

Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques

**DREES**

document  
de *travail*

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE

N° 123 • octobre 2012

Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil  
médicalisé, similitudes et particularités

Yara MAKDESSI





Direction de la recherche, des études  
de l'évaluation et des statistiques  
DREES

Série  
Études et Recherche

**DOCUMENT  
DE  
TRAVAIL**

Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil  
médicalisé, similitudes et particularités

Yara MAKDESSI

n° 123 – octobre 2012



Cette publication n'engage que ses auteurs



## Sommaire

Brève rétrospective sur la création des MAS et des FAM .....	8
Le nombre de FAM rattrape puis dépasse celui des MAS à partir de 2006 .....	11
Les FAM, des structures relativement plus petites que les MAS .....	12
L'internat, principal mode d'accueil en MAS et en FAM.....	14
... mais des agréments de clientèle qui les différencient sensiblement.....	14
Des adultes relativement plus autonomes physiquement et intellectuellement dans les FAM .....	17
Des structures par âge vieillissantes, plus marquées dans les FAM.....	19
Le processus de vieillissement, conséquence de plusieurs facteurs .....	21
Les personnes handicapées âgées de 60 ans ou plus .....	24
Quelques références bibliographiques.....	27



Les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM) sont des structures d'hébergement et de soins accueillant des adultes dont le handicap, ou les handicaps, les rendent inaptes à réaliser seuls les actes de la vie quotidienne et qui nécessitent une surveillance médicale et des soins constants.

C'est ainsi que sont officiellement définis ces deux types d'établissements, a priori, relativement similaires (Code de l'action sociale et des familles). En effet, dans les textes officiels, peu d'éléments les différencient, à l'exception du mode de financement (assurance maladie pour les MAS et double financement assurance maladie et conseil général pour les FAM). Le fonctionnement et l'organisation de l'accueil en MAS et en FAM est précisé sans distinction et s'adresse à des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, comme les qualifie le décret du 20 mars 2009 relatif aux obligations de ces établissements médico-sociaux.

En étudiant plus précisément ces établissements, et notamment leur évolution au cours de la décennie 1995-2006, certains traits les distinguent cependant. Les MAS accueillent majoritairement des personnes souffrant de retard mental profond et sévère et des personnes polyhandicapées. Les profils de déficience des personnes reçues en FAM sont plus diversifiés et se répartissent entre déficience intellectuelle, troubles psychiatriques, déficience motrice et, dans une moindre mesure, polyhandicap. Les MAS accueillent des adultes relativement moins âgés que ceux résidant dans les FAM, mais qui se trouvent dans une plus grande situation de dépendance, quelle que soit la déficience. Comparativement aux MAS, les adultes accueillis dans les FAM sont proportionnellement moins nombreux à être dans l'incapacité totale d'assurer certains actes essentiels du quotidien (comme se déplacer, se laver ou communiquer avec autrui).

S'appuyant sur les données des enquêtes ES-handicap de la DREES (encadré 1)<sup>1</sup>, cette étude vise à expliciter les points communs et les différences entre MAS et FAM, en commençant par un rappel du contexte de leur création, puis la mise en lumière des caractéristiques de leur évolution.

#### Encadré 1 - Méthodologie des enquêtes ES-handicap

Les enquêtes Établissements et services, dites enquêtes ES de la DREES sont menées depuis 1982.

Depuis le début des années 2000, deux types d'enquêtes ES distincts traitent d'une part des structures médico-sociales (ES-handicap) et d'autre part des structures sociales (ES-difficultés sociales), chacune à un rythme quadriennal.

La dernière enquête à ce jour ES2006-handicap, a recensé 484 MAS et 465 FAM. Le taux de réponse à l'enquête avoisinait les 90 %.

Type de structure	Taux de réponse (en %)	
	Nombre structures	Nombre de places
Maisons d'accueil spécialisé (MAS)	90,7	91,5
Foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés (FAM)	87,5	89,7
<i>Ensemble des structures pour adultes handicapés</i>	<i>89,1</i>	<i>90,7</i>

Les deux dernières enquêtes de 2001 et 2006 fournissent de nouvelles données par rapport aux éditions précédentes : un nouveau volet du questionnaire décrit spécifiquement les personnes sorties des structures au cours de l'année précédant l'enquête.

<sup>1</sup> Ont été utilisées les données des dernières enquêtes « Établissements et services » médico-sociaux menées par la DREES et disponibles à ce jour (ES1995/1997, ES2001 et ES2006). De par leur caractère exhaustif et régulier, ces enquêtes quadriennales constituent une base de données pertinente pour observer les évolutions des MAS et des FAM en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-mer.

## Brève rétrospective sur la création des MAS et des FAM

La Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 (article 46) permet la création de structures médico-sociales spécifiquement dédiées aux adultes handicapés « n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état exige une surveillance médicale et des soins constants ». C'est le décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 qui précise le cadre et les conditions d'accueil dans ces structures, nommées maisons d'accueil spécialisé (MAS) (encadré 2).

La création des MAS à la fin des années 1970 devait combler un manque d'équipement en structures d'accueil pour adultes handicapés et répondre à une demande urgente de places d'hébergement pour des personnes contraintes, par leur handicap, à une situation de forte dépendance dans la vie quotidienne.

### Encadré 2 - Création des MAS : contexte législatif

**Loi 75-534 du 30 juin 1975** d'orientation en faveur des personnes handicapées. **Article 46** : Il est créé des établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'agrément et de prise en charge de ces établissements ou services au titre de l'assurance maladie.

**Décret n°78-1211** du 26 décembre 1978 PORTANT APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 46 DE LA LOI 75534 DU 30 JUIN 1975 D'ORIENTATION EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES. (MAISONS D'ACCUEIL SPÉCIALISÉ) fixe les modalités de prise en charge par les régimes d'assurance maladie des MAS.

**Circulaire 62 AS du 28 décembre 1978** relative aux Maisons d'accueil spécialisé (MAS)

**Le code de l'action sociale et des familles** définit actuellement ainsi les MAS :

- Article L344-1, Modifié par LOI n°2009-1646 du 24 décembre 2009 – art. 58 : Dans les établissements ou services destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants, les frais d'accueil et de soins sont pris en charge au titre de l'assurance maladie.
- Article R344-1, Modifié par Décret n°2005-1589 du 19 décembre 2005 – art. 2 JORF 20 décembre 2005 : Les maisons d'accueil spécialisé reçoivent, conformément aux dispositions de l'article L. 344-1 et sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.
- Article R344-2 : Les maisons d'accueil spécialisé doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent :
  - 1° L'hébergement ;
  - 2° Les soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements ;
  - 3° Les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies ;
  - 4° Des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions de ces personnes.Elles peuvent en outre être autorisées à recevoir soit en accueil de jour permanent, soit en accueil temporaire des personnes handicapées mentionnées à l'article R. 344-1.
- Article D344-41, créé par Décret n°2010-15 du 7 janvier 2010 - art. 1 : Le minimum de ressources qui doit être laissé à la disposition des personnes handicapées accueillies dans les maisons d'accueil spécialisé est égal à 30 % du montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés.

Les modalités d'accueil sont très majoritairement dévolues à l'hébergement complet mais proposent également un accueil en journée et des prises en charge temporaires. Les accueils de jour et temporaires sont des formules annexes qui ne peuvent être accordées que sous certaines conditions et ne doivent pas dépasser 10 % de la capacité d'accueil totale autorisée pour la MAS<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Circulaire 62 AS du 28 décembre 1978 relative aux modalités d'application de l'article 46 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975.

Depuis leur création, quatre critères d'admission devaient être simultanément satisfaits pour être accueilli en MAS.

Le premier est l'âge : les MAS ont vocation à accueillir des adultes qui ont atteint l'âge limite pour une prise en charge dans les établissements médico-éducatifs spécialisés pour enfants et adolescents<sup>3</sup>. Généralement, les jeunes adultes sont admis à partir de 20 ans, mais parfois aussi à partir de 16 ans. Il n'existe pas de limite d'âge supérieure, toutefois le handicap doit avoir été constaté avant l'âge de 60 ans.

Un deuxième critère porte sur l'existence d'une ou de plusieurs déficience(s) motrices ou somatiques graves, sensorielles ou intellectuelles, à condition que la personne ne présente pas de trouble psychiatrique prédominant (auquel cas l'orientation se fait vers les secteurs de psychiatrie).

L'absence d'autonomie de la personne, troisième critère fondamental, est ainsi définie dans la circulaire de 1978 : *« incapacité de la personne handicapée à se suffire à elle-même dans les actes essentiels de l'existence (...) avoir constamment recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante (lever, coucher, déplacements, repas, toilette, WC, etc.) donc l'existence d'une dépendance quasi-totale. »*

Enfin, un dernier critère porte sur le besoin d'une surveillance médicale et de soins constants, à l'exclusion des thérapies intensives et des soins intensifs dispensés uniquement dans les établissements de soins.

