l'accueil en UPHV requérant une autonomie de la personne dans la gestion de son quotidien.

La procédure d'admission en UPHV comme en UPHA implique nécessairement l'intervention de la MDPH (décision d'orientation de la CDAPH, dans le premier cas, avis de l'équipe pluridisciplinaire, dans le second).

Le plus souvent dépourvues de personnels médical ou paramédical, les UPHV limitent leur prise en charge des soins (corporels, psychiques et somatiques) et sont tenues de constituer des coopérations avec les ressources locales disponibles.

Le département indique qu'UPHA et UPHV n'ont pas vocation à accompagner la fin de vie. Le cadre normatif en vigueur dans le Maine-et-Loire prévoit, néanmoins, explicitement un tel accompagnement, à la demande des intéressés ou de la famille, tout en conditionnant une telle option à la disponibilité des « moyens pouvant être mis en place avec les ressources existantes sur le territoire ».

L'évolution des situations individuelles appelle un réexamen régulier des modalités de prise en charge et une possible réorientation vers une structure plus adaptée. La sortie d'UPHV est ainsi prévue en cas d'apparition de besoins de soins. L'embolie des structures médicalisées destinées aux seules personnes en situation de handicap ne peut, de fait, que se traduire par une réorientation vers les établissements dédiés aux personnes âgées. S'agissant des UPHA, la disparition des bénéfices retirés de ces modalités d'accueil spécifiques conduit à une prise en charge de la personne sur la base du régime commun en vigueur au sein de l'EHPAD et un rapprochement de sa prise en charge vers celle des autres hébergés au sein de l'établissement.

À titre d'illustration, un EHPAD disposant d'une UPHA de 10 places accueille, par ailleurs, 6 personnes précédemment prises en charge au sein de cette unité. Plusieurs opérateurs font, par ailleurs, état d'une insuffisance des capacités d'accueil en UPHA et UPHV et des difficultés de réorientation rencontrées.

La relative modicité de la capacité d'accueil et les besoins croissant paraissent, ainsi, confiner l'offre réservées aux PSHV à un rôle de solutions transitoires entre les ESSMS accompagnant les adultes en situation de handicap et les structures accompagnant le grand âge.

Les difficultés d'accès à cette offre spécifique aux PSHV confère aux relations entre gestionnaires d'établissements et services une importance parfois déterminante dans le succès des démarches en vue de l'admission. Il a, ainsi, pu être constaté que les partenariats noués entre structures peuvent, de fait, conduire à l'entretien de véritables filières de recrutement échappant au contrôle des autorités administratives. Ces pratiques contrarient nécessairement la gestion objectivement critérisée des listes d'attente et défavorisent, à titre principal, les personnes en situation de handicap résidant à domicile. Dans ses réponses aux observations provisoires, le département s'est, sur ce point, engagé à davantage de vigilance, ce dont la chambre prend acte.

3.2.2 L'accueil en établissements dédiés aux personnes âgées

Les structures d'accueil dédiées aux personnes âgées (EHPAD, résidences autonomie et unité de soins de longue durée) accueillent également des personnes ayant bénéficié d'une reconnaissance de handicap avant l'atteinte des 60 ans. Si elles ne disposent plus de droits à compensation en cours, ces personnes conservent leur qualité de personnes en situation de handicap vieillissantes, au sens retenu pour les besoins de l'enquête.

Un recensement effectué en 2019 permet d'estimer à près de 700 les résidents relevant d'une telle situation. Près de 500 PSHV seraient, ainsi, accueillies dans des établissements pour personnes âgées (hors UPHA), soit le double de celles prises en charge au sein des UPHA et UPHV qui leur sont spécifiquement dédiées⁴⁸.

L'EHPAD constitue, ainsi, le premier lieu d'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes, ce dont le recensement des ayants droit par la MDPH ou le diagnostic médico-social établi, en 2022, par le département ne rendent pas compte, comme évoqué précédemment.

Les PSHV occupent plus de 5 % de la capacité d'accueil de ce type de structure. Ce constat ne constitue pas une spécificité locale ou régionale ; il ne parait pas corrélé à la capacité d'accueil en EHPAD de Maine-et-Loire, sensiblement supérieure à la moyenne nationale⁴⁹.

Les personnes en situation de handicap entrées en 2019 sont deux fois plus nombreuses que celles admises 4 ans plus tôt. Par extrapolation, le nombre d'admissions a évolué au cours des dernières années et devrait, chaque année, concerner 80 personnes.



Schéma n° 3 : Estimation du nombre d'admissions en établissement pour personnes âgées par année (extrapolation)

Source: CRC (données ARS)

En 2019, l'âge médian à l'entrée des personnes en situation de handicap recensées s'établissait, globalement, à 61 ans ; il était de 62 ans en EHPAD. Près de 40 % des personnes admises avant 65 ans étaient très dépendantes à leur entrée (GIR 1 et 2). À *contrario*, entre 10 et 15 % d'entre elles étaient encore autonomes (GIR 5 et 6)⁵⁰.

Le département n'a pas arrêté de principes d'intervention, ni de critères encadrant l'admission en EHPAD, en dehors des UPHA. Cette donnée centrale n'est d'ailleurs pas évoquée dans les diagnostics médico-sociaux sur lesquels ont été élaborés les schémas de l'autonomie du Maine-et-Loire, pourtant communs au grand âge et au handicap.

⁴⁸ Source : ARS Pays de la Loire.

⁴⁹ La Cour des comptes estime entre 35 000 et 40 000 le nombre de personnes en situation de handicap vieillissantes accueillies en EHPAD, à l'échelle nationale (pour plus de 600 000 places en EHPAD).

⁵⁰ La perte d'autonomie physique et psychique des personnes âgées fait l'objet d'une classification en dix groupes iso-ressources (GIR) fondée sur des critères différents de ceux déterminant du taux d'incapacité lié au handicap.

Le département précise que certaines natures de handicap, comme la limitation de fonctions motrices, appellent un accompagnement semblable à celui dont bénéficie une personne âgée atteinte d'une limitation identique.

Le département considère, par ailleurs, que l'hébergement médicalisé ne constitue plus la forme d'accompagnement principale, ni la plus adaptée, pour répondre, au besoin de soins, dans le cas des pathologies liées à l'âge se développant chez les PSH. Pour la collectivité, la réponse à ce besoin ne requiert pas nécessairement la création de places de FAM.

La sollicitation des établissements pour personnes âgées permet de compenser l'insuffisance de l'offre disponible dédiée aux seules personnes en situation de handicap. Cette solution ne fait pas, pour autant, l'unanimité.

Le nombre d'ayants droit à une compensation de leur handicap accueillis dans une structure initialement dédiée aux personnes âgées s'élève, selon le département, à moins d'une centaine. Il s'en déduit que les autres résidents en EHPAD et résidence autonomie ne bénéficient plus de droits actifs et relèvent du régime de droit commun des personnes âgées.

Le basculement des dispositifs d'accompagnement du handicap vers ceux dédiés aux personnes âgées emporte, en cas d'inéligibilité à l'aide sociale, des conséquences d'ordre pratique et financier.

Le respect des droits fondamentaux des intéressés requiert de s'assurer que ces derniers consentent librement et, en pleine connaissance de cause, aux changements induits par la modification des modalités de leur prise en charge⁵¹.

