Association Ressources Polyhandicap Hauts-de-France

2026

Synthèse du bilan de l'enquête ARP-HdF

« Accès aux soins des personnes polyhandicapées en Établissement Social et Médico-Social (ESMS) par les services d'urgences des Centres Hospitaliers (CH) »

ARP-HDF – OCTOBRE 2026

Association Ressources Polyhandicap Hauts-de-France

Table des matières

1. Origine de l'enquête 2
2. Périmètre de l'enquête 2
3. Profil des répondants 3
4. Bilan quantitatif 3
4.1 Analyse des questions fermées 3
4.2 Analyse des questions ouvertes 4
5. Bilan qualitatif 5
5.1 Les freins identifiés par les répondants 5
5.2 Les préconisations des répondants 5
6. Les limites de lecture de l'enquête 6
7. Conclusion et ouverture 6

Annexe 1 – Questionnaire 8

Annexe 2 – Données qualitatives – Des conventions de partenariat remises en question 11

1. Origine de l'enquête

À l'issue d'une phase d'immersion menée de novembre 2025 à mars 2026 auprès d'une trente-deux adhérents de l'ARP-HdF, Justine Lancel, chargée de mission, a proposé à l'association de conduire une enquête sur l'accès aux soins des personnes polyhandicapées accompagnées en ESMS auprès des services d'urgences des CH de la région.

Vingt-huit entretiens ont en effet permis de dresser le constat suivant : l'accueil des personnes polyhandicapées aux urgences représente une problématique et une préoccupation majeures pour les familles, les professionnels et les personnes elles-mêmes.

L'ARP-HdF a souhaité approfondir ce sujet auprès des ESMS accueillant des personnes polyhandicapées, en évaluant leur travail en partenariat avec les services d'urgences de secteur.

Cette enquête apporte des éléments de compréhension sur le niveau de coopération entre les secteurs médico-social et sanitaire, sur les freins et les manques qui entravent la dynamique partenariale entre les acteurs, ainsi que sur les limites qui ne permettent pas à la personne polyhandicapée et à ses proches d'être accompagnés dans de bonnes conditions.

Enfin, ses résultats permettent d'engager une réflexion et un travail collectif autour de solutions pour pallier ces difficultés.

Avant de dresser la synthèse des résultats, précisons que l'ensemble des données recueillies a été pseudonymisé afin de garantir la confidentialité.

2. Périmètre de l'enquête

Un questionnaire (cf. Annexe 1) a été adressé à l'ensemble des adhérents de l'ARP-HdF, soit à 27 associations et organismes gestionnaires, une fédération régionale d'associations, un centre hospitalier universitaire et une plateforme régionale.

Le territoire couvert par cette enquête s'étend sur l'ensemble des départements qui composent la région Hauts-de-France.

La durée de l'enquête s'est déroulée du 8 juin au 2 octobre 2026.

Nous avons reçu 30 soumissions qui émanent de 18 associations et organismes gestionnaires dont 2 doublons donc un total de 28 réponses.

3. Profil des répondants

Les profils des répondants varient selon la fonction et l'institution dans laquelle ils exercent.

Les fonctions recensées sont les suivantes :

- 16 directeurs et adjoints ;
- 9 cadres de santé, de direction ou socio-éducatifs ;
- 1 cheffe de service ;
- 2 infirmières.

Les types d'institutions recensés sont les suivants :

- 14 établissements et services pour adultes : MAS, EAM pour la majeure partie et DASMO est cité une fois.
- 14 établissements et services pour enfants et adolescents : IEM, IME pour la majeure partie, SESSAD est cité cinq fois, et EEAP est cité une fois.

La répartition des répondants par territoire :

- Pas-de-Calais : 12
- Nord : 12
- Aisne : 1
- Somme : 1
- Oise : 1

Biais de lecture : un répondant a répondu de façon anonyme et une association située dans le Pas-de-Calais compte 5 répondants.

4. Bilan quantitatif

Dans cette partie nous détaillons les réponses au questionnaire sous la forme de résultats chiffrés et argumentés par une déduction objective des données.