Ce type de structure s'est rapidement développé en trois décennies, absorbant une demande très forte, mais jamais complètement satisfaite, comme en témoignent les différents plans nationaux de création de places dont le dernier date de 2008-2012. En termes de prise en charge financière, les frais d'hébergement et de soins des personnes accueillies dans les MAS sont couverts par l'assurance maladie.

En parallèle sont créés, au cours des années 1980, des foyers proposant un accueil médicalisé. Connus au début sous le nom de foyers à double tarification (FDT), ils sont testés dans le cadre d'un programme expérimental entre 1986 et 2002 qui vise la création de nouvelles structures distinctes des MAS, et proches des foyers de vie et foyers occupationnels existants dont ils se distinguent par la dimension médicalisée de l'accueil (encadré 3). En effet, les foyers de vie (majorité d'internat) et les foyers occupationnels (plutôt des structures d'accueil de jour) accueillent des adultes dont le handicap ne permet pas, ou plus, d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé, mais qui bénéficient d'une autonomie physique ou intellectuelle suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes : activités ludiques, éducatives ainsi qu'une capacité à participer à une animation sociale et qui ne nécessitent pas de surveillance médicale ni de soins constants. Pour répondre aux besoins des personnes les plus gravement handicapées accueillies dans les foyers de vie et foyers occupationnels, les FDT sont des foyers d'hébergement dotés d'une organisation propre de soins (Circulaire de 1986, voir encadré 3). De ce fait, ils bénéficient d'un double financement, par l'assurance-maladie (pour le forfait soins) et par l'aide sociale départementale (pour le forfait hébergement), ce qui les différencie des autres structures d'hébergement pour adultes handicapés.

---

<sup>3</sup> Les établissements médico-éducatifs sont apparus au cours des années 1950 et se sont développés depuis, suivis plus tard par la création d'établissements d'hébergement et de travail protégé pour les adultes handicapés.

### Encadré 3 - Mise en place du programme expérimental qui aboutira à la création des FAM

#### Circulaire 86-6 du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés.

« L'accueil des adultes gravement handicapés dans l'impossibilité d'exercer une activité à caractère professionnel a constitué depuis quatre ans une priorité nationale. Deux types d'établissements répondent actuellement aux besoins d'hébergement de cette population:

- les maisons d'accueil spécialisé prévues à l'article 46 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, financées exclusivement par les régimes d'assurance maladie;
- les foyers dit «<de vie>> ou «<occupationnels>> qui sont des foyers d'hébergement créés en application de l'article 168 du code de la famille et de l'aide sociale dont le financement relève de l'aide sociale départementale.

Il s'agit, dans les deux cas, de personnes gravement handicapées qui nécessitent à la fois un hébergement social et un suivi médical ou paramédical important qui ne peut être assuré par le seul recours à des interventions extérieures (équipes de secteur psychiatrique, soins de ville). C'est pourquoi, il semble souhaitable dans certains cas que l'établissement d'hébergement puisse se doter d'une organisation propre de soins.

Dans cette optique, il a été décidé d'engager un programme expérimental de création de dix établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés dont la tarification comportera deux éléments, l'un relatif aux prestations de soins dispensées dans l'établissement, l'autre couvrant les frais d'hébergement. Cette expérience doit fournir les éléments d'une réforme plus large de la tarification des maisons d'accueil spécialisé et des foyers de vie. Elle fera l'objet d'une évaluation avant généralisation éventuelle.

Le programme expérimental ne concerne que les créations nouvelles d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés. Cela exclut du champ d'application de la présente circulaire les maisons d'accueil spécialisé et les foyers déjà installés.

#### Critères de sélection des établissements relevant du programme expérimental

Vous veillerez à ce que les dossiers des établissements susceptibles de relever du programme expérimental répondent aux caractéristiques suivantes:

Critères qualitatifs : Ces foyers constituent le logement permanent des personnes admises. Il convient à cet égard de porter une attention particulière à leur implantation et à leur conception. Il s'agira de veiller à ce que leur implantation permette une ouverture à la vie sociale. Il va de soi que les normes d'accessibilité doivent être respectées.

On cherchera à ne pas dépasser une capacité de quarante lits. La conception de l'établissement doit permettre une organisation en petites unités de vie de sept à huit personnes afin de donner à ces établissements un caractère familial. Les formules architecturales les plus diverses peuvent être retenues à l'exemple des établissements déjà existants: foyers implantés dans les logements collectifs et constitués d'appartements individuels et de partie commune, établissements en structure pavillonnaire, etc.

Le taux d'encadrement prévu ne devra pas être supérieur à un pour un. Le personnel devra être composé en majorité d'A.M.P. »

En 2002, la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>4</sup> donne une reconnaissance officielle aux FDT qu'elle rebaptise foyers d'accueil médicalisé (FAM). Ils constituent désormais une nouvelle forme d'accueil qui se développe rapidement sur le territoire, à côté des MAS et des foyers de vie / foyers occupationnels.

Une dizaine d'années après la circulaire de 1986 créant ces nouvelles structures d'hébergement, l'enquête ES réalisée fin 1997 indique que seuls 21 départements français en sont dépourvus ; ils ne sont plus que 4 en 2006. Fin 2010, un seul département ne dispose pas de FAM, mais compte toutefois une MAS, selon les données du fichier national des établissements sanitaires et sociaux – FINESS (tableau 1).

---

<sup>4</sup> Il s'agit de la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale dont l'un des principaux objectifs est de diversifier l'offre en établissements et services sociaux et médico-sociaux.

**Tableau 1 - Nombre de départements non équipés en FAM, MAS ou foyers de vie / foyers occupationnels, entre 1997 et 2010**

Départements non équipés en :	Au 31/12/1997	Au 31/12/2001	Au 31/12/2006	Au 31/12/2010
FAM	21	13	4	1
MAS	4	1	0	0
Foyers de vie / foyers occupationnels	5	4	1	1

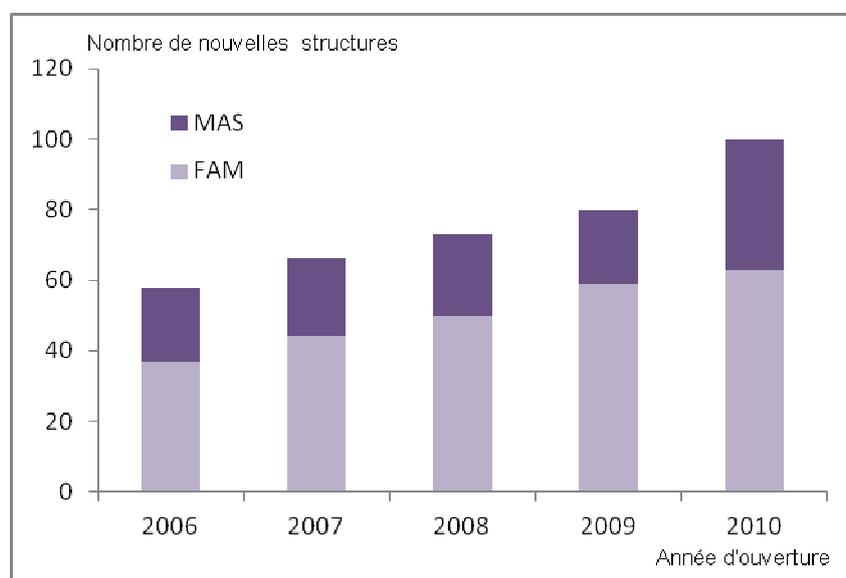
**Lecture :** 21 départements ne disposent d'aucun FAM sur leur territoire à la fin de l'année 1997 et seulement un département fin 2010.

**Champ :** Structures pour adultes handicapés- France métropolitaine et DOM.

**Sources :** DREES, enquêtes ES1997, ES2001 et ES2006. Répertoire FINESS, fin 2010.

Entre 2006 et 2010, le nombre de nouveaux FAM ouverts augmente tous les ans et il est deux fois plus élevé que le nombre de nouvelles MAS (selon FINESS) (figure 1). Ainsi sur cette période quinquennale, 253 nouveaux FAM ont été inscrits au répertoire FINESS, ce qui représente environ 4 900 places, et 124 nouvelles MAS sont installées, équipées d'environ 3 400 places.