Au cas d'espèce, le département précise être particulièrement sensible à ces préoccupations, mais que c'est aux tuteurs, ayants droit, proches et acteurs qu'il appartient de garantir le respect de la volonté des personnes accompagnées. La chambre observe que la collectivité n'a pas défini de cadre procédural relatif au recueil du consentement des personnes en situation de handicap lors des différents changements d'orientation jalonnant le parcours de ces derniers.

Sur le plan financier, la sortie des dispositifs dédiés aux PSH vers ceux dédiés aux personnes âgées n'a fait l'objet d'aucune évaluation budgétaire, ni d'une documentation susceptible d'expliquer, le cas échéant, l'évolution du laisser à charge supporté par les intéressés. Aucun des gestionnaires des établissements sollicités dans le cadre de l'enquête n'a été en mesure d'attester formellement de la délivrance d'une information individualisée relative aux conséquences financières de ce changement de situation.

Recommandation n° 5. Évaluer la situation individuelle des résidents en EHPAD au regard de leurs droits à compensation acquis.

 $^{^{51}}$ Cf. notamment le rapport de la Défenseure des droits sur les « droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD », 2021.

3.3 L'anticipation des parcours des PSHV

• Anticipation et urgence

S'agissant des PSHV, les risques de rupture de parcours individuels paraissent davantage liés à la sortie de la vie active. La MDPH n'a pas déployé d'outils susceptibles d'anticiper cette échéance prévisible, dont la gestion est, selon cette dernière, assurée par les seuls gestionnaires d'ESSMS. Un seul des gestionnaires d'ESSMS sollicités a été en mesure de présenter une démarche cohérente d'anticipation des parcours individuels.

Près de 350 personnes ont fait l'objet d'une décision d'orientation prononcée en urgence en 2021. Moins de la moitié étaient des personnes en situation de handicap vieillissantes (40 % âgées de 45 à 59 ans, 10 % de plus de 60 ans). Au vu de ces éléments, ces dernières n'apparaissent pas davantage exposées aux risques de rupture.

Toutefois, ces situations d'urgence comprennent, dans des proportions non quantifiables, des situations individuelles non identifiées par les services sociaux. Révélées par la survenance d'une crise, ces cas font l'objet d'une première prise en charge en milieu hospitalier avant de donner lieu à une orientation médico-sociale. Ils illustrent les difficultés de détection en amont des risques de rupture auxquels sont davantage exposées les personnes résidant à domicile, *a fortiori* lorsque ces dernières ne bénéficient pas d'un suivi médico-social.

Ces cas d'orientations prononcées dans des délais restreints comprennent nécessairement ceux relevant d'admissions en EHPAD préalablement négociées entre établissements.

• Réponse accompagnée pour tous (RAPT) et Communauté 360

Mesure emblématique des politiques en faveur du handicap, le dispositif « *Réponse accompagnée pour tous* » ambitionne d'éviter toute absence d'accompagnement d'une situation de handicap. Sa logique privilégie une offre intermédiaire entre le domicile et l'établissement ainsi que l'individualisation des solutions en fonction des besoins.

Il repose sur une procédure permettant à un usager, non pas de contester juridiquement une décision d'orientation prise par la CDAPH, mais de solliciter l'engagement d'une action collective des acteurs pertinents visant à la mise en œuvre effective de cette même décision ou, à défaut, d'une solution alternative. Cette action collective emprunte la forme d'un programme d'accompagnement global (PAG) engageant ses signataires à contribuer à la définition et à la mise en œuvre immédiate d'une solution viable. L'établissement d'un PAG peut également être initié par les services de la MDPH⁵².

-

⁵² CASF, notamment art. L. 114-1-1 et L. 146-8.

Le rapport d'activité de la MDPH de Maine-et-Loire fait état de la production d'une quarantaine de PAG entre 2020 et 2021 et de près de 400 situations individuelles signalées ayant pu être solutionnées sans engagement formel de la procédure. Selon le département, seul le tiers des procédures engagées depuis 2018 ont abouti à une réponse, faute d'offre immédiatement disponible.

Au vu des données détaillées, 7 PAG ont été formalisés au bénéfice de personnes de 45 ans et plus, sur la soixantaine de situations recensées au titre de cette tranche d'âge. Le dispositif paraît, ainsi, privilégier les demandes visant les personnes moins avancées en âge, dont les chances de succès de la démarche sont deux fois supérieures à celles de leurs ainées (24 % pour les moins de 45 ans, contre 12 %).

Le recours à cette mesure apparaît, à tout le moins, modéré au regard tant des attentes qu'il a pu suscitées, que des taux de mise en œuvre des décisions d'orientation prononcées. Si cette tendance rejoint des constats nationaux, le Maine-et-Loire ne figure pas parmi les départements les plus investis dans le dispositif⁵³.

Cette situation paraît, en premier lieu, tenir à la doctrine qui préside à sa mise en œuvre.

La documentation procédurale établie par la MDPH présente, par exemple, l'initiation d'une telle procédure par l'équipe d'évaluation comme une simple faculté offerte à cette dernière. La MDPH considère que les propositions d'orientations proposées par l'équipe doivent être formulées au regard des seuls besoins de la personne et non pas de l'offre disponible. Cette position conduit la CDAPH à décider d'orientation en établissement d'accueil médicalisé (EAM) non assorties de PAG, en dépit de délais dont la longueur est notoire.

Par ailleurs, la doctrine de la MDPH priorise explicitement les cas de personnes présentant des troubles autistiques ou psychiques ainsi que les jeunes accompagnés par le service de protection de l'enfance. Ce cadre normatif prévoit que les demandes de PAG formulées par les usagers ne remplissant pas l'un de ces critères doivent faire l'objet de propositions d'alternatives, comme des « mises en veille RAPT » ou des « réorientations vers le service concerné ». De tels critères, dont l'édiction a été préconisée, au plan national, pour faciliter la montée en puissance du dispositif, n'ont pas vocation à être pérennisés. La MDPH admet que ce filtre vise à éviter l'engorgement du dispositif et que la levée du cadre d'action restrictif n'est pas à l'ordre du jour. La cellule RAPT est, en effet, constituée d'un unique agent de la MDPH; la procédure mobilise plusieurs intervenants extérieurs.

Le faible recours à la RAPT, en Maine-et-Loire, peut, en second lieu, être regardé comme résultant d'un défaut de communication des différents protagonistes.

vieillissement.

⁵³ A l'échelle nationale, moins de 3 000 PAG étaient en cours de réalisation en 2020. Les pratiques varient fortement d'un département à l'autre (plusieurs centaines de cas dénombrés dans les territoires les plus engagés dans la démarche, aucun pour certains) et les situations individuelles concernées sont sans lien avec le

Au plan national, le dispositif a initialement bénéficié d'une promotion en milieu scolaire. En dépit d'une intention évidente de faire œuvre de pédagogie, le règlement départemental ne fait pas état de la faculté dont dispose l'usager de solliciter, à son initiative, son entrée dans le dispositif RAPT.

Les courriers de notification de décisions adressés par la MDPH mentionnent, certes, explicitement la possibilité offerte au bénéficiaire de « *solliciter un plan d'accompagnement global auprès de la MDA* ». La terminologie administrative employée ne paraît, toutefois, pas des plus appropriée.