4.1 Analyse des questions fermées

Question	Oui	Non
Contact avec un référent handicap d'un CH	13 (46 %)	15 (54 %)
Convention avec un service d'urgences	14 (50 %), + 1 convention avec le CH sans volet urgences	13 (46 %)
Partenariat jugé suffisamment développé	2 (7 %)	26 (93 %)

- **Le contact avec un référent handicap d'un CH n'est pas systématique à l'ensemble des établissements ou services**.
  13 répondants affirment avoir un contact avec un référent handicap d'un CH.
- **Le conventionnement avec un service d'urgences n'est pas systématique à l'ensemble des établissements ou services.**
  13 répondants n'ont pas signé de convention.
- **Le contact avec un référent handicap et la signature d'une convention avec un service d'urgences ne sont pas un gage de satisfaction.**
  15 établissements ou services ont une convention, 9 ont à la fois un référent et une convention, et 2 seulement jugent le partenariat suffisant.

Public	Convention avec les urgences	Référent handicap
Adultes (14)	9	9
Enfants (14)	5	4

- **Les structures pour enfants sont moins couvertes que celles pour adultes.**

4.2 Analyse des questions ouvertes

- **Des conventions sans effet concret.**
  3 conventions existent sans action associée (liste en annexe 2) : une est déclarée non appliquée, une est ignorée du répondant, un établissement dit ne pas avoir été sollicité par l'hôpital. Deux autres sont fragilisées par le départ ou la rotation des responsables.
- **Des conventions récentes, rarement révisées.**

  15 conventions recensées sur 28 ESMS.

  Sur 15 conventions (y compris celle qui ne porte pas sur les urgences), 5 sont révisées, 8 ne le sont pas et 2 sont non renseignées ou « pas encore ».

  Sur 12 conventions datées, 9 ont été signées ou renouvelées depuis 2023, les trois autres entre 2010 et 2018.
- **Les conventions sont majoritairement construites autour de réunions**

  COPIL avec différents services du CH, réunions avec les cadres de santé, le directeur, l'équipe mobile, réunions de travail régulières avec le service d'urgences, convention générale entre associations et hôpital, intervention d'un médecin MPR, phases d'évaluations. 4 répondants ne donnent pas de précision : 3 indiquent seulement « actions définies » et 1 ne sait pas comment la convention a été construite.
- **Des actions concrètes pour la moitié contre une absence d'actions pour l'autre**

  14 répondants en citent au moins une, 14 n'en citent aucune.
  - Outils communs ou de transmission : 7
  - Sensibilisation au handicap, au polyhandicap ou à la CAA : 7
  - Formations interprofessionnelles : 2
  - Accompagnement par un professionnel jusqu'à l'arrivée des parents : 2
  - Vignettes cliniques : 1

5. Bilan qualitatif

5.1 Les freins identifiés par les répondants

Pour cette partie, les répondants identifient les limites du travail en partenariat avec le service d'urgences. Nous avons choisi de codifier les réponses par thèmes. Sur les 28 répondants, un répondant peut relever de plusieurs thèmes.

Biais de lecture : Un répondant écrit seulement « n'existe pas » et n'est rattaché à aucun thème.