**Figure 1 - Nombre d'ouvertures annuelles de MAS et de FAM depuis 2006**



**Lecture :** Au cours de l'année 2010, 37 MAS ont été créées et 63 Fam.

**Champ :** FAM et MAS autorisés et ouverts - France métropolitaine et DOM.

**Sources :** DREES, Répertoire FINESS, fin 2010.

## **Le nombre de FAM rattrape puis dépasse celui des MAS à partir de 2006**

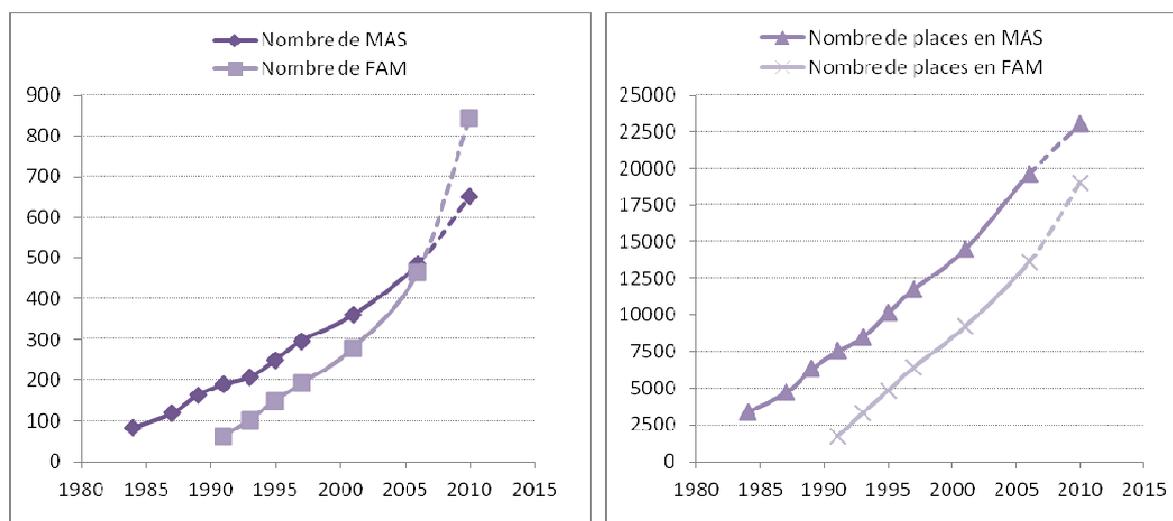
Le nombre de MAS et de FAM ainsi que leurs capacités d'accueil sont en croissance constante depuis leur création, sous l'impulsion donnée par les différents plans de création de places d'hébergement médico-social (1999-2005 puis 2008-2012<sup>5</sup>). Ces plans visent à résorber les listes d'attente pour l'entrée en structure d'hébergement, pour des adultes dont la gravité du handicap ne permet pas d'exercer une activité professionnelle, ni une activité de jour (par exemple dans le cadre d'un foyer de vie). Ils ont conduit pour la plupart, à la création de nouvelles structures, mais aussi à l'augmentation des capacités d'accueil dans les

<sup>5</sup> Site de la CNSA, rubrique « Établissements et services médico-sociaux », « Mise en œuvre des plans nationaux de création de places », <http://www.cnsa.fr/>

structures existantes, et la « médicalisation » de places en foyer de vie ou foyer occupationnel<sup>6</sup>.

Ainsi, entre 1991 et 2006<sup>7</sup>, le nombre de FAM a rattrapé celui des MAS. Depuis 2006, l'évolution des FAM est forte et leur nombre dépasse celui des MAS. Fin 2010, le répertoire national FINESS dénombre 844 FAM et 650 MAS. Mais bien que le nombre de FAM soit supérieur en 2010 au nombre de MAS, leurs capacités d'accueil restent toujours en deçà de celles constatées dans les MAS à la même date (figure 2). Rappelons que la circulaire qui lance le programme expérimental des FAM en 1986 incite à ce que leur capacité d'accueil ne dépasse pas 40 lits (encadré 3).

**Figure 2 - Évolution du nombre de structures et du nombre de places installées dans les MAS et les FAM, entre 1984 et 2010**



**Remarque** : dans les enquêtes ES, les données sur les FDT puis les FAM ne sont disponibles qu'à partir de 1991.

**Lecture** : En 1991, l'enquête ES recensait 61 FDT (futurs FAM) disposant de 1 700 places.

**Champ** : MAS et FAM - France métropolitaine et DOM.

**Sources** : DREES, Enquêtes ES entre 1984 et 2006 et Répertoire FINESS, pour les données fin 2010.

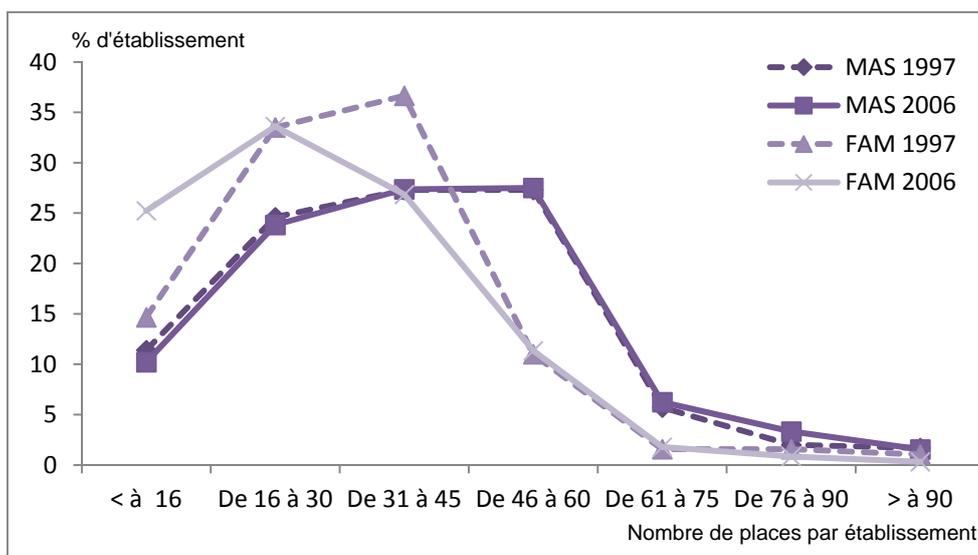
## Les FAM, des structures relativement plus petites que les MAS

La répartition des MAS selon leur capacité d'accueil reste relativement stable sur la décennie 1997-2006, avec une capacité d'accueil moyenne de 40 places et une grande dispersion autour de cette valeur (figure 3). La part des plus grandes structures tend cependant à augmenter : celles pouvant accueillir plus de 45 adultes représentent 37 % de l'ensemble des maisons d'accueil spécialisé en 1997, 39 % en 2006 et plus de 40 % fin 2010 (selon les données FINESS).

<sup>6</sup> Dans ce document, les places médicalisées au sein des foyers de vie et foyers occupationnels ne sont pas étudiées, l'analyse porte uniquement sur les deux structures FAM et MAS.

<sup>7</sup> Les FDT puis les FAM font partie du champ de l'enquête ES à partir de 1991.

**Figure 3 - Répartition des MAS et des FAM enquêtés selon la capacité d'accueil installée. Situations en 1997 et en 2006**



**Lecture** : Au 31 décembre 2006, 25 % des FAM ont une capacité d'accueil inférieure à 16 places.

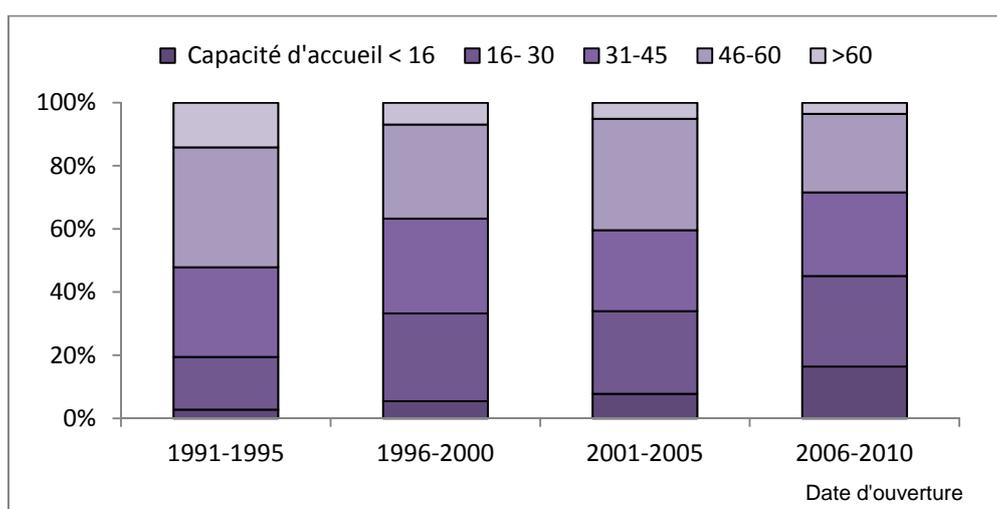
**Champ** : MAS et FAM - France métropolitaine et DOM.