Les sites internet institutionnels (département et MDPH) n'évoquent pas davantage le dispositif. Il en est de même du site de l'une des associations d'usagers les plus actives, pourtant créée pour soutenir, dans leurs démarches, les personnes en situation de handicap demeurées sans solution et représentées dans l'instance de décision de la MDPH.

Ces défauts de communication ne sont pas de nature à faciliter la compréhension du dispositif et affectent, selon toute vraisemblance, l'exercice effectif de leurs droits par les usagers.

Il en résulte, incidemment, que le nombre de cas accompagnés au titre de la RAPT ne peut servir d'outil de mesure de l'évolution de besoins non couverts du fait de l'absence de solution disponible.

Au demeurant, la RAPT est perçue, par la MDPH, comme un dispositif au potentiel limité, par nature, car dédié à des situations déjà dégradées.

Créé, en 2020, après le premier confinement sanitaire, le dispositif de *Communauté 360* tient à la mise en place d'un numéro d'appel unique et d'un interlocuteur chargé de coordonner les différents acteurs du handicap en vue de la résolution de situations individuelles.

Si la coordonnatrice départementale est, pour des raisons juridiques et budgétaires, salariée d'un opérateur associatif, elle exerce, cependant, ses fonctions dans les locaux de la Maison de l'autonomie de Maine-et-Loire. La MDPH estime s'être ainsi prémunie des risques de chevauchement des deux dispositifs, RAPT et *Communauté 360*. Cet empilement de dispositifs pourrait, toujours selon la MDPH, être amplifié par la création des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), point d'entrée unique et gratuit réservé aux professionnels.

_CONCLUSION INTERMÉDIAIRE _

Le développement, relativement récent, dans le champ du handicap, des différents dispositifs de soutien à domicile a été retardé par la crise sanitaire et demeure contrarié par des difficultés de recrutement de personnel ou leurs modalités de financement. À quelques exceptions près, ils sont communs aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Leur activité est peu documentée par le département et leur contribution effective à l'accompagnement de publics spécifiques comme les PSHV demeure inconnue.

Le département a, en revanche, développé une offre d'accueil en établissement propre aux personnes en situation de handicap vieillissantes ou âgées. Cette capacité d'accueil est principalement déployée en EHPAD. Si elles sont officiellement autorisées à accompagner la fin de vie et, en dépit du développement de cette offre, UPHV et UPHA sont, de par leurs dimensionnements actuels, confinées à un rôle de solution transitoire entre les établissements médico-sociaux du handicap et du grand âge. Cette pénurie alimente une concurrence dans l'accès aux prestations et le développement de pratiques informelles de recrutement échappant au contrôle des autorités administratives, au détriment, principalement, des personnes résidant à domicile.

Les établissements pour personnes âgées constituent, de fait, le premier lieu d'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes, ce dont le recensement des ayants droit par la MDPH ou le diagnostic médico-social établi par le département ne rendent pas compte. Le doublement du nombre d'admissions récemment constaté chaque année devrait accentuer ce phénomène. L'admission dans ce type de structure intervient très souvent avant l'atteinte des 60 ans. Pour autant, la procédure de dérogation d'âge mise en œuvre localement n'est pas juridiquement fondée. Le recueil du consentement des personnes n'est pas encadré, ni, de fait, mis en œuvre dans des conditions susceptibles d'attester pleinement de la volonté et de l'entière information des intéressés, notamment sur les conséquences financières que ces derniers devront supporter. Néanmoins, les difficultés rencontrées par les différents publics et acteurs se côtoyant au sein d'un établissement sont susceptibles d'être atténuées par l'existence d'une UPHA au sein de ce dernier.

La MDPH n'a pas déployé d'outils susceptibles d'anticiper les risques de rupture de parcours individuels liés, notamment, à la sortie de la vie active. Un seul des gestionnaires d'ESSMS sollicité a été en mesure de présenter une démarche cohérente d'anticipation des parcours individuels.

L'usage du dispositif dit de Réponse accompagnée pour tous (RAPT) apparaît limité dans le département, voire anecdotique, s'agissant des PSHV, au regard du nombre de mesures d'orientations en attente de mise en œuvre. Cette situation tient à une doctrine de mise en œuvre minimaliste de la MDPH et à une communication insuffisante qui ne permet pas aux intéressés d'être pleinement informés de leurs droits. En tout état de cause, une activation plus conséquente du dispositif ne paraît pas envisageable sans un accroissement sensible de l'offre disponible.

ANNEXES

Annexe n° 1. Données quantitatives – détail	54
Annexe n° 2. Établissements et services pour personnes en situation de handicap	
de Maine-et-Loire (en nombre de places d'accueil permanent)	78
Annexe n° 3. Maison Rochas – évolution projetée de l'offre d'accompagnement	
(en nombre de places)	79

Annexe n° 1.Données quantitatives – détail

 $L'ensemble\ des\ donn\'ees\ quantitatives\ pr\'esent\'ees\ dans\ les\ tableaux\ de\ cette\ annexe\ provient\ du\ d\'epartement\ ou\ de\ la\ MDPH\ de\ Maine-et-Loire$

Tableau n° 5 : Évolution du nombre de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH, tous droits confondus

Tranche d'âge	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
0-4 ans			277			
5-9 ans		258	1 455		464%	
10-14 ans	59	1 355	2 303	2197%	70%	3803%
15-19 ans	137	1 894	1 711	1282%	-10%	1149%
20-24 ans	186	1 443	1 427	676%	-1%	667%
25-29 ans	287	1 322	1 534	361%	16%	434%
30-34 ans	655	1 570	1 743	140%	11%	166%
35-39 ans	816	1 840	2 208	125%	20%	171%
40-44 ans	1 038	2 472	2 914	138%	18%	181%
45-49 ans	1 375	3 220	3 934	134%	22%	186%
50-54 ans	1 648	3 957	4 958	140%	25%	201%
55-59 ans	1 922	4 715	6 024	145%	28%	213%
60-64 ans	2 128	5 582	5 268	162%	-6%	148%
65-69 ans	2 318	3 972	2 836	71%	-29%	22%
70-74 ans	1 185	2 126	2 683	79%	26%	126%
75-79 ans	708	1 530	2 348	116%	53%	232%
80-84 ans	556	1 463	2 515	163%	72%	352%
85-89 ans	697	1 843	3 061	164%	66%	339%
90 ans et plus	1 184	2 529	3 460	114%	37%	192%
Total	16 899	43 091	52 659	155%	22%	212%
total des PH de plus de 45 ans	13 721	30 937	37 087	125%	20%	170%

 $Tableau\ n^\circ\ 6: \acute{E}volution\ du\ nombre\ de\ personnes\ ayant\ un\ droit\ ouvert\ \grave{a}\ la\ MDPH,\\ hors\ RQTH\ et\ carte\ mobilit\'e\ inclusion$