1. **Manque de temps et de ressources humaines (8) :** tension sur les ressources humaines, manque de temps pour programmer des échanges et faire vivre la convention, lourdeur administrative, temps des uns et des autres qui ne coïncident pas.
2. **Méconnaissance du polyhandicap et de l'ESMS (7) :** urgentistes peu informés des besoins (communication, CAA, habitudes), informations transmises non exploitées, CH qui ignore la structure.
3. **Turn-over et perte de mémoire de la convention (6) :** changement de direction ou d'interlocuteurs, convention non renouvelée ou introuvable.
4. **Absence d'interlocuteur ou d'organisation territoriale (5) :** pas de personne ressource, pas de lien entre sanitaire et médico-social, contact difficile avec le CH de proximité, relation complexe avec le CH.
5. **Besoin non perçu (5, surtout IEM et SESSAD) :** faible recours aux urgences, passage par le 15 ou les pompiers, famille en relais. Un répondant écrit « prise de conscience ce jour ».
6. **Dépendance aux personnes (4) :** accueil et partenariat qui varient selon la sensibilité du médecin présent, la présence de personnes sensibilisées au handicap, les volontés individuelles et les professionnels en poste.
7. **Conventions peu vivantes (4) :** conventions signées mais non appliquées, non sollicitées ou qui s'effritent faute de pilotage adapté (COPIL trop larges, départ du porteur de la convention).
8. **Organisation hospitalière (3) :** plusieurs CH possibles selon la régulation du 15, multiplicité des lieux d'accueil.
9. **Attente aux urgences (1) :** 4 à 7 heures pour des adultes non-communicants verbaux, avec une demande de priorisation.

Pour conclure : les principales limites à la mise en place et au maintien durable d'un partenariat entre les ESMS et les services d'urgences sont : le manque de temps alloué au travail en partenariat et à la formation au polyhandicap des professionnels du secteur sanitaire, le manque de ressources humaines, la méconnaissance du polyhandicap par les professionnels du secteur sanitaire, , le turn-over des professionnels au sein des deux secteurs et le manque d'intérêt porté à la convention pour pérenniser le travail en partenariat.

5.2 Les préconisations des répondants

- Une fiche de transfert répondant aux besoins d'urgences.
- Une immersion croisée (« vis ma vie »).

- La présentation des jeunes aux services d'urgences.
- Des COPIL plus petits et plus fréquents.
- Une structuration du pilotage de la santé.
- Une sensibilisation à la CAA.
- Une personne ressource identifiée.
- Un dispositif relais lors des hospitalisations.
- Priorisation du passage aux urgences pour les personnes polyhandicapées.
- Programmer des temps d'échanges.
- Développer une convention pour sensibiliser les urgences.

6. Les limites de lecture de l'enquête

- **Des données incomplètes ou contradictoires.** Date de convention illisible (1), absente (1) ou introuvable (1) ; une convention porte sur le CH, pas sur les urgences ; un répondant indique « non » à la convention mais renseigne une date (2026).
- **Un biais de gestionnaire.** Sur 14 structures d'enfants, 9 n'ont pas de convention, dont 4 des 5 structures d'un gestionnaire d'ESMS. L'écart enfants / adultes est donc en partie lié à un gestionnaire. Un répondant d'un SESSAD indique que son service n'est pas très concerné (2 enfants polyhandicapés).
- **Un seul point de vue.** Seul celui des ESMS est représenté.
- **Taux de réponse.** La liste d'envoi compte 106 adresses uniques. 82 appartiennent à 27 associations et organismes gestionnaires ; les 24 autres appartiennent à une fédération régionale d'associations, à un centre hospitalier universitaire, à une plateforme régionale, ou sont des adresses universitaires et personnelles. 18 associations et organismes gestionnaires sur 27 ont répondu au moins une fois (67 %). 8 n'ont pas répondu. Seuls 10 des 28 répondants figurent dans la liste avec la même adresse : le questionnaire a vraisemblablement été relayé en interne, si bien qu'un taux par personne ou par établissement ne peut pas être calculé. Le taux de 67 % repose sur le rapprochement entre l'association de chaque répondant et celles de la liste d'envoi ; il mesure la couverture des associations et organismes gestionnaires, pas celle des établissements.

7. Conclusion et ouverture

Les résultats de cette enquête régionale permettent de dégager plusieurs constats :

1. Les ESMS ne sont pas tous concernés par la signature d'une convention de partenariat avec les services d'urgences des CH de secteur ou par une mise en relation avec un référent handicap de ces services.

2. Les conventions de partenariats sont rarement renouvelées ou n'entraînent aucune action pour la moitié des professionnels interrogés.

3. La majeure partie des professionnels interrogés ne sont pas satisfaits du travail en partenariat, qu'ils estiment insuffisamment développé.