**Sources** : DREES, Enquêtes ES1997, ES2006.

L'évolution constatée pour les FAM va dans le sens contraire. En 2006, les FAM rassemblent davantage de petites structures que dix ans plus tôt : au 31 décembre 2006, environ 60 % des FAM recensés comptent 30 places d'accueil ou moins, contre 48 % en 1997. En 2006, le quart des FAM sont des structures pouvant accueillir au maximum 15 adultes (figure 3).

Ceci est la résultante de deux phénomènes : d'une part les structures conservent tout au long de leur existence la taille qu'elles avaient à leur création ; d'autre part, les capacités d'accueil des nouveaux FAM diminuent au fil des années. La proportion de FAM qui disposent de moins de 30 places passe de 20 % pour les structures ouvertes entre 1991 et 1995 à plus de 45 % pour celles créées entre 2006 et 2010 (figure 4).

**Figure 4 - Répartition des FAM depuis 1991 selon leur date d'ouverture et leur capacité d'accueil**



**Lecture** : 45 % des FAM ouverts au cours de la période 2006-2010 disposent d'une capacité d'accueil égale à 30 places ou moins.

**Champ** : FAM ouverts - France métropolitaine et DOM.

**Source** : DREES, Répertoire FINISS, fin 2010.

## L'internat, principal mode d'accueil en MAS et en FAM...

Pour les deux types d'établissements, plus de 90 % des places sont réservées à l'accueil en internat (complet ou de semaine) à la fin de l'année 2006 (tableau 2). L'accueil de jour est limité à 5 % des places en FAM et 6,5 % des places en MAS. Par ailleurs, les places réservées à l'accueil temporaire restent très marginales dans l'un comme dans l'autre type de structure.

**Tableau 2 - Répartition des places installées selon le type d'accueil en MAS et en FAM.  
Situation au 31 décembre 2006**

Type d'accueil	MAS	FAM
Internat (complet, de semaine, regroupé...)	91,7	91,2
Externat : accueil de jour (sans hébergement)	6,5	5,3
Accueil temporaire	1,2	1,0
Hébergement éclaté (dans des chambres ou des appartements extérieurs à l'établissement)	0,2	1,2
Prestation sur le lieu de vie / prestation en milieu ordinaire	0,2	0,4
Accueil familial	0,1	0,0
Autre	0,1	0,9
Total	100,0	100,0
<b>Total places</b>	<b>19 622</b>	<b>13 622</b>

**Lecture** : 92 % des places en MAS sont de l'accueil en internat.

**Champ** : MAS, FAM – France métropolitaine et DOM.

**Sources** : DREES, Enquête ES2006.

À la fin de l'année 1997, la proportion de places réservées à l'accueil en internat dans les MAS et dans les FAM était d'environ 95 %. Les nomenclatures de l'enquête sur ce champ ayant toutefois subi d'importants changements, il n'est pas possible d'examiner les évolutions des autres modes d'accueil.

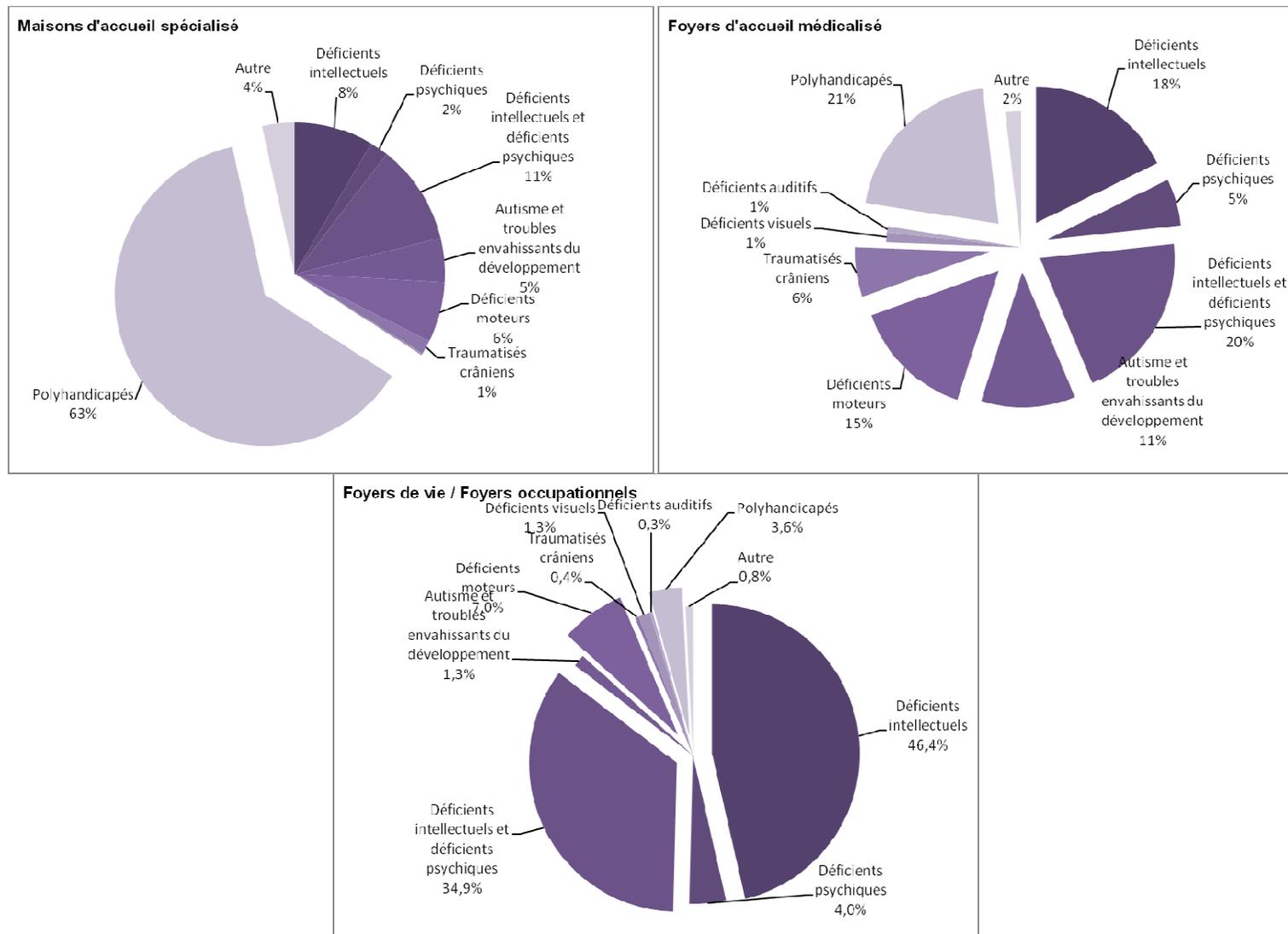
## ... mais des agréments de clientèle qui les différencient sensiblement

Les MAS sont équipées pour accueillir essentiellement des adultes souffrant de polyhandicap (62 % des places sont agréées pour ce type de déficience) et, dans une moindre proportion, des personnes souffrant d'une déficience intellectuelle et/ou psychique (21 %) (figure 5). Les foyers de vie et foyers occupationnels offrent, quant à eux, une majorité de places à des adultes déficients intellectuels ou psychiques (85 % des places agréées). Les FAM proposent des places d'accueil à des publics dont le profil de déficience est plus diversifié. Ils peuvent ainsi recevoir des adultes déficients intellectuels et/ou psychiques (44 % des places agréées pour l'accueil de ce profil de déficience), des personnes polyhandicapées (20 %), des déficients moteurs (15 %) et des adultes souffrant de troubles autistiques ou troubles envahissants du développement (11 %).

Cette diversification des agréments des FAM s'explique sans doute par le fait que ces structures furent initialement créées pour répondre à des demandes de prise en charge d'adultes ne pouvant être accueillis ni dans les MAS ni dans les foyers de vie / foyers occupationnels existants. Ils se situent entre la MAS, qui prend en charge des personnes fortement dépendantes, et le foyer de vie / foyer occupationnel qui accueille des personnes relativement autonomes physiquement et intellectuellement mais qui n'ont pas les capacités pour exercer une activité, y compris en milieu protégé. Les FAM accueillent des adultes qui, malgré une relative autonomie, nécessitent des prises en charge spécifiques en soins.