Tranche d'âge	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
0-4 ans			277			
5-9 ans		256	14 54		467,97%	
10-14 ans	56	1 352	2 298	2314,29%	69,97%	4003,57%
15-19 ans	127	1 891	1 704	1388,98%	-9,89%	1241,73%
20-24 ans	181	1 430	1 416	690,06%	-0,98%	682,32%
25-29 ans	248	1 281	1 515	416,53%	18,27%	510,89%
30-34 ans	514	1 483	1 721	188,52%	16,05%	234,82%
35-39 ans	623	1 752	2 181	181,22%	24,49%	250,08%
40-44 ans	790	2 357	2 868	198,35%	21,68%	263,04%
45-49 ans	993	3 041	3 856	206,24%	26,80%	288,32%
50-54 ans	1 160	3 737	4 857	222,16%	29,97%	318,71%
55-59 ans	1 395	4 355	5 827	212,19%	33,80%	317,71%
60-64 ans	1 504	5 035	4 637	234,77%	-7,90%	208,31%
65-69 ans	1 611	3 064	1 459	90,19%	-52,38%	-9,44%
70-74 ans	514	783	736	52,33%	-6,00%	43,19%
75-79 ans	144	305	306	111,81%	0,33%	112,50%
80-84 ans	63	146	155	131,75%	6,16%	146,03%
85-89 ans	25	66	73	164,00%	10,61%	192,00%
90 ans et plus	8	51	48	537,50%	-5,88%	500,00%
Total	9 956	32 385	37 388	225,28%	15,45%	275,53%
total des PH de plus de 45 ans	7 417	20 583	21 954	177,51%	6,66%	196,00%

Tableau n° 7 : Évolution du nombre de personnes ayant un droit ouvert à la PCH et à l'ACTP par âge (données MDPH)

Tranche d'âge	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
0-4 ans			22			
5-9 ans		9	154		1 611%	
10-14 ans	19	124	209	553%	69%	1000%
15-19 ans	54	170	188	215%	11%	248%
20-24 ans	68	180	300	165%	67%	341%
25-29 ans	69	303	318	339%	5%	361%
30-34 ans	163	304	310	87%	2%	90%
35-39 ans	162	289	318	78%	10%	96%
40-44 ans	189	377	397	99%	5%	110%
45-49 ans	190	444	516	134%	16%	172%
50-54 ans	221	567	637	157%	12%	188%
55-59 ans	238	624	746	162%	20%	213%
60-64 ans	241	737	738	206%	0%	206%
65-69 ans	260	643	504	147%	-22%	94%
70-74 ans	201	360	293	79%	-19%	46%
75-79 ans	87	148	129	70%	-13%	48%
80-84 ans	27	62	55	130%	-11%	104%
85-89 ans	11	20	12	82%	-40%	9%
90 ans et plus	3	10	10	233%	0%	233%
Total	2 203	5 371	5 856	144%	9%	166%
total des PH de plus de 45 ans	1 479	3 615	3 640	144%	1%	146%

Tableau n° 8 : Évolution du nombre de personnes ayant un droit ouvert à l'AAH 1 et 2 par âge

évolution de nombre d	de personnes d	iyant un droit	ouvert à l'AA	H 1 par âge (d	données MDI	PH ou CAF)	évolution de nombre de personnes ayant un droit ouvert à l'AAH 2 par âge (données MDPH ou CAF)								
	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021			
0-4 ans															
5-9 ans															
10-14 ans															
15-19 ans			20						32						
20-24 ans		26	383		1 373%			19	398		1995%				
25-29 ans	8	431	511	5 288%	19%	6 288%	1	301	398	30000%	32%	39 700%			
30-34 ans	69	487	581	606%	19%	742%	6	310	419	5067%	35%	6 883%			
35-39 ans	67	653	762	875%	17%	1 037%	11	218	313	1882%	44%	2 745%			
40-44 ans	150	780	955	420%	22%	537%	10	260	369	2500%	42%	3 590%			
45-49 ans	127	932	1 220	634%	31%	861%	12	296	418	2367%	41%	3 383%			
50-54 ans	220	1 062	1 447	383%	36%	558%	6	383	559	6283%	46%	9 217%			
55-59 ans	253	1 122	1 571	343%	40%	521%	18	448	653	2389%	46%	3 528%			
60-64 ans	243	1 093	1 403	350%	28%	477%	16	582	620	3538%	7%	3 775%			
65-69 ans	219	806	838	268%	4%	283%	18	341	88	1794%	-74%	389%			
70-74 ans	156	415	486	166%	17%	212%	2	18	14	800%	-22%	600%			
75-79 ans	53	164	186	209%	13%	251%		6	8						
80-84 ans	27	72	100	167%	39%	270%		8	4						
85-89 ans	13	42	57	223%	36%	338%		1	1						
90 ans et plus	5	40	37	700%	-8%	640%		1	2						
Total	1 610	8 125	10 557	405%	30%	556%	100	3 192	4 296	3092%	35%	4 196%			
Dont plus de 45 ans	1 316	5 748	7 345	337%	28%	458%	72	2 084	2 367	2794%	14%	3 188%			

Tableau n° 9 : Évolution du nombre de places en ESMS autorisées par le conseil départemental et/ou l'ARS depuis 2010

	au 28/10/2011	au 19/08/2016	au 12/07/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
SAVS	393	393	403			
SAMSAH	77	149	169			
ESAT						
Accueil de jour	129	144	146			
Foyer d'hébergement	372	381	358			
dont hébergement temporaire	382	390	367			
Foyer de vie	485	456	487			
dont hébergement temporaire	499	477	500			
Foyer d'accueil médicalisé	229	257	284			
dont hébergement temporaire	240	266	294			
Maison d'accueil spécialisée						
dont hébergement temporaire						
ESMS innovants						
EHPAD (lits)	Non disponible	10 493	10 444			
dont hébergement temporaire (lits)	Non disponible	10 636	10 678			
dont accueil de jour en en EHPAD Places d'accueil de jour en EHPAD	Non disponible	213	207			
pour les EHPAD, part des places labellisées PSHV Places d'UPHA en EHPAD	Non disponible	128	167			
Total place en ESMS PH +EHPAD PSHV				0	0	0

Tableau n° 10 : Évolution du nombre d'heures réalisées par des SAAD et des SSIAD depuis 2010 (données CD et ARS) en mode prestataire et mandataire

nombre de places autorisés par type d'ESMS	En 2011	En 2016	En 2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
SAAD	1 196 312	1 477 162	1 270 504			
SSIAD						
dont SSIAD PH						
SPASAD						

Tableau n° 11 : Évolution du nombre de personnes handicapées du Maine-et-Loire accueillies dans les FH, FV, FAM du Maine-et-Loire (internat)