4. Le manque d'acculturation des professionnels de santé au polyhandicap, le manque de moyens humains et de temps, et le turn-over des professionnels en sont les principales raisons.

À partir de ces constats, l'ARP-HdF souhaite travailler avec les adhérents volontaires à la rédaction d'outils, dont le type reste à définir collectivement (note d'information, note de cadrage, charte, etc.), afin d'informer des besoins recensés pour améliorer le partenariat avec le secteur sanitaire et en finalité le parcours de soins des personnes polyhandicapées.

Justine Lancel
Chargée de mission
ARP-HdF

Annexe 1 – Questionnaire

Accès aux soins des personnes polyhandicapées en Établissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) par les services d'urgences des Centres Hospitaliers (CH)

Nous vous adressons aujourd'hui un questionnaire dans le cadre d'une enquête portant sur le partenariat entre les ESSMS et les services des urgences des centres hospitaliers. L'objectif de cette démarche est double : dresser un état des lieux concret du travail en partenariat existant sur le terrain, et disposer de données qui nous permettront d'agir, notamment en les diffusant auprès de l'ARS et en les utilisant comme argumentaire auprès des acteurs concernés. Nous cherchons plus précisément à comprendre dans quelle mesure les conventions de partenariat conditionnent ce travail en commun, et à identifier les actions déjà mises en œuvre — ou les freins qui empêchent leur développement. Pour ce faire, nous formulons plusieurs hypothèses que vos réponses nous permettront de confirmer ou d'infirmer. Ce questionnaire ne vous demandera que quelques minutes. En tant que directeurs d'établissements, vous êtes les mieux placés pour nous éclairer sur ces réalités : votre participation est précieuse et contribuera directement à faire avancer ce sujet. Nous vous remercions par avance pour votre contribution.

Quel est le type d'établissement que vous dirigez ? Si vous dirigez plusieurs types d'établissement merci de le préciser.

Quelle est votre profession ?

Avez-vous un contact avec au moins un référent handicap d'un centre hospitalier ?

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Autre

Existe-t-il une convention de partenariat entre votre ESSMS et au moins un service des urgences d'un CH ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Autre

Si oui, quand la convention a-t-elle été signée ?

Comment la convention est-elle construite ?

- ☐ Réunions de travail régulières avec le service des urgences
- ☐ Actions définies
- ☐ Phases d'évaluation prévues
- ☐ Autre

La convention est-elle révisée ?

- ○ Oui
- ○ Non

Si oui, selon quelle fréquence ? Précisez

Quelles actions concrètes sont mises en place entre votre ESSMS et au moins un service des urgences d'un CH ?

- ☐ Informations/sensibilisations au polyhandicap
- ☐ Formations interprofessionnelles
- ☐ Création d'outils communs
- ☐ Autre

Dans le cas contraire, à votre avis, pourquoi aucune action n'est mise en place entre votre ESSMS et au moins un service des urgences d'un CH ?

Association Ressources Polyhandicap Hauts-de-France

Selon vous, le travail en partenariat entre votre ESSMS et au moins un service des urgences d'un CH est-il suffisamment développé ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

Pourquoi ? Précisez

Nom

Prénom

Nom de famille

Email

exemple@exemple.com

Soumettre

Annexe 2 – Données qualitatives – Des conventions de partenariat remises en question

Structure	Situation
MAS	Convention déjà en place à son arrivée mais « non appliquée » ; méconnaissance du handicap, informations transmises non exploitées.
IEM	Convention introuvable, date inconnue, aucune action ; faible fréquentation des urgences.
IEM	Signée en 2023, révisée chaque année, aucune action citée ; pas de sollicitation de l'hôpital, « prise de conscience ce jour ».
MAS	Fragilisée : seule à la direction, ne peut plus participer au COPIL trimestriel ; souhaite des COPIL plus petits et plus fréquents.
MAS	Fragilisée : convention de 2010, jamais révisée, qui « s'effrite » avec les rotations de personnel.