La création de places en MAS et FAM, actuellement programmée, préconise qu'un effort particulier soit fait en direction de l'accueil des personnes souffrant d'autismes ou autres troubles envahissants du développement, de troubles psychiques, et de polyhandicaps (CNSA, 2008). L'effet de ces politiques, dont il est pour le moment prématuré de saisir les retombées, reste à observer dans les prochaines enquêtes, tant au niveau des évolutions des structures spécialisées dans l'accueil d'un type de public, que dans la création d'unités spécifiquement dédiées à l'accompagnement d'un type de public au sein des structures.

**Figure 5 - Répartition des places installées selon les agréments de clientèle dans les MAS, foyers de vie / occupationnels et les FAM. Situation au 31 décembre 2006**



**Lecture :** Au 31 décembre 2006, 62 % des places installées en MAS sont dédiées à l'accueil de personnes souffrant de polyhandicap.

**Champ :** MAS, foyers de vie / foyers occupationnels et FAM - France métropolitaine et DOM.

**Sources :** DREES, Enquête ES2006.

## Des adultes relativement plus autonomes physiquement et intellectuellement dans les FAM

Les résidents des MAS, comparativement à ceux des FAM, semblent plus dépendants d'une aide humaine dans les activités essentielles du quotidien telles que communiquer avec autrui, se laver ou se déplacer à l'intérieur du lieu d'hébergement. Plus de la moitié des résidents dans les MAS ne peuvent communiquer seuls (60 % contre 41 % dans les FAM) ; 71 % ont besoin d'aide ou de stimulation pour assurer l'hygiène corporelle (contre 49 % dans les FAM) et plus de la moitié ne peuvent se déplacer seuls dans les pièces d'un même étage ou le font avec difficultés (contre 38 % dans les FAM) (tableau 3).

**Tableau 3 - Répartition des personnes accueillies dans les MAS et les FAM selon leur capacité à réaliser trois activités de la vie quotidienne (communiquer, se laver, se déplacer)**

Question relative à l'incapacité :	MAS	FAM
<b>La personne communique-t-elle avec autrui sans l'aide d'un tiers ?</b>		
oui, sans difficultés	9,4	25,8
oui, avec difficultés	23,7	31,3
Non, besoin d'aide	60,3	40,8
NSP	6,6	2,1
<b>La personne se déplace-t-elle dans son lieu d'hébergement sans l'aide de quelqu'un ? (dans les pièces situées à un même étage)</b>		
Oui, sans aide	36,6	60,4
Oui, avec difficultés	21,0	17,1
Non, besoin d'aide	38,5	21,3
NSP	3,8	1,1
<b>La personne fait-elle sa toilette seule ?</b>		
Oui, sans aide	1,4	8,5
Oui, avec quelques difficultés	3,7	11,6
Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle	21,8	30,1
Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout	71,4	49,2
NSP	1,6	0,6

**Remarque :** Les questions sur les incapacités ont été collectées de manière aléatoire sur un échantillon d'adultes, ceux nés entre le 1<sup>er</sup> et le 7 du mois.

**Lecture :** 60 % des adultes accueillis en MAS ne peuvent communiquer seuls sans l'aide d'un tiers.

**Champ :** MAS, FAM – France métropolitaine et DOM.

**Sources :** DREES, Enquête ES2006.

On pourrait penser que cette plus grande dépendance des résidents des MAS est liée à la plus forte prévalence du polyhandicap<sup>8</sup> qui nécessite la présence permanente d'aidants pour les actes essentiels de la vie quotidienne (comme se déplacer, s'alimenter) et la dispense de soins réguliers (Dutheil, 2005). En effet, la proportion de personnes dont la déficience principale est le polyhandicap est de 30 % en MAS et 10 % en FAM. (tableau 4). Dans les MAS, la proportion élevée de personnes polyhandicapées est en lien avec la proportion importante de places agréées pour ce handicap (62 %).

Or, même en écartant la population souffrant de polyhandicap dans les MAS, les incapacités des usagers restent plus fortes comparativement aux FAM, quelles que soient les déficiences retenues. Les déficiences des adultes accueillis en MAS s'avèrent donc plus invalidantes que celles des personnes accueillies dans les FAM, puisqu'elles entraînent des restrictions

<sup>8</sup> La circulaire n°89-19 du 30 octobre 1989 définit le polyhandicap ainsi : « handicap grave à expressions multiples, chez lesquels la déficience mentale sévère et la déficience motrice sont associées à la même cause, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relations. »

d'activités absolues (l'usager ne peut pas faire sans aide), notamment dans le déplacement à l'intérieur du lieu de vie ou la communication avec autrui. Cela est probablement à mettre en lien avec l'histoire de création des MAS, structures médico-sociales à la frontière du champ sanitaire et parfois issues d'unités hospitalières (fin 2010, 14 % des MAS sont gérées par un établissement public hospitalier contre 6 % des FAM).

Cette plus forte dépendance des adultes accompagnés implique un encadrement plus important du personnel en MAS qu'en FAM : 120 personnels pour 100 places contre 106 dans les FAM. Rappelons ici que la circulaire de 1986, relative à la mise en place du programme expérimental des FDT, précisait que le taux d'encadrement ne devait pas être supérieur à 1 (encadré 3), condition inexistante dans le cas des MAS.

**Tableau 4 - Répartition des personnes hébergées en MAS et en FAM, selon leur déficience principale**

Déficience principale	Ensemble des adultes accueillis	
	MAS	FAM
Déficience intellectuelle	38,7	42,6
<i>dont Retard mental profond et sévère</i>	<i>32,3</i>	<i>26,0</i>
Déficience du psychisme	10,6	20,0
Déficience du langage et de la parole	0,4	0,4
Déficience auditive	0,4	1,2
Déficience visuelle	0,3	1,5
Déficience motrice	9,5	18,4
Plurihandicap (plusieurs déficiences de même gravité empêchant de déterminer une déficience principale)	9,9	5,6
Déficience viscérale, métabolique, nutritionnelle	0,2	0,2
Polyhandicap (associant une déficience mentale grave à une déficience motrice importante)	29,4	9,6
Autre déficience	0,5	0,5
Total	100,0	100,0
Effectif répondant	19 458	13 518

\* Autre déficience = langage et parole, viscérale, métabolique, nutritionnelle.

**Lecture** : 29,4 % des adultes accueillis en MAS souffrent de polyhandicap.

**Champ** : MAS et FAM - France métropolitaine et DOM.

**Sources** : DREES, Enquête ES2006.

La composition du personnel est quasi identique dans les deux types de structures : les aides-médico-psychologiques et les aides soignants représentent en temps de travail une grande partie du personnel (49 % en MAS et 42 % en FAM), suivis des agents de service général (puisque ces structures fonctionnent essentiellement autour de places d'internat). Les éducateurs et les moniteurs éducateurs d'une part, et les infirmiers d'autre part, constituent pour l'essentiel le reste des professionnels en contact direct avec les personnes accueillies. En revanche, le taux d'encadrement pour ces fonctions est sensiblement plus élevé en MAS, avec notamment 33 aides-médico-psychologiques pour 100 places en MAS et 25 aides-soignants contre 25 et 20 respectivement en FAM (tableau 5).

**Tableau 5 - Répartition des effectifs du personnel en équivalent temps plein et des taux d'encadrement selon la fonction principale exercée, dans les MAS et les FAM. Situation au 31 décembre 2006**

Fonction principale exercée	Effectifs en ETP (%)		Taux d'encadrement (%)	
	MAS	FAM	MAS	FAM
Personnel de direction, de gestion et d'administration	5,7	5,9	6,8	6,3
Personnel des services généraux	15,7	16,6	18,9	17,6
Personnel d'encadrement sanitaire et social	2,2	2,4	2,6	2,7
<i>dont</i> Chef de service éducatif	1,1	1,4	1,3	1,5
Personnel éducatif, pédagogique et social	37,5	37,5	44,8	40,0
<i>dont</i> Educateur spécialisé y compris éducateur PJJ	2,6	4,2	3,2	4,4
Moniteur éducateur	3,4	4,8	4,0	5,1
Aide-médico-psychologique	27,8	23,8	33,3	25,3
Personnel médical	0,8	0,6	0,9	0,7
Psychologue et personnel paramédical	33,6	31,7	40,5	33,8
<i>dont</i> Psychologue	0,7	1,1	0,9	1,2
Infirmier DE et autorisé	6,1	6,4	7,4	6,8
Aide-soignant	21,1	18,4	25,4	19,5
Candidat-élève sélectionné aux emplois éducatifs	4,5	4,8	5,3	5,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>120,0</b>	<b>106,2</b>

**Lecture** : Dans les MAS, 28 % du personnel est composé d'aide-médico-psychologique.

**Champ** : MAS et FAM - France métropolitaine et DOM.

**Sources** : DREES, Enquête ES2006.

## Des structures par âge vieillissantes, plus marquées dans les FAM

Les MAS comme les FAM accueillent une majorité d'hommes (56 % dans un cas et 58 % dans l'autre). Cette surreprésentation masculine est d'ailleurs observée dans toutes les structures médico-sociales pour personnes handicapées (DREES, 2009). Les âges médians et moyens sont proches en MAS et en FAM une année donnée et font état d'un net vieillissement de la population accueillie dans les deux types de structures entre 1995<sup>9</sup> et 2006. L'âge moyen des personnes accueillies passe de 34 ans en 1995 à 40 ans en 2006 dans les MAS, et de 35 ans à 41 ans dans les FAM (tableau 6). En une dizaine d'années, dans les MAS comme dans les FAM, la part des personnes de moins de 35 ans a décliné en faveur de celle des personnes de plus de 40 ans (figure 6).