		I	Foyer d	l'héberge	ment				Fo	yer de vi	e			Fo	yer d'a	ccueil me	édicalisé				t	otal		
	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021	au 31/12/2010	au 31/12/2015	au 31/12/2020	évolution 2010-2015	évolution 2015-2020	évolution 2010-2020
20-24 ans	32	21	27	-34%	29%	-16%	28	23	22	-18%	-4%	-21%	21	10	7	-52%	-30%	-67%	81	54	56	-33%	4%	-31%
25-29 ans	30	42	36	40%	-14%	20%	43	44	46	2%	5%	7%	23	33	22	43%	-33%	-4%	96	119	104	24%	-13%	8%
30-34 ans	37	40	32	8%	-20%	-14%	57	38	53	-33%	39%	-7%	6	27	32	350%	19%	433%	100	105	117	5%	11%	17%
35-39 ans	54	50	46	-7%	-8%	-15%	64	59	41	-8%	-31%	-36%	19	10	28	-47%	180%	47%	137	119	115	-13%	-3%	-16%
40-44 ans	59	55	46	-7%	-16%	-22%	58	66	54	14%	-18%	-7%	28	23	9	-18%	-61%	-68%	145	144	109	-1%	-24%	-25%
45-49 ans	55	62	56	13%	-10%	2%	62	62	69	0%	11%	11%	35	35	32	0%	-9%	-9%	152	159	157	5%	-1%	3%
50-54 ans	50	51	55	2%	8%	10%	52	64	61	23%	-5%	17%	27	41	26	52%	-37%	-4%	129	156	142	21%	-9%	10%
55-59 ans	19	25	34	32%	36%	79%	43	47	49	9%	4%	14%	20	30	31	50%	3%	55%	82	102	114	24%	12%	39%
60-64 ans	3	1	7	-67%	600%	133%	18	12	27	-33%	125%	50%	7	14	23	100%	64%	229%	28	27	57	-4%	111%	104%
65-69 ans	0	0	0				3	5	5	67%	0%	67%	1	6	12	500%	100%	1100%	4	11	17	175%	55%	325%
70-74 ans	0	0	0				1	3	2	200%	-33%	100%	3	1	9	-67%	800%	200%	4	4	11	0%	175%	175%
75-79 ans	0	0	0				0	0	0				0	2	1		-50%		0	2	1		-50%	
80-84 ans	0	0	0				0	0	0				0	0	1				0	0	1			
85-89 ans	0	0	0				0	0	0				0	0	0				0	0	0			
90 ans et plus	0	0	0				0	0	0				0	0	0				0	0	0			
Total	339	347	339	2%	-2%	0%	429	423	429	-1%	1%	0%	190	232	233	22%	0%	23%	958	1002	1001	5%	0%	4%
Dont plus de 45 ans	127	139	152	9%	9%	20%	179	193	213	8%	10%	19%	93	129	135	39%	5%	45%	399	461	500	16%	8%	25%

Tableau n° 12 : Évolution du nombre de personnes handicapées accueillies dans les RA et EHPAD et bénéficiaires à ce titre de l'ASH (internat)

			en résid	lence autonomi	ie				en E	HPAD				total en	ı établiss	ement pour p	ersonnes âgée	s
	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
45-49 ans							2	1	2	-50%	100%	0%	2	1	2	-50%	100%	0%
50-54 ans	1	0	0	-100%			10	11	11	10%	0%	10%	11	11	11	0%	0%	0%
55-59 ans	1	1	1	0%	0%	0%	52	46	42	-12%	-9%	-19%	53	47	43	-11%	-9%	-19%
60-64 ans	0	0	0				3	1	8	-67%	700%	167%	3	1	8	-67%	700%	167%
65-69 ans	0	1	0		-100%		0	1	1		0%		0	2	1		-50%	
70-74 ans	0	0	0				0	0	1				0	0	1			
75-79 ans	0	0	0				0	0	0				0	0	0			
80-84 ans	0	0	0				0	0	0				0	0	0			
85-89 ans	0	0	0				0	0	0				0	0	0			
90 ans et plus	0	0	0				0	0	0				0	0	0			
Total	2	2	1	0%	-50%	-50%	67	60	65	-10%	8%	-3%	69	62	66	-10%	6%	-4%

Tableau n° 13 : Évolution du nombre de personnes handicapées vivant en internat tout type d'établissement par âge

	au 31/12/2011	au 31/12/201 6	au 31/12/202 1	évolutio n 2011-201 6	évolutio n 2016-202 1	évolution 2011-202 1
20-24 ans	81	54	56	-33%	4%	-31%
25-29 ans	96	119	104	24%	-13%	8%
30-34 ans	100	105	117	5%	11%	17%
35-39 ans	137	119	115	-13%	-3%	-16%
40-44 ans	145	144	109	-1%	-24%	-25%
45-49 ans	152	159	157	5%	-1%	3%
50-54 ans	129	156	142	21%	-9%	10%
55-59 ans	82	102	114	24%	12%	39%
60-64 ans	28	27	57	-4%	111%	104%
65-69 ans	4	11	17	175%	55%	325%
70-74 ans	4	4	11	0%	175%	175%
75-79 ans	0	2	1		-50%	
80-84 ans	0	0	1			
85-89 ans	0	0	0			
90 ans et plus	0	0	0			
Total	958	1 002	1 001	5%	0%	4%
Dont plus de 45 ans	399	461	500	16%	8%	25%

Tableau n° 14 : Évolution du nombre de personnes handicapées accueillies dans des services d'accueil de jour et bénéficiaires à ce titre de l'ASH

		en serv	ice d'acc	ueil de jo	our					Total		
	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
20-24 ans	19	33	24	74%	-27%	26%	19	33	24	74%	-27%	26%
25-29 ans	14	23	32	64%	39%	129%	14	23	32	64%	39%	129%
30-34 ans	23	13	28	-43%	115%	22%	23	13	28	-43%	115%	22%
35-39 ans	25	16	11	-36%	-31%	-56%	25	16	11	-36%	-31%	-56%
40-44 ans	14	19	21	36%	11%	50%	14	19	21	36%	11%	50%
45-49 ans	6	11	15	83%	36%	150%	6	11	15	83%	36%	150%
50-54 ans	3	7	11	133%	57%	267%	3	7	11	133%	57%	267%
55-59 ans	3	2	4	-33%	100%	33%	3	2	4	-33%	100%	33%
60-64 ans	3	1	2	-67%	100%	-33%	3	1	2	-67%	100%	-33%
65-69 ans	0	1	0		-100%		0	1	0		-100%	
70-74 ans	0	0	0				0	0	0			
75-79 ans	0	0	0				0	0	0			
80-84 ans	0	0	0				0	0	0			
85-89 ans	0	0	0				0	0	0			
90 ans et plus	0	0	0				0	0	0			
Total	110	126	148	15%	17%	35%	110	126	148	15%	17%	35%
dont plus de 45 ans	15	22	32	47%	45%	113%	15	22	32	47%	45%	113%

Tableau n° 15 : Évolution du nombre de personnes handicapées accueillies dans services d'accueil de jour du 49 et bénéficiaires à ce titre de l'ASH

	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
20-24 ans	19	33	24	74%	-27%	26%
25-29 ans	14	23	32	64%	39%	129%
30-34 ans	23	13	28	-43%	115%	22%
35-39 ans	25	16	11	-36%	-31%	-56%
40-44 ans	14	19	21	36%	11%	50%
45-49 ans	6	11	15	83%	36%	150%
50-54 ans	3	7	11	133%	57%	267%
55-59 ans	3	2	4	-33%	100%	33%
60-64 ans	3	1	2	-67%	100%	-33%
65-69 ans	0	1	0		-100%	
70-74 ans	0	0	0			
75-79 ans	0	0	0			
80-84 ans	0	0	0			
85-89 ans	0	0	0			
90 ans et plus	0	0	0			
Total	110	126	148	15%	17%	35%
total des PH de plus de 45 ans	15	22	32	47%	45%	113%

Tableau n° 16 : Évolution du nombre de personnes handicapées accueillies dans les établissements pour PH en hébergement temporaire

			Foyer d'h	ébergeme	nt				Foyer	de vie					Foyer d	'accueil méd	icalisé		total					
	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
20-24 ans	3	15	9	400%	-40%	200%	16	14	22	-13%	57%	38%	1	11	5	1 000%	-55%	400%	20	40	36	100%	-10%	80%
25-29 ans	4	1	4	-75%	300%	0%	2	11	13	450%	18%	550%	0	1	8		700%		6	13	25	117%	92%	317%
30-34 ans	3	4	0	33%	-100%	-100%	10	3	16	-70%	433%	60%	0	2	1		-50%		13	9	17	-31%	89%	31%
35-39 ans	2	3	4	50%	33%	100%	5	4	6	-20%	50%	20%	6	1	1	-83%	0%	-83%	13	8	11	-38%	38%	-15%
40-44 ans	0	5	3		-40%		7	12	12	71%	0%	71%	6	6	3	0%	-50%	-50%	13	23	18	77%	-22%	38%
45-49 ans	4	4	6	0%	50%	50%	6	10	14	67%	40%	133%	1	3	6	200%	100%	500%	11	17	26	55%	53%	136%
50-54 ans	1	0	4	-100%		300%	6	7	5	17%	-29%	-17%	0	2	6		200%		7	9	15	29%	67%	114%
55-59 ans	1	0	1	-100%		0%	3	3	3	0%	0%	0%	3	3	1	0%	-67%	-67%	7	6	5	-14%	-17%	-29%
60-64 ans	0	0	1				2	1	3	-50%	200%	50%	0	0	1				2	1	5	-50%	400%	150%
65-69 ans	0	0	1				1	1	0	0%	-100%	-100%	0	0	0				1	1	1	0%	0%	0%
70-74 ans	0	0	0				0	0	0				0	0	0				0	0	0			
75-79 ans	0	0	0				0	0	0				0	0	0				0	0	0			
80-84 ans	0	0	0				0	0	0				0	0	0				0	0	0			
85-89 ans	0	0	0				0	0	0				0	0	0				0	0	0			
90 ans et plus	0	0	0				0	0	0				0	0	0				0	0	0			
Total	18	32	33	78%	3%	83%	58	66	94	14%	42%	62%	17	29	32	71%	10%	88%	93	127	159	37%	25%	71%
total des PH de plus de 45 ans	6	4	13	-33%	225%	117%	18	22	25	22%	14%	39%	4	8	14	100%	75%	250%	28	34	52	21%	53%	86%

Tableau n° 17 : Évolution du nombre de personnes handicapées du 49 accueillies en hébergement temporaire pour personnes âgées avant les 70 ans et bénéficiaires à ce titre de l'ASH

	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
45-49 ans	0	0	0			
50-54 ans	0	0	0			
55-59 ans	0	0	1			
60-64 ans	0	1	0		-1	
65-69 ans	0	0	0			
70-74 ans	0	0	0			
75-79 ans	0	0	0			
80-84 ans	0	0	0			
85-89 ans	0	0	0			
90 ans et plus	0	0	0			
Total	0	1	1		0	

Tableau n° 18 : évolution du nombre de personnes handicapées bénéficiant d'un accueil en établissement en journée ou d'un hébergement temporaire dans un établissement (tous établissements confondus) par âge

	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
20-24 ans	39	73	60	87%	-18%	54%
25-29 ans	20	36	57	80%	58%	185%
30-34 ans	36	22	45	-39%	105%	25%
35-39 ans	38	24	22	-37%	-8%	-42%
40-44 ans	27	42	39	56%	-7%	44%
45-49 ans	17	28	41	65%	46%	141%
50-54 ans	10	16	26	60%	63%	160%
55-59 ans	10	8	9	-20%	13%	-10%
60-64 ans	5	2	7	-60%	250%	40%
65-69 ans	1	2	1	100%	-50%	0%
70-74 ans	0	0	0			
75-79 ans	0	0	0			
80-84 ans	0	0	0			
85-89 ans	0	0	0			
90 ans et plus	0	0	0			
Total	203	253	307	25%	21%	51%
total des PH de plus de 45 ans	43	56	84	30%	50%	95%

Tableau n $^\circ$ 19 : évolution du nombre de personnes vivant à domicile (internat en établissement - accueil de jour ou hébergement temporaire)

	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
20-24 ans	66	1 316	1 311	1 894%	0%	1 886%
25-29 ans	171	1 167	1 373	582%	18%	703%
30-34 ans	519	1 443	1581	178%	10%	205%
35-39 ans	641	1 697	2 071	165%	22%	223%
40-44 ans	866	2 286	2 766	164%	21%	219%
45-49 ans	1 206	3 033	3 736	151%	23%	210%
50-54 ans	1 509	3 785	4 790	151%	27%	217%
55-59 ans	1 830	4 605	5 901	152%	28%	222%
60-64 ans	2 095	5 553	5 204	165%	-6%	148%
65-69 ans	2 313	3 959	2 818	71%	-29%	22%
70-74 ans	1 181	2 122	2 672	80%	26%	126%
75-79 ans	708	1 528	2 347	116%	54%	231%
80-84 ans	556	1 463	2 514	163%	72%	352%
85-89 ans	697	1 843	3 061	164%	66%	339%
90 ans et plus	1 184	2 529	3 460	114%	37%	192%
Total	15 738	41 836	51 351	166%	23%	226%
total des PH de plus de 45 ans	13 279	30 420	36 503	129%	20%	175%

Tableau n° 20 : évolution du taux d'institutionnalisation par âge (nombre de personnes handicapées âgées en institution / nombre total de personnes handicapées âgées)

	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
20-24 ans	44%	4%	4%	-40%	0%	-40%
25-29 ans	33%	9%	7%	-24%	-2%	-27%
30-34 ans	15%	7%	7%	-9%	0%	-9%
35-39 ans	17%	6%	5%	-10%	-1%	-12%
40-44 ans	14%	6%	4%	-8%	-2%	-10%
45-49 ans	11%	5%	4%	-6%	-1%	-7%
50-54 ans	8%	4%	3%	-4%	-1%	-5%
55-59 ans	4%	2%	2%	-2%	0%	-2%
60-64 ans	1%	0%	1%	-1%	1%	0%
65-69 ans	0%	0%	1%	0%	0%	0%
70-74 ans	0%	0%	0%	0%	0%	0%
75-79 ans	0%	0%	0%	0%	0%	0%
80-84 ans	0%	0%	0%	0%	0%	0%
85-89 ans	0%	0%	0%	0%	0%	0%
90 ans et plus	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total	6%	2%	2%	-3%	0%	-4%
total des PH de plus de 45 ans	3%	1%	1%	-1%	0%	-2%

Tableau n° 21 : part de l'accueil en EHPA ou EHPAD dans l'accueil en établissement des PHV

	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
45-49 ans	1%	1%	1%	-1%	1%	0%
50-54 ans	9%	7%	8%	-1%	1%	-1%
55-59 ans	65%	46%	38%	-19%	-8%	-27%
60-64 ans	11%	4%	14%	-7%	10%	3%
65-69 ans	0%	18%	6%	18%	-12%	6%
70-74 ans	0%	0%	9%	0%	9%	9%
75-79 ans		0%	0%	0%	0%	0%
80-84 ans			0%	0%	0%	0%
85-89 ans				0%	0%	0%
90 ans et plus				0%	0%	0%
Total	85%	76%	76%	-10%	0%	-9%
total des PH de plus de 45 ans	85%	76%	76%	-10%	0%	-9%

Tableau n° 22 : évolution du nombre de personnes handicapées accueillies dans les FH, FV, FAM hors Maine-et-Loire et bénéficiaires à ce titre de l'ASH

	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
0-4 ans						
5-9 ans						
10-14 ans						
15-19 ans						
20-24 ans	8	7	8	-13%	14%	0%
25-29 ans	12	13	13	8%	0%	8%
30-34 ans	17	13	12	-24%	-8%	-29%
35-39 ans	14	21	15	50%	-29%	7%
40-44 ans	25	16	29	-36%	81%	16%
45-49 ans	24	25	23	4%	-8%	-4%
50-54 ans	23	24	30	4%	25%	30%
55-59 ans	28	25	33	-11%	32%	18%
60-64 ans	15	15	18	0%	20%	20%
65-69 ans	5	11	10	120%	-9%	100%
70-74 ans	2	6	7	200%	17%	250%
75-79 ans	0	2	2		0%	
80-84 ans	0	0	2			
85-89 ans	0	0	0			
90 ans et plus	0	0	0			
Total	173	178	202	3%	13%	17%
total des PH de plus de 45 ans	97	108	125	11%	16%	29%

Tableau n° 23 : nombre de personnes concernées par des droits à vie

	2021
20-24 ans	193
25-29 ans	190
30-34 ans	287
35-39 ans	347
40-44 ans	661
45-49 ans	984
50-54 ans	1 853
55-59 ans	2 603
60-64 ans	1 717
65-69 ans	992
70-74 ans	1 105
75-79 ans	938
80-84 ans	1 124
85-89 ans	1 445
90 ans et plus	1 775
Total	16 214
total des PH de plus de 45 ans	14 536

Tableau n° 24 : Nombre de personnes handicapées suivies par un travailleur social de la MDPH ou ayant été accompagné par une communauté 360 en 2021

	Nombre de personnes handicapées suivies par un travailleur social de la MDPH
20-24 ans	17
25-29 ans	15
30-34 ans	22
35-39 ans	24
40-44 ans	18
45-49 ans	27
50-54 ans	40
55-59 ans	35
60-64 ans	26
65-69 ans	14
70-74 ans	6
75-79 ans	3
80-84 ans	1
85-89 ans	
90 ans et plus	
Total	248
dont plus de 45 ans	152

Tableau n° 25 : Évolution du nombre de bénéficiaires et du volume financier moyen de la PCH aménagement du logement et de la PCH Aide technique, par tranche d'âge, en 2015 et 2020 (données MDPH et CD)

		structure d'	utilisation de la P	CH/ ACTP en 201	16 (au 31/12)		structure d'utilisation de la PCH/ ACTP en 2021 (au 31/12)							
type de PCH/ACTP	F	PCH aide techniqu	e	PCH an	ménagement du lo	gement	1	PCH aide techniqu	ıe	PCH aménagement du log		ogement		
personnes touchés; volume financier/ tranche d'âge	nombre de personnes touchées	volume financier en euros	montant moyen par personne	nombre de personnes touchées	volume financier en euros	montant moyen par personne	nombre de personnes touchées	personnes financier en moyen par		nombre de personnes touchées	volume financier en euros	montant moyen par personne		
45-49 ans	104		0	85		0	102		0	95		0		
50-54 ans	147		0	113		0	112		0	121		0		
55-59 ans	162		0	116		0	131		0	140		0		
60-64 ans	234		0	158		0	155		0	199		0		
65-69 ans	167		0	181		0	102		0	156		0		
70-74 ans	89		0	113		0	52		0	75		0		
75-79 ans	20		0	35		0	18		0	24		0		
80-84 ans	9		0	23		0	5		0	16		0		
85-89 ans	1		0	5		0								
90 ans et plus														
Total	933	0	0	829	0	0	677	0	0	826	0	0		

Tableau n° 26 : Évolution du nombre d'aidants financés au titre de la PCH aide humaine par tranche d'âge (CD).

	au 31/12/2011	au 31/12/2016	au 31/12/2021	évolution 2011-2016	évolution 2016-2021	évolution 2011-2021
20-24 ans	25	151	219	504,00%	45,03%	776,00%
25-29 ans	26	206	239	692,31%	16,02%	819,23%
30-34 ans	107	208	234	94,39%	12,50%	118,69%
35-39 ans	97	167	202	72,16%	20,96%	108,25%
40-44 ans	103	206	227	100,00%	10,19%	120,39%
45-49 ans	118	234	318	98,31%	35,90%	169,49%
50-54 ans	125	280	388	124,00%	38,57%	210,40%
55-59 ans	123	314	461	155,28%	46,82%	274,80%
60-64 ans	121	315	427	160,33%	35,56%	252,89%
65-69 ans	150	332	306	121,33%	-7,83%	104,00%
70-74 ans	116	188	182	62,07%	-3,19%	56,90%
75-79 ans	56	77	77	37,50%	0,00%	37,50%
80-84 ans	9	39	38	333,33%	-2,56%	322,22%
85-89 ans	4	6	6	50,00%	0,00%	50,00%
90 ans et plus	1			-100,00%	#DIV/0!	-100,00%
Total	1 181	2 723	3 324	130,57%	22,07%	181,46%
dont plus de 75 ans	70	122	121	74,29%	-0,82%	72,86%

Tableau n° 27 : Accessibilité des formations d'aides aux aidants (CD) en 2021

	volume d'heures organisées disponible par an	taux d'accessibilité des formations (heure de formation/ nombre d'aidants)
	3 actions de soutien psychosocial collectif financées en 2021 pour les aidants	
	de personnes handicapées (une action se déroule sur 10 heures au minimum	
café des aidants	pour un groupe d'environ 8 personnes).	
	Les 3 actions ont été organisées. 21 personnes y ont participé pour un total de	
	38 heures.	
	5 actions de formations financées en 2021 pour les aidants de personnes	
	handicapées (une action se déroule sur 14 heures au minimum pour un groupe	
formation	d'environ 10 personnes).	
	En raison du contexte sanitaire une seule action a pu être organisée. Elle a réuni	
	6 personnes pour un total de 14 heures.	

Tableau n° 28 : Taux d'effectivité des plans d'aides PCH auprès des SAAD (CD), en 2021 (depuis avril 2021 pour certains SAAD)

âge de la personnes handicapées/ effectivité des plans d'aides PCH	nombre d'heures accordées auprès d'un SAAD dans le cadre de la PCH, en mode prestataire	nombre d'heures effectivement payées par la PCH	taux d'effectivité des heures auprès d'un SAAD
45-49 ans	Non disponible	Non disponible	Non disponible
50-54 ans	Non disponible	Non disponible	Non disponible
55-59 ans	Non disponible	Non disponible	Non disponible
60-64 ans	Non disponible	Non disponible	Non disponible
65-69 ans	Non disponible	Non disponible	Non disponible
70-74 ans	Non disponible	Non disponible	Non disponible
75-79 ans	Non disponible	Non disponible	Non disponible
80-84 ans	Non disponible	Non disponible	Non disponible
85-89 ans	Non disponible	Non disponible	Non disponible
90 ans et plus	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Total	446 718	351 352	79%

Tableau n° 29 : Personnes handicapées accompagnées en file active par un SAAD dans le cadre de la PCH ou un SSIAD par tranches d'âge (données TDB ESMS) en 2021 (depuis avril 2021 pour certains SAAD)

âge / type de service	PH accompagnées par un SAAD	PH accompagnées par un SSIAD
20-24 ans	Non disponible	
25-29 ans	Non disponible	
30-34 ans	Non disponible	
35-39 ans	Non disponible	
40-44 ans	Non disponible	
45-49 ans	Non disponible	
50-54 ans	Non disponible	
55-59 ans	Non disponible	
60-64 ans	Non disponible	
65-69 ans	Non disponible	
70-74 ans	Non disponible	
75-79 ans	Non disponible	
80-84 ans	Non disponible	
85-89 ans	Non disponible	
90 ans et plus	Non disponible	
Total	1 047	

Tableau n° 30 : Nombre de personnes accompagnées par un service innovant en 2021

âge / type de service	service 1 Relayage (Age d'Or Service Cholet)	service 2 DIVADOM : Viv@dos
20-24 ans	0	0
25-29 ans	0	0
30-34 ans	0	0
35-39 ans	0	0
40-44 ans	0	0
45-49 ans	0	0
50-54 ans	0	0
55-59 ans	0	0
60-64 ans	0	0
65-69 ans	0	0
70-74 ans	0	3
75-79 ans	1	4
80-84 ans	1	7
85-89 ans	0	7
90 ans et plus	0	9
Total	2	30

Tableau n° 31 : Tension sur l'offre d'accueil en établissement pouvant accueillir des PHV (données MDPH / CD ou via trajectoire - en 2021)

	nb de personnes orientées par CDAPH
ESAT	2872
foyer d'hébergement + foyer de vie	1471
FAM	522
MAS	605

Tableau n° 32 : Nombre de personnes ayant bénéficié d'une réévaluation de la PCH en moins de 30 jours par tranche d'âge (délai entre la demande et la décision - données MDPH) en 2021

âge des personnes ayant bénéficié d'une réévaluation de la PCH en urgence	PCH aide humaine	PCH aide technique	PCH aménagement du logement	PCH aide exceptionnelle ou spécifique	PCH transport	nombre de situations (sans doublon)*
20-24 ans	1			4	3	7
25-29 ans	2			4	2	8
30-34 ans	2			2	3	7
35-39 ans	1			3	2	4
40-44 ans	3			5	4	9
45-49 ans	1			2	1	4
50-54 ans	3			4	1	7
55-59 ans	5		1	6	1	12
60-64 ans	6			3		7
65-69 ans	6			1	1	8
70-74 ans	2		2	2		4
75-79 ans	2			1		3
80-84 ans	1			1		1
85-89 ans	1					1
90 ans et plus						
Total	36		3	38	18	82

Tableau n° 33 : Nombre de personnes susceptibles d'une prise en charge inadaptée par tranche d'âge (ayant été l'objet d'une situation critique) en 2021

âge	nombre de personnes ayant déposé une plainte ou un signalement auprès de la DT ARS	nombre de personnes ayant subi un événement indésirable grave	nombre de personnes ayant fait l'objet d'une étude en commission situation complexe ou RAPT	nombre de personnes accompagnées par un PCPE
20-24 ans			4	
25-29 ans			2	
30-34 ans			2	
35-39 ans			4	
40-44 ans				
45-49 ans			5	
50-54 ans			4	
55-59 ans			3	
60-64 ans			2	
65-69 ans				
70-74 ans				
75-79 ans				
80-84 ans				
85-89 ans				
90 ans et plus				

Tableau n° 34 : Nombre de personnes ayant bénéficié d'une orientation MDPH en urgence par type d'établissement (délai de moins de 30 jours entre la saisine de la MDPH et l'orientation par la CDAPH - données MDPH) en 2021

âge / type d'établissement	foyer d'hébergement + Foyer de vie	FAM	MAS	toute orientation (sans doublon d'orientation)
20-24 ans	24	10	11	
25-29 ans	19	9	7	
30-34 ans	17	5	8	
35-39 ans	13	10	5	
40-44 ans	20	11	12	
45-49 ans	25	12	11	
50-54 ans	19	10	14	
55-59 ans	19	13	11	
60-64 ans	7	4	6	
65-69 ans	1	2	4	
70-74 ans	1	3	3	
75-79 ans		1		
80-84 ans				
85-89 ans				
90 ans et plus				

Annexe n° 2. Établissements et services pour personnes en situation de handicap de Maine-et-Loire (en nombre de places d'accueil permanent)

	ESAT *	MAS *	EAM ***	EANM **	UPHA **	UPHV **	LOGAC	LVA	SAESAT **	SAMSAH ***	SAVS **	Total
ADAPEI	320		23	148						30	107	628
VYV 3	229	71	33	76	20	12	3		6	70	30	550
Kayseri	352			75		20			9		74	530
ALAHMI		92	92	72								256
APAHRC	153			40		5			5		34	237
IPOLAIS	65		29	35							45	174
EPMS de l'Anjou	53	74	11	22					1		8	169
FASSIC			16	74	44	11						145
APF France Handicap	58									12	50	120
Cap Anjou Bleu	85			16							19	120
AAHMA	63			31							20	114
A. de la Girouardière			25	30	30							85
Perce Neige			26	53								79
Les Récollets		70										70
L'Arche en Anjou	30			25				7				62
AFM		47								12		59
Handicap Anjou		30	29									59
L'Abri				41							12	53
La Chevalerie				47								47
CESAME		42										42
Croix Rouge	40											40
Vie à domicile										37		37
La Ferme des Mauges				31								31
Le Pont de Varenne				29								29
Rés. des Acacias					18	9						27
EPS Baugeois Vallée					20							20
GCMS Mauges Divatte					14							14
EPS intercommunal					11							11
CIAS du Choletais					10					_		10
Marguerite d'Anjou											10	10
La Résidence sociale		2								8		10
Rés. Les Fontaines						7						7
Total	1 448	428	284	845	167	64	3	7	21	169	400	3 845

LOGAC : logement accompagné ; LVA : lieu de vie et d'accueil ; SAVS (y.c. 9 places de SAVS renforcé)

Autorisation: *ARS; ** président du conseil départemental; *** conjointe

Source : Département

Annexe n° 3.Maison Rochas – évolution projetée de l'offre d'accompagnement (en nombre de places)

		2021		2024				
	permanent	temporaire	jour	Total	permanent	temporaire	jour	total
MAS	30	5	6	41	26	5	6	37
FAM	23	5		28	16	7	7	30
FV			14	14			7	7
Total	53	10	20	83	42	12	20	74

Source: VYV3



Les publications de la chambre régionale des comptes
Pays de la Loire
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/crc-pays-de-la-loire

Chambre régionale des comptes Pays de la Loire

25 rue Paul Bellamy BP 14119 44041 Nantes cédex 01

Adresse mél. paysdelaloire@ccomptes.fr