<sup>9</sup> L'enquête ES 1997 n'a pas collecté de données individuelles sur les personnes accueillies dans les structures, cette information ayant été recueillie deux ans plus tôt par ES 1995 (à ce moment l'enquête ES était biennale). Par conséquent, ce sont les données individuelles de cette dernière qui seront utilisées ici.

**Tableau 6 - Mesures de l'âge et du séjour des populations accueillies dans les MAS et les FAM  
Situations en 1995 et 2006**

Mesures...	MAS		FAM	
	Au 31/12/1995	Au 31/12/2006	Au 31/12/1995	Au 31/12/2006
<b>... de l'âge des personnes présentes :</b>				
Âge moyen	34 ans	40 ans	35 ans	41 ans
Âge médian	32 ans	39 ans	32 ans	40 ans
Proportion de 55 ans ou plus	4%	12%	8%	16%
Proportion des 60 ans ou plus	2%	5%	3%	7%
<b>... de l'âge des personnes entrées au cours de l'année précédent l'enquête :</b>				
Âge moyen	31 ans	34 ans	32 ans	38 ans
Proportion de 40 ans ou plus	25%	35%	29%	47%
Proportion de moins de 25 ans	40%	34%	38%	25%
<b>... de l'âge des personnes sorties au cours de l'année précédent l'enquête :</b>				
Âge moyen à la sortie de la structure enquêtée	--	40 ans	--	44 ans
<b>... du séjour :</b>				
Ancienneté moyenne de séjour	8 ans	10 ans	6 ans	7 ans
Proportion des personnes présentes depuis plus de 15 ans	15%	25%	-	10 %

-- Données non disponibles dans l'enquête ES1995.

**Lecture :** les adultes admis en MAS au cours de l'année 2006 étaient âgés en moyenne de 34 ans.

**Champ :** MAS et FAM - France métropolitaine et DOM.

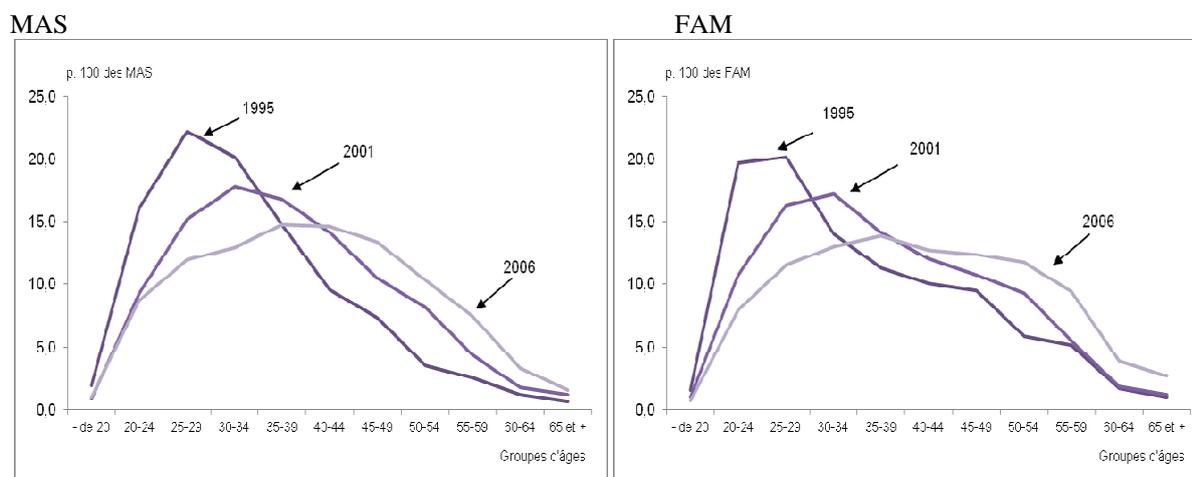
**Sources :** DREES, Enquêtes ES1995, ES2006.

Depuis 1995, la part des personnes âgées de 55 ans ou plus a doublé dans les FAM et triplé dans les MAS bien qu'il reste en 2006 relativement plus important dans les FAM (16 % contre 12 % respectivement en MAS). De même, les proportions d'adultes âgés de 60 ou plus, très faibles en 1995 et en 2001, commencent à se distinguer en 2006 et atteignent le seuil des 5 % en MAS et 7 % en FAM (tableau 6 et figure 6). D'ailleurs, 16 % des FAM et 7 % des MAS déclarent disposer en 2006 d'unités spécifiques pour l'accueil de personnes « handicapées vieillissantes »<sup>10</sup>.

Malgré leur population plus âgée, les sorties pour cause de décès sont moins fréquentes dans les FAM que dans les MAS (respectivement 38 % et 60 % des sorties) en raison de l'état de santé plus fragile des usagers des MAS (voir *supra*). L'enquête ES ne permet pas d'estimer l'espérance de vie, mais calcule un âge moyen au décès qui s'élève à 52 ans dans les FAM et 45 ans dans les MAS.

<sup>10</sup> Pour reprendre la terminologie utilisée dans le questionnaire de l'enquête ES2006. Aucun âge n'était précisé, ce qui laissait la notion de « vieillissant » ouverte à l'appréciation de chaque établissement.

**Figure 6 - Répartition par groupes d'âges de la population accueillie dans les MAS et les FAM.  
Situations en 1995, 2001 et 2006**



**Lecture :** À la fin de l'année 1995, 22 % des adultes accueillis en MAS sont âgés de 25 à 29 ans.

**Champ :** MAS et FAM – France métropolitaine et DOM.

**Sources :** DREES, Enquêtes ES1995, ES2001, ES2006.

## Le processus de vieillissement, conséquence de plusieurs facteurs

Le vieillissement de la population accueillie dans les MAS et les FAM (figure 6) est un processus en cours depuis plusieurs années (Vanovermeir, 2004) en dépit du flux important de personnes entrées dans ces structures au cours des dix dernières années. Ce processus est alimenté par l'allongement des durées de séjour du fait de l'augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées<sup>11</sup>, et les entrées plus tardives dans ces institutions.

L'allongement des durées de séjour est davantage visible dans les MAS qui, pour la plupart, ont une existence plus longue que les FAM. En moyenne, l'ancienneté au sein d'une même structure des personnes présentes passe de 8 ans en 1995 à 10 ans en 2006 dans les MAS et de 6 ans à 7 ans dans les FAM. En MAS, la proportion de personnes présentes depuis 15 ans ou plus augmente quant à elle considérablement, de 15 % en 1995, elle atteint 25 % en 2006 (tableau 6). L'allongement des durées de séjour provient également de l'absence d'âge limite d'accueil dans les MAS (encadré 2).

L'âge moyen à l'entrée augmente quant à lui plus nettement dans les FAM que dans les MAS. Les personnes entrées en 1995 en FAM avaient en moyenne 32 ans, celles entrées en 2006, 38 ans. Dans le même temps l'âge moyen d'entrée en MAS est passé de 31 ans à 34 ans (tableau 6). Les admissions dans ces deux établissements d'hébergement se font de moins en moins directement à la sortie d'une structure d'accueil pour enfants. Ainsi, en une dizaine d'années, la part des personnes âgées d'au moins 40 ans parmi les entrants a fortement progressé, en 2006, elle atteint ainsi 47 % en FAM et 35 % en MAS. Parallèlement, la proportion des personnes admises en MAS âgées de moins de 25 ans a sensiblement diminué entre 1995 et 2006 passant de 40 % à 34 %, et de 38 % à 25 % dans le cas des FAM. Par

<sup>11</sup> Une revue de la littérature sur la question du vieillissement des personnes handicapées a été réalisée en 2003 à la demande de la DREES (Azéma et Martinez, 2005).

ailleurs, on observe que la proportion de jeunes adultes maintenus dans un établissement pour adolescents au-delà de l'âge de 20 ans (pouvant aller jusqu'à 28 ans) au titre de l'amendement Creton<sup>12</sup> est croissante (encadré 4).

#### Encadré 4 - Les amendements Creton et les orientations en MAS et FAM

Les enquêtes ES indiquent des proportions relativement élevées de jeunes adultes maintenus dans un établissement pour enfants au titre de l'amendement Creton.

Ces proportions sont les plus élevées dans les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés, et augmentent d'une enquête à l'autre : sur l'ensemble des sortants de ce type d'établissement en 2006, 39 % bénéficiaient de l'amendement Creton avant la sortie, soit environ 240 jeunes, contre 26 % en 2001. La grande majorité des personnes sorties de ce type de structure et qui bénéficiait d'un amendement Creton avant la sortie est orientée vers une MAS (79 % en 2006).

Du côté des instituts d'éducation motrice (IEM), parmi les sortants qui bénéficiaient d'un amendement Creton, 31 % sont orientés vers une MAS ou un FAM (soit environ 200 jeunes adultes) et une grande majorité est prise en charge par la famille. Enfin, les sortants des instituts médico-éducatifs (IME) qui bénéficiaient d'un amendement Creton sont 11 % à être orientés vers une MAS ou un FAM (environ 2500 jeunes adultes) et plus de la moitié (53 %) à être pris en charge par leur famille (tableau).

Ces données indiquent la non immédiateté de l'accueil en MAS ou en FAM des jeunes sortis d'une structure pour enfants et ayant besoin de soins. Cela se traduit par un maintien plus ou moins long dans la structure pour enfants grâce à l'amendement Creton dans l'attente d'une place d'accueil (40 % des jeunes adultes sortis d'un établissement pour enfants polyhandicapés étaient âgés entre 23 et 25 ans au moment de la sortie et 17 % âgés de 26 ans ou plus) ou par un retour au sein de la famille dans l'attente d'une solution d'accueil adaptée<sup>(1)</sup>.

#### Profils et orientations à la sortie d'une structure pour enfants et adolescents (établissements pour polyhandicapés, IEM et IME)

	Jeune adulte sortis d'un :		
	Établissement pour enfants polyhandicapés	Institut d'éducation motrice (IEM)	Institut médico-éducatif (IME)
Nombre de jeunes sortis qui bénéficiaient d'un amendement CRETON	236 en 2006 108 en 2001	206 en 2006 117 en 2001	2 509 en 2006 2 054 en 2001
Proportion de jeunes qui bénéficiaient d'un amendement CRETON parmi l'ensemble des sortants	39% en 2006 26% en 2001	16% en 2006 10% en 2001	21% en 2006 18% en 2001
Âge des jeunes sortis en 2006 et qui bénéficiaient d'un amendement CRETON	38 % (20-22 ans) 40 % (23-25 ans) 17 % (26 ans ou +)	66% (20-22 ans) 24 % (23-25 ans) 6 % (26 ans ou +)	83% (20-22 ans) 13 % (23-25 ans) 2 % (26 ans ou +)
Orientation des jeunes sortis en 2006 et qui bénéficiaient d'un amendement CRETON	79 % orientés en MAS/FAM	31 % orientés en MAS/FAM	11 % orientés en MAS/FAM
	11 % pris en charge par leur famille	sinon pris en charge par leur famille	53% pris en charge par leur famille et 20 % orientés vers un foyer pour adultes handicapés

**Champ** : Sortants au cours de l'année 2006 d'un établissement pour polyhandicapés, d'un IEM ou d'un IME - France métropolitaine et DOM.

**Sources** : DREES, Enquêtes, ES2001, ES2006.

<sup>(1)</sup> Les données des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pourront éclairer la question des listes d'attente, des caractéristiques des personnes concernées ainsi que leur parcours institutionnel et/ou en milieu ordinaire.

L'enquête ES 2006 ne décrit pas la situation des personnes avant leur admission dans la structure enquêtée<sup>13</sup> mais permet de suivre l'orientation des personnes sorties en 2006 de

<sup>12</sup> L'article 22 de la Loi 89-18 du 13 janvier 1989 stipule que : « Lorsqu'une personne handicapée placée dans un établissement d'éducation spéciale ne peut être immédiatement admise dans un établissement pour adulte (...) ce placement peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée (...) »

<sup>13</sup> Cette question a été rajoutée dans la prochaine enquête ES 2010.

chacun des différents établissements d'accueil, une manière indirecte d'estimer des fragments de parcours institutionnels.

Peu d'adultes de 40 ans ou plus sortis d'une structure médicosociale, quelle qu'elle soit, sont orientés vers une MAS ou un FAM (tableau 7). Ainsi, seuls 7 % des résidents âgés de 40 ans ou plus sortant d'un foyer d'hébergement et 6 % de ceux sortant d'un foyer de vie sont réorientés vers un FAM en 2006.

Il existe très peu de passages entre les MAS et les FAM : seuls 2 % des adultes âgés de 40 ans ou plus sortis d'un FAM sont réorientés vers une MAS, et aucune orientation n'est constatée d'une MAS vers un FAM (tableau 7). Ce résultat est également vérifié sur l'ensemble des sortants des MAS et des FAM, et ce, quel que soit l'âge. Ces deux catégories de structures, distinctes au niveau du profil de déficience des adultes accueillis et de leur niveau de dépendance (voir *supra*) semblent donc également se distinguer dans leur fonctionnement.

Les parcours institutionnels sont difficilement mesurables dans les enquêtes ES car l'orientation vers une autre structure ne correspond pas toujours à une admission effective.

**Tableau 7 - Type d'hébergement des adultes âgés de 40 ou plus après leur sortie d'une structure d'accueil pour adultes handicapés (sortants au cours de l'année 2006)**

Proportion de personnes sorties de :	Situation après la sortie (1)									Total
	Logement personnel	Famille	Foyer pour adultes (2)	MAS	FAM	Étab. pour personnes âgées	Étab. de santé	Autre (3)	Sans objet : décédés	
ESAT	37	17	21	1	2	7	3	5	7	100
Foyer hébergement	17	7	32	--	7	16	5	10	6	100
Foyer de vie	5	9	18	2	6	20	14	9	17	100
Foyer polyvalent (4)	6	5	37	4	2	14	5	8	19	100
FAM	6	8	4	2	3	11	11	6	49	100
MAS	12	2	--	7	--	2	4	3	70	100

(1) Cette donnée est déclarée par la structure enquêtée, à savoir celle que l'adulte a quittée. Il peut donc s'agir d'une orientation effective, d'un projet d'orientation, d'une inscription sur liste d'attente ou d'un souhait. Elle ne traduit donc pas forcément un accueil effectif.

(2) Regroupe les foyers d'hébergement et les foyers de vie / foyers occupationnels.

(3) Autre = établissement social, famille d'accueil, situation inconnue, CRP, ...

(4) Les foyers polyvalents : catégorie récemment créée (2005) pour désigner les foyers d'hébergement qui proposent à la fois de l'internat, des activités occupationnelles et une prise en charge médicalisée.

**Lecture :** Au cours de l'année 2006, 6 % des adultes sortis d'un foyer de vie/occupationnel étaient orientés vers un FAM.

**Champ :** Personnes âgées de 40 ans ou plus sorties d'une structure pour adultes handicapés – France métropolitaine et DOM.

**Sources :** DREES, Enquête ES2006.

Il manque à ces données strictement liées aux passages d'une institution à une autre, les adultes qui, avant leur accueil en institution, vivaient à domicile et ceux qui étaient dans un établissement du secteur sanitaire (hospitalisations en psychiatrie). On peut faire l'hypothèse que ces deux types de situations représenteraient une part non négligeable des entrants, compte tenu des données présentées ci-dessus.

## **Les personnes handicapées âgées de 60 ans ou plus**

À partir de 60 ans, la surreprésentation masculine (52 % dans les deux types de structures) est moins marquée que dans l'ensemble des personnes accueillies en MAS et en FAM (respectivement 56 % et 58 %).

La majorité des personnes de plus de 60 ans accueillies en MAS et en FAM ont entre 60 et 64 ans, mais la part des personnes âgées de 70 ans ou plus n'est pas négligeable (tableau 8).

Leur présence dans la structure est nettement plus ancienne dans les MAS : 37 % des personnes âgées de 60 ans ou plus séjournent dans la même MAS depuis plus de 15 ans, contre 16 % dans les FAM<sup>14</sup>.

Les personnes handicapées âgées de 60 ans ou plus souffrent principalement d'une déficience intellectuelle (environ la moitié des personnes en MAS et en FAM) et sont moins nombreuses à être atteintes de polyhandicap par rapport à l'ensemble des personnes accueillies (tableau 4 et tableau 8). En effet, les personnes polyhandicapées ont la durée de vie moyenne la moins élevée notamment à cause de la plus grande vulnérabilité de leur état de santé (Galdin et al., 2010).

Souffrant de déficiences moins sévères que l'ensemble des personnes accueillies, les personnes handicapées âgées paraissent plus autonomes dans les activités qui mobilisent des capacités cognitives (comme communiquer avec autrui) mais tout aussi dépendantes pour celles plus élémentaires de la vie quotidienne qui font appel également aux capacités physiques (comme se déplacer seul dans le lieu d'hébergement ou faire sa toilette sans l'aide de quelqu'un) (tableau 3 et tableau 8).

---

<sup>14</sup> Là encore, l'ancienneté moindre des FAM par rapport aux MAS peut expliquer une partie de cette différence.

**Tableau 8 - Caractéristiques des personnes âgées de 60 ans ou plus présentes dans les MAS et les FAM fin 2006**

Répartition (%)	MAS	FAM
<b>Âges</b>		
60-64	65,1	59,3
65-69	23,4	24,8
70+	11,6	16,0
<b>Sexe</b>		
Masculin	52,0	51,6
Féminin	48,1	48,4
<b>Ancienneté</b>		
Inf. à 6 ans	21,1	44,4
6 à 10	25,0	18,3
11 à 15	17,1	21,7
16 à 20	15,5	10,3
plus de 20	21,3	5,34
<b>Déficiência principale</b>		
Intellectuelle	46,7	50,9
Psychique	10,5	19,9
Auditive	0,4	1,1
Visuelle	0,2	0,7
Motrice	13,1	18,8
Plurihandicap	9,7	4,1
Polyhandicap	18,1	4,2
Autre déficiência*	1,4	0,4
<b>La personne communique-t-elle avec autrui sans l'aide d'un tiers ?</b>		
Oui, sans difficulté	15,3	29,2
Oui, avec difficulté	31,1	42,3
Non, besoin d'aide	48,3	26,4
Ne sait pas	5,3	2,0
<b>La personne se déplace-t-elle dans son lieu d'hébergement sans l'aide de quelqu'un ?</b>		
Oui, sans aide	34,3	51,5
Oui, avec difficultés	22,7	21,9
Non, besoin d'aide	40,1	25,5
Ne sait pas	2,7	1,2
<b>La personne fait-elle sa toilette seule ?</b>		
Oui, sans aide	1,1	5,2
Oui, mais avec quelques difficultés	4,1	10,0
Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle	19,8	31,8
Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout	73,7	52,0
Ne sait pas	1,3	1,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Effectifs concernés</b>	<b>977</b>	<b>891</b>

\* Autre déficiência = langage et parole, viscérale, métabolique, nutritionnelle,

**Lecture** : Fin 2006, parmi les 60 ans et plus accueillis en FAM, 16 % sont âgés de 70 ans ou plus.

**Champ** : Personnes âgées de 60 ans ou plus présentes en MAS et en FAM - France métropolitaine et DOM.

**Sources** : DREES, Enquête ES2006.

Cependant, comme cela été constaté pour l'ensemble des populations hébergées dans une MAS ou un FAM (tableau 4), le degré de déficiência semble plus sévère pour les personnes de 60 ans et plus accueillies en MAS (tableau 8) : les déficiences intellectuelles correspondent essentiellement à un retard mental profond et sévère, tandis qu'en FAM, il s'agit pour la moitié d'un retard mental profond et sévère et pour l'autre moitié d'un retard mental moyen<sup>15</sup>. De même, les déficiences motrices renvoient en MAS à un déficit de la mobilité des quatre membres, alors qu'en FAM une partie des déficiences motrices relèvent d'un déficit des deux

<sup>15</sup> La nomenclature des déficiences proposées dans l'enquête ES a été établie initialement à partir de la classification international du handicap (CIH, OMS) et elle est régulièrement mise à jour à chaque nouvelle édition de l'enquête.

membres inférieurs. Enfin, la grande majorité des personnes âgées de 60 ans ou plus sorties des MAS sont décédées (92 % des sorties), et 6 % sont parties vers un établissement pour personnes âgées. Ces proportions diffèrent lorsqu'il s'agit des FAM, où 69 % des sorties sont dues à un décès, et 22 % des sortants sont réorientés vers un établissement pour personnes âgées. Le nombre de personnes concernées par une prise en charge en structure pour personnes âgées reste ainsi très faible.

L'accueil d'un public de plus en plus âgé pose un certain nombre d'interrogations sur le fonctionnement des MAS et des FAM et les adaptations à envisager notamment dans la formation du personnel (Rapport Blanc, 2006 ; CNSA, 2010 ; ONFRIH, 2011). Des professionnels du terrain exerçant en FAM et en MAS témoignent du ralentissement du rythme de vie, déjà différent chez les personnes handicapées, et qui s'accroît avec l'avancée en âge, et de la plus grande fatigabilité physique et mentale accompagnée par une tendance au repli sur soi (Lien social, 2009). Ces capacités altérées exigent un besoin d'encadrement plus important. Mais les professionnels rappellent que les accompagnants au quotidien tels que les aides médico-psychologiques et les éducateurs restent peu ou pas formés aux questions du vieillissement, comme peut l'être le personnel des établissements pour personnes âgées (lui-même insuffisamment formé aux questions du handicap).

Par ailleurs, le constat de l'insuffisance des places d'accueil dans les MAS et les FAM du début des années 2000 (IGAS, 2003) perdure à la fin de la décennie malgré les évolutions positives de l'équipement (figure 2). Au début des années 2000, les solutions de relais pour les personnes handicapées vieillissantes sont mal connues tandis que les personnes sur liste d'attente pour une admission dans ces structures sont jeunes. Les créations de places prévues par les plans pluriannuels sur la décennie 2000 ont été effectives comme l'illustre la figure 2. Pourtant, le bilan dressé à l'occasion de l'élaboration du programme pluriannuel de créations de places 2008-2012 souligne toujours les insuffisances et la nécessité d'un nouveau plan (CNSA, 2008). Le financement de 13 000 nouvelles places en MAS et en FAM pour permettre en premier lieu d'accueillir les jeunes adultes maintenus, faute de places, dans les structures pour enfants est ainsi programmé de même que la médicalisation de 2 500 places de foyers de vie (transformation en FAM) pour mieux répondre aux besoins des personnes plus âgées.

## Quelques références bibliographiques

Azéma B., Martinez N., 2005, « Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie », in. Revue française des affaires sociales, n°2, pp. 295-333.

CNSA, 2008, Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie, 2008-2012. Juin 2008.

CNSA, 2010, Aide à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes, Dossier technique, Octobre.

DREES, 2009, « Accueil dans les structures médico-sociales », in. La santé des femmes en France, Collection Études et statistiques, La Documentation française, pp. 94-97.

Dutheil N., 2005, Les personnes polyhandicapées prises en charge par les établissements et services médico-sociaux, *Études et Résultats*, DREES, n°391.

Dutheil N., Roth N., 2006, « En dix ans, moins d'enfants handicapés mais davantage d'adultes parmi les résidents en établissements », in. France, portrait social 2005/2006, pp. 127-141.

IGAS, 2003, « L'évaluation du besoin en places en CAT, MAS et FAM », Rapport n°2003150, décembre.

Galdin M., Robitaille L., Dugas C., 2010, « Les interventions concernant l'activité physique et la motricité des personnes polyhandicapées : revue de la littérature », in. Revue francophone de la déficience intellectuelle, volume 21, 177-191.

Leclair Arvissais L. et Ruel J., 2009, « Personnes vieillissantes, informations et littérature », in. Revue Francophone de la déficience intellectuelle, volume 20, pp. 106-113.

Lien social, 2009, « Les personnes handicapées mentales vieillissantes », n°926, 23 avril.

Makdessi Y., 2010, Établissements et services pour adultes handicapés. Résultats de l'enquête ES 2006 et séries chronologiques 1995 à 2006, Document de travail, Série statistiques, DREES, n°141, janvier.

Michaudon H., 2002, « Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID », *Études et Résultats*, DREES, n°204.

ONFRIH, 2011, Rapport triennal de l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap, La Documentation française, Collection Rapports officiels.

Perrin-Haynes J., 2010, Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Activités, personnel et clientèle au 31 décembre 2007, Document de travail, Série statistiques, DREES, n°142, février.

Rapport Paul Blanc, 2006, Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge, 11 juillet 2006.

Vanovermeir S., 2004, « Le vieillissement en établissement pour adultes handicapés », in. Gériologie et Société, n°110, septembre, pp. 209-228.

# **DOCUMENT DE TRAVAIL**

Série  
Études et Recherche

ISSN : 1621-4358 (électronique)

Internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr>

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources