

**CONCOURS OUVERT LES 16, 17, 18 et 19 JUIN 2026
POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES
ELEVES-DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES,
SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

**2ème EPREUVE D'ADMISSIBILITE
(Durée 5 heures – Coefficient 5)**

Mercredi 17 juin 2026

NOTE DE SYNTHESE ET DE PROPOSITIONS

**CONCOURS INTERNE, 3ème CONCOURS,
EXTERNE et EXTERNE SPECIAL
dit « TALENTS »**

2^{ème} EPREUVE

NOTE DE SYNTHÈSE ET DE PROPOSITIONS

SUJET :

Vous êtes Directeur d'un groupement médico-social regroupant un Foyer de Vie et deux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. L'Agence Régionale de Santé et le Conseil départemental vous demandent d'engager un travail pour faire évoluer l'offre et diversifier vos services en particulier, à destination des personnes en situation de handicap vieillissantes qui ne disposent pas de solution adaptée sur le territoire.

Vous intégrerez dans cette réflexion les perspectives démographiques et le vieillissement de la population avec la nécessité d'apporter des réponses en établissement mais aussi de soutenir le maintien au domicile.

A l'appui du dossier ci-joint, vous rédigerez une note qui permettra une présentation à votre conseil d'administration des enjeux et orientations à poursuivre afin de mieux répondre aux besoins de la population du territoire.

52 pages + 2 (sujet et sommaire)

SOMMAIRE

- **Page 1 :**
Guide ANAP « Transformation de l'EHPAD ; S'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées » ; *Juillet 2020 ; 5 pages.*
- **Page 6 :**
Site du gouvernement « Grand âge : le gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement » ; *Mars 2022 ; Extrait de 8 pages.*
- **Page 14 :**
Article site du gouvernement : « Personnes handicapées vieillissantes : quelles solutions d'hébergement ? » ; *Octobre 2025 ; 2 pages.*
- **Page 16 :**
Etudes et résultats -DREES ; *Février 2023 ; 6 pages.*
- **Page 22 :**
Aide aux aidants ; Le baluchonnage enfin autorisé mais encore hors de portée de beaucoup de familles ; Que choisir ; *Septembre 2025 ; 4 pages.*
- **Page 26 :**
Rapport de la Cour des comptes sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes ; *septembre 2023 ; synthèse et extrait de 15 pages avec l'exemple du département du Nord.*
- **Page 41 :**
Cahier des charges Dispositif d'hébergement temporaire en EHPAD pour personnes âgées en sortie d'hospitalisation ou en cas de défaillance soudaine de l'aidant ; ARS Centre Val de Loire *janvier 2026 ; 3 pages.*
- **Page 44 :**
Cahier des charges sur un Dispositif expérimental d'accueil de nuit en EHPAD ; ARS Occitanie ; *mars 2025 ; 2 pages*
- **Page 46 :**
« Les solutions la nuit » article www.pour les personnes âgées.gouv.fr ; *janvier 2022 ; 4 pages.*
- **Page 50 :**
Article « cela devient vital : un accueil de nuit en EHPAD ... » *France Info ; février 2026 ; 3 pages*

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Transformation de l'EHPAD

S'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées



Chapitre 1

Contexte d'évolution des EHPAD

1. Contexte sociodémographique : une population qui évolue et un modèle d'EHPAD à adapter

L'évolution sociodémographique en cours se caractérise par une population âgée en croissance, vivant plus longtemps en bonne santé et donc accueillie plus tardivement en EHPAD, et enfin, une nouvelle génération exprimant de nouveaux besoins. À ces facteurs, s'ajoutent une perte d'attractivité et une contraction des marges de manœuvre des structures d'accueil (notamment financières).

Telles sont les données de la nécessaire transformation du modèle de l'EHPAD.

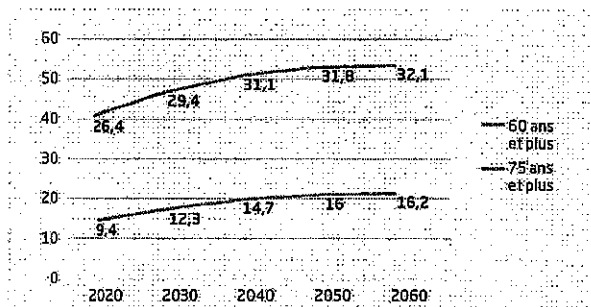
1.1 Une population très âgée qui intègre les EHPAD

Les projections démographiques de l'INSEE prévoient une augmentation du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus de 10,4 millions entre 2007 et 2060. Cela représente une hausse de 80 % pour atteindre 23,6 millions en 2060. La part des personnes âgées de 60 ans et plus passerait de 26,4 % en 2020 à 32,1 % de la population en 2060. De même, la part des personnes âgées de 75 ans et plus passerait de 9,4 % de la population en 2020 à 16,2 % en 2060.

La croissance de la population âgée intervient de manière significative en début de période, entre 2020 et 2040, correspondant ainsi à l'arrivée de la population du « baby boom » dans le grand âge.

Par ailleurs, l'espérance de vie à la naissance continue de croître en France, pour les femmes (85,3 ans en 2016 contre 85¹ en 2015) comme pour les hommes (79,3 ans contre 79,0 ans). Cependant,

Figure 1 : Part des personnes âgées dans la population

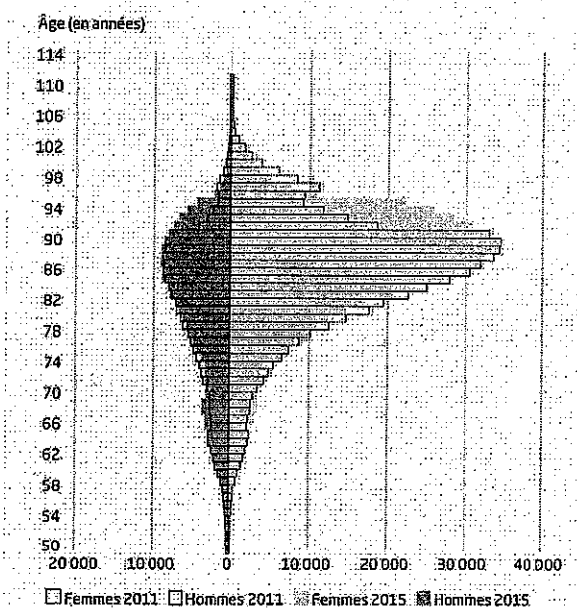


Source: INSEE, Évolution de la population de la France métropolitaine - scénario central

l'espérance de vie en bonne santé est stable depuis 10 ans : elle s'élève à 64,1 ans pour les femmes et à 62,7 ans pour les hommes en 2016. Toutefois, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans a légèrement progressé sur la même période, pour s'établir à 10,5 ans pour les femmes et 9,4 ans pour les hommes en 2016. Autrement dit, la population française vit plus longtemps et en bonne santé.

Les critères démographiques influent sur le profil des populations accueillies en EHPAD. Les personnes âgées étant dépendantes de plus en plus tard, l'entrée en institution se fait également de façon plus tardive. L'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 85 ans et 2 mois² en 2015, soit une hausse de 0,9 an depuis 2011, comme le montre le graphique ci-dessous.

Figure 2 : Structure par âge et par sexe des résidents accueillis en 2011 et en 2015



Lecture: Les établissements d'hébergement pour personnes âgées accueillent, au 31 décembre 2015, 727 930 personnes, soit 35 000 de plus qu'en 2011. Les résidents sont majoritairement des femmes (73,6 %), âgées de 75 ans ou plus. L'avancée en âge de la population entre 2011 et 2015 est notable: en quatre ans, la proportion de personnes âgées de 90 ans ou plus parmi les résidents en institution est ainsi passée de 29 à 35 %.

Champ: France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Source: DREES (2017), 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, Étude numéro 1015, p.4

1 - DREES, Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable, Étude numéro 1046, 2018

2 - DREES, 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, Étude numéro 1015, 2017

Chapitre 1

Contexte d'évolution des EHPAD

Les résidents en EHPAD atteignent des âges où les effets de la dépendance sont plus importants. Selon l'étude de la DREES de 2017, 81 % des résidents étaient en perte d'autonomie en 2011 au sens de la grille AGGIR et 83 % en 2015. Le Groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré (GMP) en EHPAD passe de 689 en 2011 à 710 en 2015, induisant une augmentation de l'activité en établissement et un impact sur les dotations soins et dépendance allouées aux EHPAD (augmentation des dépenses publiques).

La population est plus âgée lors de son entrée en EHPAD, elle est également plus dépendante.

Les besoins de cette population plus âgée s'expriment également au travers des troubles psycho-gériatriques et comportementaux qu'elle peut présenter. La réponse à ces besoins est un des facteurs de l'évolution en cours de l'offre des établissements. À titre d'exemple, la maladie d'Alzheimer et troubles associés concernent près d'un tiers des résidents en EHPAD alors même que seulement 11 %³ d'entre eux sont accueillis dans une unité spécifique.

Par ailleurs, la prise en charge des Populations handicapées vieillissantes (PHV) devient un véritable enjeu pour les EHPAD en raison de l'augmentation de l'espérance de vie de ces personnes.

La population entrant en EHPAD nécessite de nouveaux besoins en soins croissants.

En conséquence, les prévisions de croissance démographique et l'évolution du profil des résidents accueillis imposent aux EHPAD la nécessité de transformer leur offre pour répondre à ces nouveaux besoins.

Cette transformation se justifie également par la perte d'attractivité du modèle de l'EHPAD autant auprès du public des nouveaux seniors que de celui des professionnels.

1.2 L'EHPAD, un modèle à réinventer

1.2.1 Le souhait croissant du « vieillir à domicile »

Le modèle de l'EHPAD attire de moins en moins. Une étude réalisée en juin 2017 sur ce sujet a d'ailleurs mis en avant que 83 % des Français souhaitent vieillir à domicile⁴; il apparaît également que 56 % des Français ont une mauvaise image de ces établissements, notamment car ils manqueraient « cruellement »⁵ de moyens. Ainsi, les personnes âgées restent à leur domicile de

plus en plus longtemps avant leur entrée tardive en EHPAD. Elles entrent finalement en EHPAD, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, avec des besoins en soins importants et des poly-pathologies associées. Cependant, la durée moyenne de séjour en EHPAD demeure stable: 2 ans et 5 mois en 2015 contre 2 ans et 6 mois en 2007⁶.

Par ailleurs, quel que soit le lieu de vie des personnes âgées, domicile ou EHPAD, le souhait des personnes âgées est de pouvoir « se sentir chez soi », en sécurité. Cette « logique domiciliaire » implique de repenser sur un territoire l'articulation de tous les acteurs au service des personnes âgées, qu'ils soient des EHPAD comme des services à domicile (SAAD, SSIAD, professionnels para médicaux libéraux) pour offrir une gamme de services adaptés à la variété des besoins des personnes âgées vivant sur ce territoire. Dans ce parcours de la personne âgée, l'EHPAD, de par ses compétences, a un rôle important à jouer afin de favoriser le maintien puis la transition du domicile vers la structure d'accueil ou d'hébergement à temps complet.

La « logique domiciliaire » invite aussi à penser de nouvelles modalités d'organisation de type habitat inclusif ou domiciles regroupés ou à combiner, sur un territoire, les propositions de solution allant du domicile regroupé à l'EHPAD en passant par la résidence service ou la résidence autonomie.

Ces évolutions participent de la revalorisation de l'image et du rôle de l'EHPAD. L'EHPAD entend être aujourd'hui un acteur intégré dans la vie de la cité et un lieu de vie où l'on soigne, et non un lieu de soins où l'on vit.

1.2.2 La nécessité de renforcer l'attractivité professionnelle des EHPAD

Les établissements souffrent aujourd'hui d'un problème d'attractivité qui s'apprécie à trois niveaux:

- Les conditions et l'organisation du travail: pénibilité liée à la charge physique et aux horaires, appauvrissement du travail dû à un déplacement vers des tâches très techniques au détriment de l'accompagnement;
- Des tensions pesant sur les relations internes et externes: difficultés relationnelles avec les familles, manque de reconnaissance, manque parfois de soutien et de cohésion interne entre les professionnels, manque de temps pour les relations avec les personnes accueillies alors que les troubles psycho-gériatriques nécessitent plus de disponibilité;
- L'inadéquation formation-emploi: manque de compétences en gériatrie, perspectives opaques d'évolution et de carrière.

3 - DREES, 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, Étude numéro 1015, 2017

4 - Baromètre santé 360, grand âge, dépendance et accompagnement du vieillissement - Odaxu, L'Opinion tranchée, « Le domicile un enjeu citoyen ? », CSA Research, étude n° 1600194, 2017.

5 - Baromètre santé 360, op. cit. p. 61

6 - DREES (2017), op. cit.

7 - Démarche prospective du Conseil de la CNSA, « chapitre 1 : pour une société inclusive ouverte à tous », juillet 2018.

Chapitre 1

Contexte d'évolution des EHPAD

La transformation de l'EHPAD et la revalorisation de son image et de ses métiers constituent des enjeux importants en termes de gestion des ressources humaines : mise en place de la Gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC), plan de formation établi en lien étroit avec les besoins d'accompagnement propres au public accueilli et les aspirations professionnelles des soignants et accompagnateurs...

1.3 Un pilotage renforcé de l'offre en établissement pour soutenir les transformations

Les structures doivent parallèlement faire face à une triple contrainte en matière de financement :

- L'inadéquation entre les ressources moyennes des personnes retraitées et le coût d'un hébergement à temps plein en structure ;
- Le contexte budgétaire contraint des autorités de tarification, tant au niveau départemental que régional, pouvant parfois donner lieu à des injonctions paradoxales lorsqu'une ARS et un Conseil départemental ont des politiques différentes ;
- Des priorités et des arbitrages différents dans les budgets des autorités de tarification vis-à-vis des établissements des secteurs social et médico-social globalement en réponse aux besoins territoriaux.

Dans ce contexte, la loi ASV (Adaptation de la société au vieillissement) de fin 2015 a notamment porté une réforme de la tarification des EHPAD et des petites unités de vie afin de faire converger les politiques de tarification des autorités et donc les modalités de financement des structures à l'échelle nationale. Elle prévoit par ailleurs la signature de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre les établissements d'hébergement et les autorités de tarification et de contrôle (Département et ARS). Elle permet de faciliter l'établissement d'un seul CPOM par gestionnaire, lorsque c'est possible, afin de couvrir plusieurs établissements de catégorie différente et de favoriser ainsi la logique de parcours de soins des personnes accompagnées⁹. Il est à noter que cette évolution incite aussi à la concentration des acteurs. Le secteur des EHPAD représente 7 438 établissements et 605 061 places installées au 31/12/2016 (selon l'INSEE Références paru le 26/03/19). Il se caractérise en effet par une très forte dispersion, de nombreuses structures étant gérées par des gestionnaires mono-établissement.

Tous ces éléments de contrainte ou d'incitation, ainsi que les moyens apportés et les engagements pris au travers des CPOM, sont souvent à l'origine de projets de transformation de plus grande ampleur.

2. Évolutions législatives

2.1 Les évolutions législatives encouragent la transformation de l'offre

Les acteurs publics sont engagés depuis plusieurs années dans une dynamique d'évolution de l'offre d'accueil et d'accompagnement proposée aux personnes âgées. En effet, différentes démarches ont été menées afin d'accompagner la transformation des structures accueillant les personnes âgées.

Dès 2013, la ministre de la Santé et des Affaires sociales, Marisol Touraine, pose plusieurs constats dans la feuille de route sur la stratégie nationale de la santé :

- La nécessaire évolution du positionnement des établissements médico-sociaux notamment des EHPAD ;
- La surreprésentation des personnes âgées dans les urgences hospitalières, illustration d'une mauvaise coordination entre le sanitaire et le médico-social ;
- L'amélioration nécessaire de l'articulation entre les EHPAD et les soins de proximité.

Ces éléments sont approfondis dans le rapport Broussy (2013) qui préfigure la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Dans ce rapport, plusieurs préconisations sont dressées, dont :

- mettre en place une politique ambitieuse d'adaptation des logements, condition indispensable au maintien à domicile ;
- développer des formules entre le domicile et l'EHPAD, considérées comme un champ prometteur en matière d'innovation ;
- développer la création d'une nouvelle catégorie d'établissement : les « résidences plate-forme de quartier » (transformation des résidences autonomie), où se mêleraient des prestations d'hébergement, d'aide à domicile, de consultations mémoires et d'informations, de restauration et d'animation pour l'ensemble des seniors d'un quartier.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV, 2015) aborde la double dimension du bien vieillir et de la protection

8 - Le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 détaille le contenu et les modalités de mise en œuvre du CPOM.

9 - Broussy L., 2013, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population, France : année zéro I*, rapport à Mme Michèle Delaunay ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, Paris, La Documentation Française, page 22.

Chapitre 1

Contexte d'évolution des EHPAD

des plus vulnérables. L'ambition qu'elle porte est d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, d'accompagnement et de soins en cas de perte d'autonomie, de vie sociale et citoyenne.

Par ailleurs, l'environnement des EHPAD connaît d'importantes mutations avec le déploiement de la médecine de parcours et du virage ambulatoire :

- ▶ Déploiement des projets médicaux et de soins partagés des Groupements hospitaliers de territoire (GHT);
- ▶ Structuration en cours du 1^{er} recours auprès des Maisons de santé pluri professionnelles (MSP);
- ▶ Déploiement de la télémedecine et des systèmes d'information partagés...

Enfin, parmi les dernières évolutions apportant de la souplesse, on nommera l'article 61 de la loi OTSS (Organisation et Transformation du Système de Santé) du 24 juillet 2019 et le décret n° 2019-854 du 20 août 2019 portant diverses mesures de simplification dans les domaines de la santé et des affaires sociales. Cet article permet d'exonérer de procédure d'appel à projet les opérations de transformation d'ESSMS induisant une extension de capacité avec changement de la catégorie de bénéficiaires ainsi que les opérations de conversion du sanitaire vers le médico-social induisant, elles aussi, une extension de capacité. Cette exonération reste toutefois soumise à la conclusion d'un CPOM et au recueil de l'avis préalable de la CISAAP. Le décret permet, quant à lui, de déroger au seuil d'extension de 30 % de la capacité et, par ailleurs, d'alléger les modalités de mise en œuvre de la procédure d'appel à projet.

2.2 La concertation « Grand âge et autonomie »

Présenté le 28 mars 2019 et faisant suite à une large concertation citoyenne « Grand âge et autonomie », le rapport Libault fait le constat d'une « demande forte de transformation en profondeur » du système actuel de prise en charge de la personne âgée. Les arguments avancés sont notamment :

- ▶ la priorité affirmée du maintien à domicile;
- ▶ une attente forte d'amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement;
- ▶ une demande de simplification du parcours de la personne âgée;
- ▶ le besoin d'« être chez soi », quel que soit son lieu de vie.

Ces constats appellent à une réforme d'ampleur permettant d'« engager un changement profond du modèle d'accompagnement » pour favoriser le choix du lieu de vie de la personne âgée, sortir d'un choix binaire entre l'EHPAD et le domicile, et enfin, repenser l'EHPAD pour améliorer son image et l'ouvrir vers l'extérieur.

Le rapport Libault vient donc souligner la nécessité d'engager une démarche de transformation à partir de constats établis au terme d'une concertation citoyenne de grande ampleur. La transformation du modèle de prise en charge des personnes âgées passe notamment par une transformation du modèle de l'EHPAD, acteur clé du parcours des personnes âgées.

Aujourd'hui, de nouveaux projets de loi s'appuyant sur les grandes orientations évoquées ci-dessus sont en cours de discussion. Les projets de transformation des EHPAD devront donc nécessairement s'inscrire dans ce nouveau cadre d'action et de parcours des personnes âgées.



Grand âge : le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement

Mars 2022

Sommaire

SYNTHÈSE

1 – BIEN VIEILLIR À DOMICILE : UNE ASPIRATION DES FRANÇAIS SUR LAQUELLE LE GOUVERNEMENT AGIT DEPUIS 2017

- Des structures d'aide à domicile économiquement plus solides et engagées dans des objectifs de service public, pour améliorer la qualité du service rendu aux familles
- Des métiers mieux rémunérés et plus attractifs, pour faciliter les recrutements nécessaires en réponse aux besoins croissants dans le secteur
- Un parcours simplifié pour les personnes âgées et leurs proches aidants
- Permettre à chacun de vieillir en bonne santé chez soi, grâce au déploiement d'un plan antichute dans toutes les régions

2 – DES EHPAD TRANSFORMÉS GRÂCE AU SÉCUR, MIEUX MÉDICALISÉS ET PLUS ATTRACTIFS POUR LES PROFESSIONNELS

- Bâtir le modèle de l'EHPAD de demain
- Mieux accompagner en soins les résidents et leur apporter une réponse plus adaptée à leurs besoins

3 – LE GOUVERNEMENT COMPLÈTE SES ENGAGEMENTS POUR GARANTIR PLUS DE CONTRÔLES, PLUS DE QUALITÉ ET PLUS DE TRANSPARENCE DANS LES EHPAD

- Renforcer les contrôles et le suivi des signalements
- Renforcer la transparence des établissements envers les résidents et les familles
- Engager tous les établissements dans une démarche « qualité », avec une évaluation externe plus complète et plus transparente
- Faciliter la médiation et renforcer le rôle des familles et des soignants dans le fonctionnement des EHPAD
- Mieux réguler l'activité des groupes gestionnaires d'EHPAD privés commerciaux

Bien vieillir chez soi : une action du Gouvernement depuis 2017

Parce que tous les Français aspirent aujourd'hui à bien vieillir chez eux, comme la crise sanitaire l'a encore montré, le Gouvernement a pris un ensemble de mesures pour l'accompagnement des personnes à domicile. La création, à l'été 2020, d'une cinquième branche de la sécurité sociale couvrant le risque « autonomie », financée sur le long terme et pilotée par la Caisse nationale des solidarités pour l'autonomie (CNSA), va permettre le déploiement effectif et universel de cette politique du bien vieillir, dans tous les territoires.

Pour accompagner le vieillissement de nos concitoyens chez eux, le Gouvernement porte une feuille de route, avec un investissement d'un milliard d'euros par an, d'ici 2025, en faveur du soutien à domicile. Cette feuille de route a été partagée avec les Départements, dont les premiers résultats sont :

■ 750 millions d'euros par an, d'ici 2025, pour augmenter les financements des services à domicile et en améliorer la qualité, dans le but de déployer, dans tous les territoires, le « virage domiciliaire » ;

■ 200 millions d'euros par an pour mieux rémunérer les professionnels de l'aide à domicile et renforcer l'attractivité des carrières ;

■ faciliter le parcours des personnes âgées souhaitant bien vieillir à domicile, tout en simplifiant les démarches engagées par leurs aidants ;

■ permettre à chacun de vieillir en bonne santé chez soi, grâce au déploiement d'un plan antichute dans toutes les régions.

Un investissement du Gouvernement pour des EHPAD transformés, mieux médicalisés et attractifs

Le Gouvernement a rénové le modèle des EHPAD en agissant sur trois leviers d'action :

■ 2,1 milliards d'euros pour investir dans le bâti, les équipements du quotidien et le numérique pour les rendre plus chaleureux, plus humanisés et plus ouverts sur l'extérieur ;

■ 500 millions d'euros pour renforcer la médicalisation des EHPAD, grâce au financement de 20 000 postes de personnels soignants supplémentaires et grâce à un plan d'action visant à améliorer l'accompagnement médical des résidents dans les années à venir ;

■ 2,8 milliards d'euros pour revaloriser les salaires et renforcer l'attractivité des métiers en EHPAD, et pour sécuriser des collectifs de travail motivés auprès des personnes et des familles, avec l'augmentation des rémunérations de tous les professionnels d'EHPAD à hauteur de 183 euros nets par mois, le déploiement d'un plan métiers en lien avec le ministère du Travail pour développer les formations, la validation des acquis de l'expérience (VAE), et faciliter les recrutements urgents.

Pour aller plus loin, le Gouvernement s'engage aujourd'hui à un renforcement des contrôles, à l'amélioration de la qualité d'accompagnement et à plus de transparence dans les EHPAD

Pour garantir et renforcer la qualité de l'accompagnement des personnes âgées et de leurs familles, le Gouvernement présente ce jour, après avoir consulté l'ensemble des parties prenantes, cinq nouveaux engagements :

■ lancer un vaste plan de contrôles des 7 500 EHPAD de France en deux ans. Il commencera sur les EHPAD qui ont été signalés et sera accompagné d'un renforcement pérenne et significatif des moyens humains des ARS dédiés aux contrôles ;

■ créer un choc de transparence des établissements envers les résidents et les familles, avec la publication chaque année de dix indicateurs clés permettant d'évaluer et de comparer les EHPAD de France (ex. : le taux d'encadrement, le taux de rotation des personnels, le taux d'absentéisme, le profil des chambres (double/simple), le budget quotidien pour les repas par personne, la présence d'une infirmière de nuit et d'un médecin coordonnateur, les partenariats avec un réseau de santé, etc.) ;

■ engager tous les établissements dans une démarche « qualité », avec un nouveau référentiel d'évaluation favorisant la bientraitance et une procédure d'évaluation externe à la fois plus complète et mieux encadrée ;

■ créer un dispositif de médiation au service des résidents, familles et professionnels en cas de litige, et renforcer le rôle des familles et des résidents dans le fonctionnement quotidien des EHPAD ;

■ renforcer les outils juridiques et comptables permettant de mieux réguler les pratiques tarifaires des groupes gestionnaires d'EHPAD privés commerciaux, et d'assurer la transparence sur le bon usage des fonds publics.

Ces mesures ont été co-construites avec les représentants des personnes accompagnées et de leurs familles, les fédérations représentatives du secteur et les organisations syndicales, les agences régionales de santé, la Défenseure des droits, des panels de professionnels et de résidents, ainsi que les élus des Départements.

Pour permettre demain à chaque Français qui y aspire de pouvoir bien vieillir chez lui, le Gouvernement débloque des moyens, dans le cadre de la cinquième branche autonomie de la sécurité sociale, créée à l'été 2020. Ces actions ont permis de rendre les services plus accessibles et de meilleure qualité, de mieux valoriser les professionnels, et davantage soutenir les aidants, et ce, où que l'on réside.

Des structures d'aide à domicile économiquement plus solides et engagées dans des objectifs de service public, pour améliorer la qualité du service rendu aux familles

Plus de financements de l'État et des Départements pour les services d'aide à domicile, pour plus de qualité.

Les services d'aide à domicile étaient en France souvent mal financés, et ne pouvaient pas bien rémunérer leurs personnels avec d'importants problèmes d'attractivité. Certaines zones n'avaient pas de services disponibles pour assurer l'accompagnement de toutes les personnes et trop souvent les interventions étaient limitées le soir et le week-end. L'amélioration de la qualité des services d'aide et d'accompagnement à domicile est une priorité du Gouvernement, pour mieux répondre aux besoins spécifiques de nos concitoyens âgés et en situation de handicap, et ce partout en France. C'est pourquoi, après un travail approfondi avec les parlementaires de la majorité, le Gouvernement a inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 les transformations suivantes :

Une garantie minimale de financements publics aux services d'aide à domicile depuis le 1^{er} janvier 2022, sous la forme d'un tarif national plancher pour les services prestataires auprès de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH). Désormais, peu importe son statut et son département, chaque structure bénéficie d'un tarif plancher de 22 euros par heure d'intervention, cofinancé par l'État et son conseil départemental.

Ce niveau plancher n'était jusqu'à présent pas atteint dans la majorité des départements. Cet engagement, qui correspond à une hausse de 250 millions d'euros des financements publics, permettra de rendre plus viables ces structures, afin qu'elles proposent des services de meilleure qualité.

Une dotation qualité d'un montant correspondant à un supplément de 3 euros en moyenne par heure d'intervention, pour accentuer la montée en charge de la qualité des services d'aide à domicile. Elle sera déployée à compter du 1^{er} mai 2022. Ce supplément de financement, représentant 500 millions d'euros par an d'ici 2025, sera intégralement financé par l'État. Les structures en bénéficieront après contractualisation avec les Départements. La dotation qualité permettra de renforcer la qualité et de diversifier l'offre de services d'aide à domicile : horaires d'intervention élargis, lutte contre l'isolement, soutien aux proches aidants, intervention dans des zones plus reculées. Ces financements serviront aussi à des actions en faveur de la qualité de vie au travail des professionnels (temps d'équipe, de coordination, lutte contre les temps partiels subis, etc.), sans laquelle le service rendu aux familles est fragilisé.

Des métiers mieux rémunérés et plus attractifs, pour faciliter les recrutements nécessaires en réponse aux besoins croissants dans le secteur

Des mesures d'attractivité pour susciter des vocations, fidéliser les professionnels et faciliter les recrutements dans le secteur de l'aide à domicile.

La réussite de ce tournant vers le domicile repose sur la mobilisation des professionnels de l'aide à domicile.

La mise en œuvre par l'État et les Départements, depuis octobre 2021, de l'avenant 43 relatif aux rémunérations de la branche de l'aide à domicile (BAD) représente un investissement public de plus de 600 millions d'euros dont 200 millions d'euros à la charge de l'État (CNSA). 210 000 aides à domicile ont déjà pu bénéficier de revalorisations autour de 15 % en moyenne, soit environ 250 euros nets par mois.

Enfin, comme l'a annoncé le Premier ministre lors de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social du 18 février 2022, **les 20 000 aides à domicile employées par les centres communaux d'action sociale (CCAS) et des centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) bénéficieront prochainement d'une prime de 183 euros nets mensuels**, que l'État financera pour moitié.

Ces mesures salariales s'ajoutent à un **plan national d'action pour l'attractivité des métiers de l'autonomie** déployé par le Gouvernement, et qui a notamment permis de développer les voies d'accès à la formation et de faciliter les reconversions vers ces métiers.

Un parcours simplifié pour les personnes âgées et leurs proches aidants

Un quotidien facilité avec des démarches simplifiées d'accompagnement à domicile : la personne âgée et son aidant n'auront plus à gérer à leur niveau la coordination et l'agenda de multiples intervenants (aide à domicile, infirmier, télésurveillance, portage de repas, etc.).

Afin de simplifier le quotidien des proches aidants et des personnes âgées, le Gouvernement a créé les conditions, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, d'un grand mouvement de fusion des différentes structures d'aide à domicile. **Le service autonomie à domicile** fera à la fois de l'aide, de l'accompagnement et du soin, et permettra de gérer pour le compte des familles la coordination et les échanges entre les différents professionnels intervenant auprès de leurs aînés.

L'offre d'accompagnement sera plus lisible, car la multiplicité des catégories de services à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD) nuit aujourd'hui à la coordination entre les prestations d'aide et de soins, mais aussi à la compréhension de l'offre par les personnes, faisant peser une lourde charge sur elles et leurs familles, et conduisant à du non-recours.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, une dotation de coordination, financée par la cinquième branche autonomie de la sécurité sociale, permet d'inciter financièrement les services à fusionner entre eux.

Permettre à chacun de vieillir en bonne santé chez soi, grâce au déploiement d'un plan antichute dans toutes les régions

Face à l'enjeu de santé publique majeur que représentent les chutes, première cause de mortalité accidentelle chez les aînés de plus de 65 ans, le Gouvernement a lancé le 21 février 2022 **un plan national visant à lutter contre les chutes des personnes âgées**, d'ici 2024.

Son principal objectif est de **réduire les chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes âgées de 20 % d'ici 2024, dans toutes les régions de France.**

Le plan s'articule autour de plusieurs axes prioritaires pour faciliter le vieillissement actif, en bonne santé, et dans un chez soi adapté pour nos concitoyens âgés :

- savoir repérer les risques de chutes et alerter ;
- favoriser l'accès aux aides techniques à la mobilité, selon les besoins de chacun ;
- développer l'offre d'activité physique adaptée ;
- rendre plus accessible le recours à la téléassistance.

Le Gouvernement investit pour développer l'habitat intermédiaire

Le Gouvernement engage, aux côtés des collectivités, des moyens pour développer partout en France des **solutions de logement alternatives** à l'EHPAD et au domicile. Dans le Ségur de la santé, une enveloppe d'investissement de près de 200 millions d'euros sur 2021-2024 est dédiée à la création de nouveaux logements en habitat intermédiaire – résidences autonomie et habitats inclusifs. Par ailleurs, pour dynamiser le déploiement de l'habitat inclusif en garantissant la soutenabilité financière de cet essor, le Gouvernement a mis en place l'aide à la vie partagée (AVP). Cette aide financière au fonctionnement est octroyée sous condition de ressources à tout habitant d'un habitat inclusif conventionné. C'est un engagement financier de 45 millions d'euros par an dès 2022.

Depuis 20 ans, les EHPAD publics souffrent de sous-investissement et il faut humaniser, médicaliser et créer davantage de liens entre ces établissements et leur environnement.

Ces prochaines années, les personnes accueillies en établissement seront en perte d'autonomie de plus en plus avancée. La transition démographique est devant nous, et nous avons moins de dix ans pour préparer un nouveau modèle d'accompagnement de la grande dépendance. L'EHPAD doit relever d'un choix raisonné et assumé, non pas comme un dernier recours, un renoncement, mais comme un lieu qui protège la santé, qui respecte les droits et qui redonne de la vie jusqu'au bout.

C'est pourquoi le Gouvernement investit pour transformer le modèle des EHPAD vers davantage de médicalisation, d'ouverture sur l'extérieur et d'humanisation, pour pouvoir proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie avancée un lieu de vie bienveillant, sécurisant et respectueux des droits de chacun.

Bâtir le modèle de l'EHPAD de demain

2,1 milliards d'euros d'investissement de l'État dans les EHPAD, entre 2021 et 2024.

Grâce aux crédits du Ségur de la santé et du plan France Relance, le Gouvernement investit, entre 2021 et 2024, **2,1 milliards d'euros pour rénover le modèle des EHPAD et simplifier au quotidien la vie des professionnels, et ce, dans toute la France.**

1,5 milliard d'euros sont consacrés à des reconstructions, rénovations ou réhabilitations immobilières en EHPAD ; mais aussi à une diversification de la palette de solutions d'accueil collectif des personnes âgées. Des crédits sont alloués pour la création et la rénovation de résidences autonomie et de places d'hébergement inclusif, ou encore l'acquisition d'équipements du quotidien, pour améliorer les conditions de vie des résidents et de travail des professionnels.

Ce plan d'investissement est également déployé en Outre-mer et en Corse, pour répondre à la forte dynamique de vieillissement dans ces territoires, et à un taux d'équipement en EHPAD 2 à 3 fois moindre que dans l'hexagone. Un plan de soutien pluriannuel à l'offre d'accompagnement des personnes âgées est mis en place pour développer de nouvelles solutions d'accompagnement des personnes âgées et améliorer l'offre existante, représentant 5 % des crédits du plan d'investissement du Ségur de la santé.

Ce plan d'investissement est décliné dans chaque région par les agences régionales de santé (ARS). Il s'articule autour de trois objectifs, pour rendre les EHPAD plus humanisés, plus médicalisés et plus ouverts sur leur environnement.

Personnes handicapées vieillissantes : quelles solutions d'hébergement ?

Mis à jour le 17/10/2025- Site du gouvernement

Continuer à vivre à domicile ou dans la structure où l'on a vécu jusqu'alors n'est parfois plus possible quand les effets du vieillissement se surajoutent au handicap. Des solutions d'hébergement spécialisées pour les personnes handicapées vieillissantes existent.

De nombreuses initiatives se développent, partout en France, pour prendre en compte les situations particulières des personnes handicapées vieillissantes et leur proposer des solutions d'hébergement. Elles s'avèrent très différentes les unes des autres, en fonction des spécificités locales. Il n'est pas possible de toutes les recenser. Cet article présente donc les principales solutions d'hébergement proposées aux personnes en situation de handicap.

Pour connaître les différentes solutions qui existent en matière d'accompagnement et d'accueil près de chez vous, renseignez-vous auprès de la MDPH (maison départementale des personnes handicapées).

Aller vivre dans une structure spécialement conçue pour accueillir des personnes handicapées vieillissantes

Il peut d'agir par exemple :

- d'un foyer d'accueil médicalisé pour personnes handicapées vieillissantes pouvant répondre à des besoins en soins plus importants,
- d'un EHPAD dont la capacité d'accueil totale et le projet d'établissement sont entièrement dédiés à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

Quelle prise en compte des besoins des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD ?

Les EHPADs s'adressent aux personnes âgées de 60 ans ou plus. Il est possible d'y être admis avant 60 ans, mais il faut pour cela obtenir une dérogation de la part du conseil départemental et recueillir l'accord de la MDPH.

De plus en plus, ces établissements intègrent la question de l'accompagnement spécifique du vieillissement des personnes en situation de handicap dans leur projet d'établissement afin d'anticiper leurs besoins et d'adapter leurs interventions auprès de celles-ci.

En fonction de ces besoins, les EHPAD sont amenés à identifier les différents professionnels qui interviendront auprès des personnes handicapées vieillissantes et à formaliser des partenariats avec des structures ou des professionnels extérieurs pour certains accompagnements spécifiques.

Par ailleurs, certains EHPAD proposent en leur sein des unités spécialement conçues pour accueillir des personnes handicapées vieillissantes. Pour en savoir plus, consultez le reportage sur [l'unité de vie dédiée aux personnes handicapées à l'EHPAD de Bouvigny-Boyeffe](#)

Accueil d'un adulte handicapé en EHPAD avec ses parents en perte d'autonomie

Il arrive que des parents d'adultes handicapés vieillissants vivant avec leur enfant à domicile soient confrontés à une situation de perte d'autonomie, car eux aussi vieillissent. Quand cette situation les empêche de continuer à vivre chez eux et à apporter l'aide nécessaire à leur enfant, la question de trouver une structure d'hébergement se pose à la fois pour eux et pour leur enfant.

Pour répondre à cette situation particulière et ne pas séparer ces familles, quelques EHPAD proposent d'accueillir en leur sein, sur dérogation du conseil départemental et avec l'accord de la MDPH, des parents âgés avec leur enfant adulte handicapé vieillissant, même s'il a moins de 60 ans.

Ces parents âgés et leurs enfants adultes handicapés sont ainsi assurés de pouvoir rester dans la structure même si l'un d'entre eux décède.

Quelles conditions de facturation ?

Facturation en foyer d'accueil médicalisé

Les résidents des foyers d'accueil médicalisés doivent participer aux frais d'hébergement et d'entretien. Leur participation est calculée en fonction de leurs ressources. Elle est plafonnée afin qu'ils conservent un minimum de moyens financiers équivalent à 10 % de leurs ressources. Le montant laissé à leur disposition ne peut être inférieur à 30 % du montant mensuel de l'allocation pour adulte handicapé.

Facturation en EHPAD

Les résidents des EHPAD paient un tarif hébergement journalier et un tarif dépendance journalier. L'ASH (aide sociale à l'hébergement) peut aider à payer une partie ou la totalité du tarif hébergement. Le tarif dépendance peut être en partie pris en charge par le conseil départemental dans le cadre du versement de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie). Pour en savoir plus, consultez l'article [Comprendre sa facture en EHPAD](#).

Les personnes handicapées hébergées dans un EHPAD peuvent, si elles remplissent certaines conditions, bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes handicapées qui est différente et plus avantageuse que l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées.

février 2023
n° 1255

**9,3 millions de personnes
déclarent apporter une aide régulière
à un proche en situation de handicap
ou de perte d'autonomie en 2021**

En France, en 2021, 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie, que cette personne vive dans le même logement ou ailleurs. Cette aide peut prendre la forme d'une aide aux activités de la vie quotidienne, d'un soutien moral ou, pour les adultes, d'un soutien financier. Ainsi, 8,8 millions d'adultes et 0,5 million de mineurs de 5 ans ou plus sont proches aidants, soit respectivement un sur six et un sur vingt d'entre eux.

Près d'une personne sur quatre de 55 à moins de 65 ans se déclare proche aidant. La part de ces derniers augmente avec l'âge jusqu'aux alentours de 60 ans, puis tend à décroître ensuite. Les femmes déclarent plus souvent apporter une aide régulière dans les activités de la vie quotidienne ou un soutien moral, alors que les hommes apportent plus souvent une aide financière.

La part de proches aidants fournissant une aide régulière aux activités de la vie quotidienne – aide qui nécessite une proximité géographique avec le proche aidé – est plus élevée à âge donné dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), dans les Hauts-de-France et en Corse, territoires qui comptent également, à âge donné, un pourcentage plus élevé de personnes handicapées, que ce soit au titre d'une limitation sensorielle, physique ou cognitive sévère, ou bien au titre d'une forte limitation plus globale dans les activités de la vie quotidienne.

Thomas Blavet (DREES, Institut des politiques publiques, Paris School of Economics)

En 2021, en France, selon l'enquête Vie quotidienne et santé (encadré 1), 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à une personne en situation de handicap ou de perte d'autonomie vivant dans le même logement ou ailleurs : 8,8 millions d'adultes et

0,5 million de mineurs âgés de 5 ans ou plus (tableau 1). Cela signifie que, selon cette enquête, 14,8 % des personnes âgées de 5 ans ou plus sont des proches aidants¹ (16,9 % des adultes et 4,8 % des enfants). Ces chiffres ne sont pas directement comparables avec ceux, publiés

1. Cette expression sera utilisée par simplicité dans l'ensemble de l'étude pour désigner les personnes déclarant apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie vivant dans le même logement ou ailleurs.

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

*** jusqu'ici par la DREES (*Pour en savoir plus*), où sont comptabilisés comme proches aidants les individus désignés comme tels par les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie elles-mêmes.

3 millions de personnes apportent à la fois une aide à la vie quotidienne et un soutien moral, avec ou sans aide financière

L'aide régulière apportée peut prendre la forme d'une aide dans les activités de la vie quotidienne, d'un soutien moral ou d'une aide financière, cette dernière modalité ne concernant pas les mineurs (*encadré 1*). L'aide la plus fréquemment déclarée est le soutien moral (6,4 millions de personnes âgées de 5 ans ou plus, dont 368 000 mineurs), puis l'aide à la vie quotidienne (5,7 millions de personnes, dont 308 000 mineurs) et l'aide financière (1,3 million d'adultes).

Une personne peut déclarer apporter régulièrement plusieurs formes d'aide. Ainsi, 3,0 millions de personnes de 5 ans ou plus déclarent apporter à la fois une aide à la vie quotidienne et un soutien moral avec ou sans aide financière (2,8 millions d'adultes et un peu plus de 150 000 enfants) et près de 650 000 adultes déclarent apporter les trois formes d'aide. La majorité des proches aidants apportent cependant une seule forme d'aide. 3,1 millions de personnes déclarent apporter uniquement un soutien moral régulier et 2,6 millions uniquement une aide régulière à la vie quotidienne.

Le pourcentage de personnes se déclarant proches aidants augmente avec l'âge jusqu'aux alentours de 60 ans, puis tend à décroître, à l'exception d'un rebond entre 80 et 85 ans qui peut s'expliquer par l'entrée dans la dépendance des conjoints des personnes âgées. Parmi les 55 à 64 ans, près d'une personne sur quatre se déclare proche aidant (*graphique 1*). Au fil de l'avancée en âge, la probabilité d'avoir un proche en situation de perte d'autonomie (grand-parent, parent puis conjoint) augmente.

Les femmes apportent plus souvent que les hommes une aide régulière à la vie quotidienne ou un soutien moral

Parmi les adultes, les femmes déclarent un peu plus souvent que les hommes apporter une aide régulière. Elles sont ainsi surreprésentées parmi les personnes se déclarant proches aidants (56 %, alors qu'elles comptent pour 52 % de la population adulte en France) (*tableau 2*). Parmi les mineurs, les filles sont également légèrement surreprésentées (*encadré 2*). Ce constat se retrouve quasiment à chaque tranche d'âge, à l'exception des 75 ans où les femmes sont sous-représentées.

Pour les adultes, cette surreprésentation concerne autant les activités de la vie quotidienne que le soutien moral. En revanche, les femmes sont un peu sous-représentées parmi les personnes déclarant apporter une aide financière. Ce sont, cette fois, les hommes qui sont en nombre supérieur, comptant pour 51 % de l'ensemble des personnes déclarant apporter

Encadré 1 L'enquête Vie quotidienne et santé 2021

L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) a pour objectif d'établir des statistiques générales sur les conditions de vie des personnes vivant à domicile, leurs difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne et les aides qu'elles reçoivent. Elle a également permis de constituer l'échantillon d'une deuxième enquête : l'enquête Autonomie. Celle-ci vise à connaître de manière beaucoup plus fine les situations de handicap et de perte d'autonomie en France métropolitaine. Dans le cadre de cette enquête, les personnes sont aussi interrogées sur les proches qui les aident. Dans un troisième temps, un échantillon de ces proches est interrogé (volets Aidants informels de l'enquête Autonomie-Ménages) afin de connaître plus précisément les caractéristiques de ces derniers, l'aide qu'ils apportent et le vécu de cette situation.

L'enquête Vie quotidienne et santé a été réalisée auprès de 334 000 personnes vivant en France en logement ordinaire, entre février 2021 et avril 2022. En métropole et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) hors Mayotte, les personnes ont pu répondre par internet, en renvoyant un questionnaire papier ou par téléphone. À Mayotte, elles ont répondu à un enquêteur en face à face. Une personne du logement pouvait répondre pour l'ensemble des habitants du logement.

Conçue par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), réalisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), cette enquête a bénéficié du soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph), de Santé publique France et de la Direction des sports.

Cette étude sur les personnes se déclarant proches aidants a été réalisée en mobilisant la question suivante de l'enquête :

« Apportez-vous une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie vivant dans ce logement ou ailleurs ? ». Il s'agit d'une question inédite par rapport aux dispositifs antérieurs similaires. Les modalités de réponse sont les suivantes : « Oui, une aide aux activités de la vie quotidienne », « Oui, un soutien moral », « Oui, une aide financière » et « Non ». La personne interrogée pouvait donner plusieurs réponses. Un traitement post-enquête a ensuite été réalisé en supposant qu'aucune personne âgée de moins de 18 ans n'apporte d'aide financière et qu'aucune personne âgée de moins de 5 ans n'apporte d'aide régulière quelle qu'en soit la forme.

Aussi, cette étude mobilise une définition des aidants qui diffère de celle utilisée habituellement et les chiffres présentés ici ne peuvent être approchés de ceux publiés par ailleurs. Ceux-ci s'appuient sur les volets Aidants des prédecesseurs du dispositif Autonomie où les aidants sont désignés par les personnes qu'ils aident. Il faudra confronter les résultats de l'enquête VQS et des volets aidants du dispositif Autonomie pour apprécier l'impact de cette différence de définition.

Les chiffres issus de cette étude sur les personnes se déclarant proches aidants ne peuvent par ailleurs pas être comparés directement au nombre de personnes handicapées bénéficiant de l'aide d'un proche (Rey, 2023). En effet, l'enquête VQS porte sur les personnes vivant en logement ordinaire, permettant une estimation du nombre de personnes aidées vivant à domicile, alors que les personnes qui se déclarent proches aidants peuvent également apporter de l'aide à une personne résidant en institution. Par ailleurs, une personne handicapée peut être aidée par plusieurs proches aidants, de même qu'un proche aidant peut apporter de l'aide à plusieurs personnes handicapées. D'autres aspects peuvent rendre la mise en regard de ces chiffres complexes. Les résultats de l'enquête Autonomie permettront d'aborder plus en détail le nombre de proches aidants apportant de l'aide à une personne handicapée.

Tableau 1 Effectifs de personnes déclarant apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie selon l'aide apportée

	Ensemble de la population âgée de 5 ans ou plus		Adultes		Mineurs de 5 ans ou plus	
	Effectifs de personnes se déclarant proches aidants	Part dans la population âgée de 5 ans ou plus (en %)	Effectifs de personnes se déclarant proches aidants	Part dans la population âgée de 18 ans ou plus (en %)	Effectifs de personnes se déclarant proches aidants	Part dans la population âgée de 5 à moins de 18 ans (en %)
Ensemble dont	9 344 000	14,8	8 822 000	16,9	522 000	4,8
Aide à la vie quotidienne	5 664 000	9,0	5 355 000	10,3	308 000	2,8
Soutien moral	6 382 000	10,1	6 015 000	11,5	368 000	3,4
Aide financière	1 333 000	2,1	1 333 000	2,6	s/o	s/o
Une seule forme d'aide	5 949 000	9,4	5 581 000	10,7	368 000	3,4
Aide à la vie quotidienne	2 588 000	4,1	2 438 000	4,7	154 000	1,4
Soutien moral	3 076 000	4,9	2 863 000	5,5	214 000	2,0
Aide financière	285 000	0,5	285 000	0,5	s/o	s/o
Deux formes d'aide	2 753 000	4,4	2 599 000	5,0	154 000	1,4
Aide à la vie quotidienne et soutien moral	2 347 000	3,7	2 193 000	4,2	154 000	1,4
Aide à la vie quotidienne et aide financière	88 000	0,1	88 000	0,2	s/o	s/o
Soutien moral et aide financière	318 000	0,5	318 000	0,6	s/o	s/o
Trois formes d'aide	641 000	1,0	641 000	1,2	s/o	s/o

s/o : sans objet.

1. Chiffre non comparable à celui des adultes puisque les enfants ne peuvent déclarer apporter une aide financière.

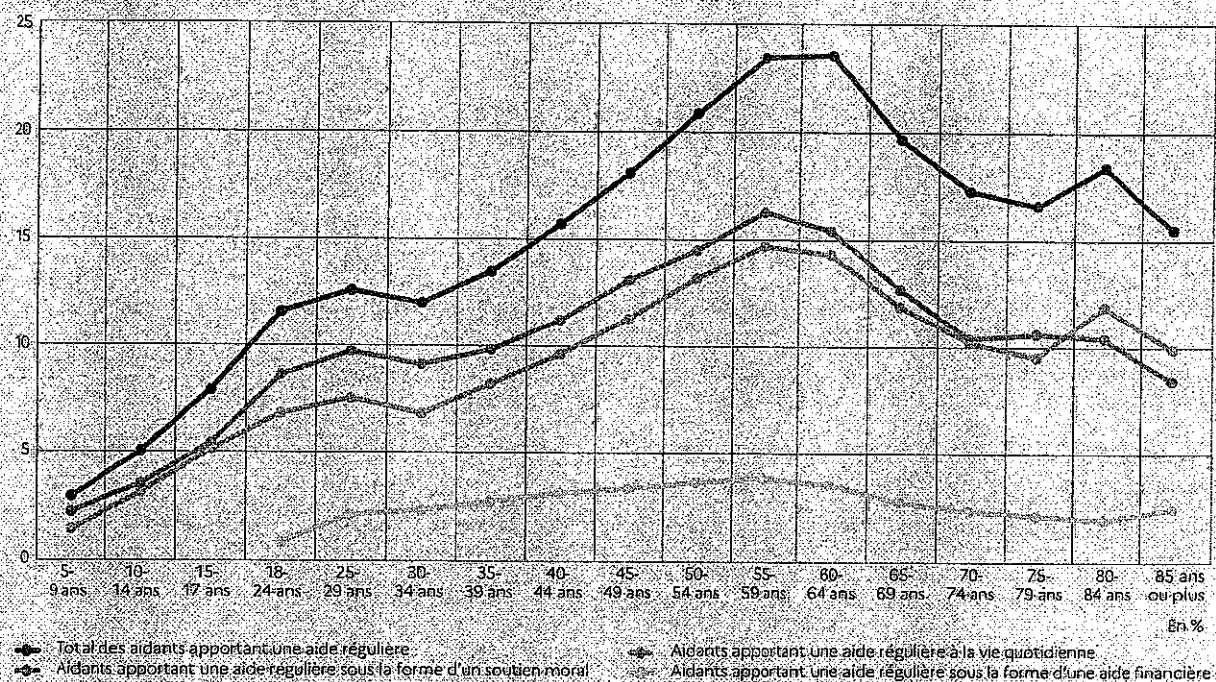
Lecture > 5,7 millions de personnes âgées de 5 ans ou plus déclarent apporter une aide régulière dans les activités de la vie quotidienne. Parmi elles, 2,6 millions apportent exclusivement une aide régulière dans les activités de la vie quotidienne.

Champ > France, personnes âgées de 5 ans ou plus résidant en logement ordinaire.

Source > DREES, enquête Vie quotidienne et santé, 2021.

> Études et Résultats n° 1255 © DREES

Graphique 1 Pourcentage d'aidants par classe d'âge selon l'aide apportée



Lecture > 23,5 % des personnes âgées de 60 à moins de 65 ans déclarent apporter une aide régulière quelle qu'en soit la forme.

Champ > Personnes âgées de 5 ans ou plus résidant en logement ordinaire en France.

Source > DREES, enquête Vie quotidienne et santé, 2021.

> Études et Résultats n° 1255 © DREES

une aide financière alors qu'ils constituent 48 % de la population adulte en France.

Une moins bonne santé déclarée des proches aidants qu'au sein de la population générale

À la question « Comment est votre état de santé général », les personnes se déclarant proches aidants répondent nettement moins souvent que la population générale qu'elles sont en bonne ou en très bonne santé, quelle que soit l'aide apportée. Ce résultat se retrouve, parmi les adultes, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit la tranche d'âge considérée, tout comme parmi les enfants, aussi bien chez les filles que chez les garçons (encadré 2). Par exemple, parmi les femmes aidantes, 66 % déclarent un état de santé bon ou très bon, contre 72 % de l'ensemble des femmes (tableau 3). De même, parmi les hommes aidants, 67 % déclarent un état de santé bon ou très bon, contre 76 % de l'ensemble des hommes.

Les écarts portent surtout sur la réponse « très bon » état de santé. Les personnes se déclarant proches aidants donnent bien moins souvent cette réponse. Elles répondent un peu plus souvent être en bonne santé et beaucoup plus souvent être en assez bonne santé.

Ce résultat remarquable sur la santé moyenne des aidants relève d'une approche qu'on peut juger approximative, dans la mesure

Tableau 2 Part de femmes selon l'aide apportée En %

	Aide régulière	Activités de la vie quotidienne	Soutien moral	Aide financière	Ensemble
De 18 à moins de 30 ans	55,1	55,0	56,3	33,1	49,8
De 30 à moins de 45 ans	55,9	58,4	56,8	48,6	51,3
De 45 à moins de 60 ans	56,1	56,5	57,6	50,6	50,9
De 60 à moins de 75 ans	56,8	56,8	58,6	48,4	53,2
75 ans ou plus	55,2	52,4	59,3	39,9	59,4
Ensemble	56,0	55,8	57,7	48,8	52,2

Lecture > Les femmes âgées de 45 à moins de 60 ans représentent 56,1 % des personnes de cette classe d'âge déclarant apporter une aide régulière quelle qu'en soit la forme.

Champ > Personnes âgées de 18 ans ou plus résidant en logement ordinaire en France.

Source > DREES, enquête Vie quotidienne et santé, 2021.

> Études et Résultats n° 1255 © DREES

Encadré 2 Les mineurs âgés de 5 à 17 ans se déclarant proches aidants

522 000 mineurs apportent une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie vivant dans le même logement ou ailleurs. Parmi eux, 308 000 apportent au moins une aide régulière dans les activités de la vie quotidienne et 368 000 apportent au moins un soutien moral. 154 000 apportant les deux types d'aide (tableau 1). À l'image de ce que l'on constate pour les adultes, les filles sont légèrement surreprésentées parmi les mineurs proches aidants (tableau A). En effet, elles représentent 50,8 % de l'ensemble des mineurs proches aidants alors qu'elles représentent 48,8 % de la population âgée de 5 à 17 ans en France. Ce résultat se retrouve aussi bien pour l'aide régulière dans les activités de la vie quotidienne que pour le soutien moral.

De même, comme pour les adultes, les mineurs se déclarant proches aidants jugent moins souvent être en bonne ou en très bonne santé que l'ensemble de la population âgée de 5 à 17 ans. Ce résultat se retrouve aussi bien chez les filles que chez les garçons. Par exemple, 94 % des filles aidantes déclarent un état de santé bon ou très bon contre 97 % de l'ensemble des filles âgées de 5 à 17 ans (tableau B). De même, 94 % des garçons aidants déclarent un état de santé bon ou très bon contre 97 % de l'ensemble des garçons âgés de 5 à 17 ans. Les écarts sont globalement moins marqués que pour les adultes, mais n'en sont pas moins remarquables compte tenu du fait que les mineurs qui ne sont pas en bonne santé sont peu nombreux. C'est pour les jeunes filles de 15 à moins de 18 ans qui apportent une aide aux activités de la vie quotidienne que l'écart est le plus marqué : 88 % contre 96 % pour l'ensemble des jeunes filles de cet âge, soit 8 points de pourcentage de moins.

Tableau A – Pourcentage de filles selon l'aide apportée En %

	Aide régulière	Activités de la vie quotidienne	Soutien moral	Ensemble
De 5 à moins de 10 ans	53,3	53,9	53,8	49,0
De 10 à moins de 15 ans	51,3	51,3	52,3	48,9
De 15 à moins de 18 ans	48,8	48,1	49,4	48,3
Ensemble	50,8	50,4	51,6	48,8

Lecture > Les filles âgées de 5 à moins de 18 ans représentent 50,8 % des personnes de cette classe d'âge apportant une aide régulière.

Champ > Filles âgées de 5 à moins de 18 ans résidant en logement ordinaire en France.

Source > DREES, enquête Vie quotidienne et santé, 2021.

Tableau B – Part de filles et de garçons déclarant un état de santé bon ou très bon En %

	Aide régulière	Activités de la vie quotidienne	Soutien moral	Ensemble
Filles				
De 5 à moins de 10 ans	96,1	96,1	95,3	97,8
De 10 à moins de 15 ans	95,6	93,2	96,0	97,2
De 15 à moins de 18 ans	90,8	88,0	93,9	95,6
Ensemble des filles	93,9	92,5	95,1	97,1
Garçons				
De 5 à moins de 10 ans	96,9	95,1	98,0	97,1
De 10 à moins de 15 ans	94,7	92,5	95,9	97,0
De 15 à moins de 18 ans	92,1	89,8	91,7	96,1
Ensemble des garçons	94,1	91,7	94,8	96,8

Lecture > 90,8 % des filles âgées de 15 à moins de 18 ans apportant une aide régulière déclarent un état de santé général bon ou très bon.

Champ > Personnes âgées de 5 à moins de 18 ans résidant en logement ordinaire en France.

Source > DREES, enquête Vie quotidienne et santé, 2021.

> Études et Résultats n° 1255 © DREES

Tableau 3 Part de femmes et d'hommes déclarant un état de santé bon ou très bon

	Aide régulière	Activités de la vie quotidienne	Soutien moral	Aide financière	Ensemble
Femmes					
De 18 à moins de 30 ans	85,5	86,3	85,5	82,7	86,0
De 30 à moins de 45 ans	76,8	76,5	76,6	76,5	85,8
De 45 à moins de 60 ans	66,6	66,2	66,8	63,2	72,7
De 60 à moins de 75 ans	59,3	60,0	58,7	54,8	63,2
75 ans ou plus	37,8	35,3	38,9	29,7	39,6
Ensemble des femmes	65,8	65,7	66,5	63,9	72,4
Hommes					
De 18 à moins de 30 ans	90,0	90,4	90,5	85,8	95,6
De 30 à moins de 45 ans	81,5	81,0	80,7	79,1	88,2
De 45 à moins de 60 ans	68,1	68,6	67,5	68,3	75,3
De 60 à moins de 75 ans	57,6	57,1	57,9	57,6	61,4
75 ans ou plus	36,7	36,4	37,2	33,2	41,1
Ensemble des hommes	67,2	66,8	68,4	66,1	75,5

Lecture > 59,3 % des femmes âgées de 60 à moins de 75 ans apportant une aide régulière déclarent un état de santé bon ou très bon.

Champ > Personnes âgées de 18 ans ou plus résidant en logement ordinaire en France.

Source > DREES, enquête Vie quotidienne et santé, 2021.

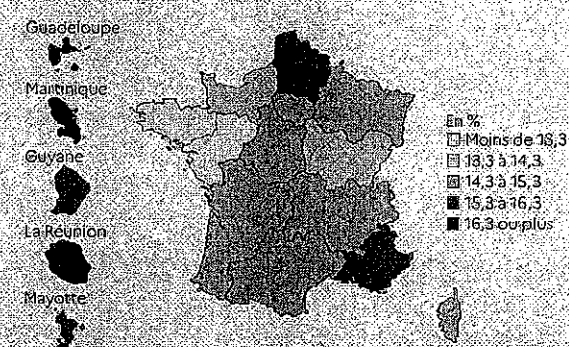
> Etudes et Résultats n° 1255 © DREES

où l'appréhension de la santé n'est ici pas mise en relation avec l'intensité de l'aide apportée. Pour autant, il traduit peut-être l'existence d'un impact de la situation de proche aidant sur la santé, via la charge mentale et physique qu'elle peut induire. Le vécu de l'aide diffère en effet selon l'intensité de l'aide apportée (Blavet, Caenen, 2023).

La part des proches aidants culmine dans les DROM, en PACA et dans les Hauts-de-France

D'une région à l'autre, la part des personnes âgées de 5 ans ou plus qui se déclarent proches aidants varie significativement, même après avoir contrôlé l'effet des différences territoriales de répartition par âge des populations² (carte 1). Si cette part est de 14,8 % pour l'ensemble de la France, elle est nettement plus élevée, à structure par âge identique, en Martinique (21,7 %), en Guadeloupe (18,1 %), à La Réunion (18,4 %) et, dans une moindre mesure, à Mayotte (16,0 %), en Guyane (16,0 %), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (15,8 %) et dans les Hauts-de-France (15,7 %). Elle est à l'inverse significativement plus faible dans les Pays de la Loire (12,4 %), en Bretagne (13,1 %), en Bourgogne Franche-Comté (14,2 %) et en Normandie (14,2 %).

Une partie des disparités régionales semblent s'expliquer par celle de la part des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Pour conforter cette hypothèse, il suffit de mettre en regard la part des personnes déclarant apporter plus spécifiquement une aide régulière aux activités de la vie quotidienne – forme d'aide nécessitant davantage de proximité géographique avec le proche aidé –, à la part des personnes handicapées, que ce soit au titre d'une limitation sensorielle, physique ou cognitive sévère, ou bien au titre d'une forte limitation plus globale dans les activités de la vie quotidienne, en contrôlant l'effet des différences territoriales de structures d'âge également.

Carte 1 Part normalisée de proches aidants déclarant apporter une aide quelle qu'en soit la forme en France

Note > La part de proches aidants par région a été normalisée selon l'âge (tous les pourcentages régionaux sont calculés en pondérant les pourcentages régionaux selon les différentes tranches d'âge par le poids national des tranches d'âge).

Lecture > Dans les Hauts-de-France, 15,7 % des personnes âgées de 5 ans ou plus déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie vivant dans le même logement ou ailleurs.

Champ > Personnes âgées de 5 ans ou plus résidant en logement ordinaire en France.

Source > DREES, enquête Vie quotidienne et santé, 2021.

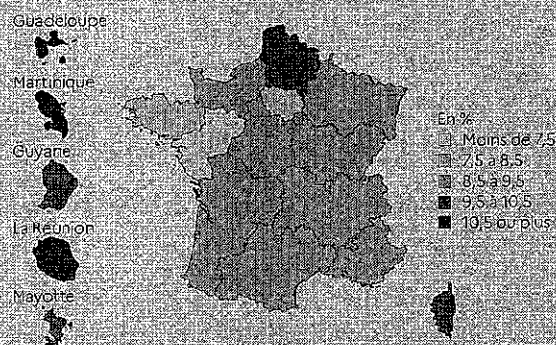
> Etudes et Résultats n° 1255 © DREES

La répartition de la part des personnes déclarant apporter une aide régulière à la vie quotidienne (carte 2a) diffère quelque peu de la répartition de l'ensemble des proches aidants, sans spécification du type d'aide. En revanche, elle concorde avec celle des personnes se déclarant fortement limitées ou déclarant au moins une limitation fonctionnelle sévère (carte 2b).

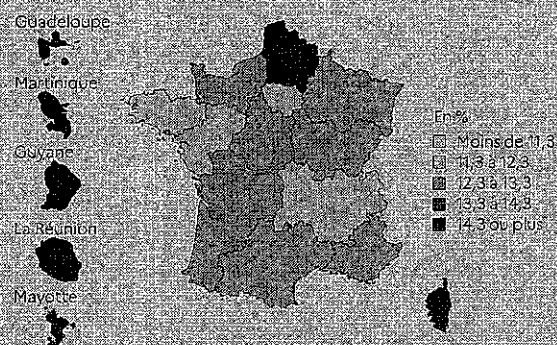
2. La part de personnes âgées de 5 ans ou plus qui déclarent apporter une aide régulière, une aide régulière à la vie quotidienne et celle des personnes se déclarant fortement limitées ou déclarant au moins une limitation fonctionnelle sévère au niveau départemental sont consultables en ligne (tableaux complémentaires A, B et C).

Carte 2 Comparaison entre les parts de proches aidants et de personnes fortement limitées, par région

2a - Part normalisée de proches aidants déclarant apporter une aide aux activités de la vie quotidienne en France



2b - Part normalisée de personnes déclarant être fortement limitées ou présentant au moins une limitation fonctionnelle sévère en France



Note > Les parts par région ont été normalisées selon l'âge (tous les pourcentages régionaux sont calculés en pondérant les pourcentages régionaux selon les différentes tranches d'âge par le poids national des tranches d'âge).

Lecture > En Guadeloupe, 12,5 % des personnes âgées de 5 ans ou plus déclarent apporter une aide dans les activités de la vie quotidienne à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie vivant dans le même logement ou ailleurs.

En Corse, 16,0 % des personnes âgées de 5 ans ou plus déclarent être fortement limitées, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ou ont au moins une limitation fonctionnelle sévère.

Champ > Personnes âgées de 5 ans ou plus résidant en logement ordinaire en France.

Source > DREES, enquête Vie quotidienne et santé, 2021.

> Etudes et Résultats n° 1255 © DREES

En effet, la part de ceux qui déclarent apporter une aide régulière aux activités de la vie quotidienne est plus élevée en Martinique (15,1 %), en Guadeloupe (12,5 %), à La Réunion (11,5 %), à Mayotte (10,4 %), en Guyane (10,3 %), dans les Hauts-de-France (10,2 %) et en Corse (9,6 %). Ces régions sont également celles où la part de personnes se déclarant fortement limitées ou déclarant au moins une limitation fonctionnelle est la plus élevée : à Mayotte (22,8 %), en Martinique (16,6 %), en Guadeloupe (15,9 %), en Corse (16,0 %), à La Réunion (15,5 %), en Guyane (15,3 %) et dans les Hauts-de-France (15,1 %).

On retrouve également une concordance entre les régions où la part de personnes déclarant apporter une aide régulière aux activités de la vie quotidienne est la plus faible (Pays de la Loire [7,4 %], Bretagne [7,7 %] et Île-de-France [8,4 %]) et celles où la part de personnes se déclarant fortement limitées ou avec au moins une limitation fonctionnelle sévère est également la plus faible (Bretagne [11,4 %], Pays de la Loire [11,7 %] et Île-de-France [11,7 %]). *



Télécharger les données associées à l'étude

Mots clés : Handicap Perte d'autonomie Aidant

Pour en savoir plus

- > Bellidenty, J., Radé, E. (2021, octobre). Aider son parent âgé en ayant des enfants à charge - Quelle est la situation de cette « génération pivot » ? DREES, Les Dossiers de la DREES, 83.
- > Besnard, X., Abdoul-Carime, S. (2020, décembre). L'entourage des personnes âgées en établissements : relations familiales et sociales, aides reçues. Résultats de l'enquête « CARE-Institutions » (2016). DREES, Les Dossiers de la DREES, 71.
- > Besnard, X., Brunel, M., Couvert, N., Roy, D. (2019, novembre). Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée. Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016). DREES, Les Dossiers de la DREES, 45.
- > Blavet, T., Caenen, Y. (2023). Les proches aidants : une population hétérogène. Proposition de grille d'analyse pour rendre compte de la diversité des situations des proches aidants de personnes vivant à domicile et cerner celles dont le vécu est le plus difficile. DREES, DREES Méthodes, à paraître.
- > Briard, K. (2017, décembre). Aider un proche : quels liens avec l'activité professionnelle ? Dares, Dares Analyses, 81.
- > Rey, M. (2023, février). En France, une personne sur sept de 15 ans ou plus est handicapée, en 2021. DREES, Etudes et Résultats, 1254.
- > Soullier, N. (2012, mars). Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie. DREES, Etudes et Résultats, 799.
- > Soullier, N. (2012, décembre). L'aide humaine auprès des adultes à domicile : l'implication des proches et des professionnels. DREES, Etudes et Résultats, 827.

> Publications
drees.solidarites.sante.gouv.fr

> Open Data
data.drees.solidarites.sante.gouv.fr

> Nous contacter
DREES-INFO@solidarites.sante.gouv.fr

> Contact presse
DREES-PRESSE@solidarites.sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard

Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet

Rédactrice en chef technique : Céline Roux

Chargée d'édition : Elisabeth Castaing

Composition et mise en pages : Julie Eneau

Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES, les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-info@solidarites.sante.gouv.fr

Aide aux aidantsLe baluchonnage enfin autorisé mais encore hors de portée de beaucoup de familles



par Rosine Maiolo



Publié le 14 septembre 2025 - *Que Choisir* -

Depuis le 20 août 2025, les proches aidants peuvent officiellement accéder au « baluchonnage », une solution de répit inspirée du Québec : un professionnel s'installe jour et nuit à domicile pour prendre le relais auprès de la personne aidée pendant plusieurs jours consécutifs. Une avancée attendue depuis plusieurs années, mais qui reste pour l'instant freinée par un écueil majeur : son financement.

En France, on estime entre 9 et 11 millions le nombre de personnes qui accompagnent et soutiennent au quotidien un proche dans le besoin. Ces aidants sont en majorité des femmes

(54 %), souvent encore actifs (58 %), ils apportent leur aide à un membre de leur famille (90 %) en situation de dépendance due à la vieillesse (53 %), malade (36 %) ou en situation de handicap (23 %), selon le baromètre des aidants 2024 du collectif Je t'aide. Près d'un aidant sur six y consacre plus de 20 heures par semaine, parfois 40 heures ou plus. Cette charge lourde, qui se superpose à leur vie professionnelle et familiale, entraîne un cortège d'effets délétères tels que douleurs chroniques, troubles du sommeil, anxiété, isolement, dépression. Dans certains cas, l'aidant meurt même avant la personne aidée.

L'aidant, pilier invisible du maintien à domicile

Si le rôle des aidants est devenu si essentiel, c'est en raison du « virage domiciliaire » pris : la plupart des personnes âgées souhaitent vieillir chez elles, et c'est aussi la priorité des politiques publiques. Ainsi, le maintien à domicile repose en grande partie sur les aidants, devenus les piliers invisibles du système. Or, pour durer, il faut aussi leur permettre de souffler. Le **droit au répit** existe depuis une loi de 2015 pour les personnes dont la présence est indispensable au domicile de leur proche. Il s'agit en pratique d'une enveloppe financière (550 € par an environ) permettant de trouver un relais auprès du parent âgé le temps de souffler. Ce droit reste peu utilisé, car les dispositifs (accueil de jour, hébergement temporaire, garde de nuit, etc.), sont complexes à mettre en œuvre, insuffisants, inadaptés ou trop coûteux. Dans ce paysage, le baluchonnage vient enrichir l'éventail des solutions, avec un avantage décisif : offrir un répit réellement efficace.

Une solution venue du Québec

Né au Canada, le baluchonnage est une forme innovante de répit. Un professionnel spécialement formé vient s'installer au domicile de la personne aidée, jour et nuit, pendant plusieurs jours d'affilée, pour prendre le relais de l'aidant. L'avantage est considérable puisque la personne aidée reste dans son environnement, sans rupture de ses habitudes, tandis que l'aidant peut partir et bénéficier d'un vrai temps de respiration.

Jusqu'à présent, le droit du travail français bloquait cette formule. Il est en effet impossible de faire travailler un salarié 24 h/24 plusieurs jours d'affilée. Une expérimentation, dérogatoire au droit du travail, a été lancée en 2018 et a été reconduite plusieurs fois avec, au total, 40 porteurs de projets, dont 16 accompagnés par l'association Baluchon France. Le succès a conduit à sa pérennisation : la loi du 15 novembre 2024 et son décret d'application du 19 août 2025 (entré en vigueur le lendemain) autorisent désormais cette « prestation de suppléance à domicile », l'appellation retenue par les textes.

Un cadre dérogatoire mais strictement encadré

Concrètement, des salariés volontaires peuvent désormais travailler jusqu'à 6 jours consécutifs, à raison de 94 jours par an au maximum. Toutes les heures sont bien sûr rémunérées. Quant aux temps de repos qui n'ont pas pu être pris, à savoir au maximum 11 heures par jour et 20 minutes toutes les 6 heures, sont compensés après la mission. Le système repose sur le volontariat des salariés. En amont de chaque prestation, l'employeur doit s'assurer du consentement de l'employé par écrit. Le refus d'exécuter une mission ne peut entraîner une sanction disciplinaire. L'intervenant doit avoir un diplôme ou un titre de niveau 3 au minimum, ce qui atteste de compétences dans les secteurs sanitaires, médico-social ou social et justifier d'au moins un an d'expérience professionnelle dans

l'accompagnement de personnes âgées en situation de perte d'autonomie, de personnes malades ou de personnes en situation de handicap.

Qui a droit au baluchonnage ?

Le baluchonnage n'est pas destiné à tous, il vise les situations les plus lourdes : les personnes âgées en situation de perte d'autonomie, les personnes malades ou les personnes en situation de handicap nécessitant une **surveillance permanente** et vivant à domicile grâce à l'accompagnement d'un ou plusieurs proches aidants, assurant une **présence constante** au domicile de la personne.

Un répit précieux mais encore limité

Pour Baluchon France, l'idéal serait que chaque aidant concerné puisse bénéficier d'un quota de 12 jours par an, à répartir en deux ou trois périodes. Cela offrirait un véritable répit. Bien sûr, toute l'organisation habituelle autour de la personne aidée est maintenue : éventuelles visites de l'infirmière, de l'auxiliaire de vie, du kinésithérapeute, etc. Les venues des proches, comme celles de ses petits-enfants, restent inchangées par exemple. Pour l'aidant qui quitte le logement, l'effet psychologique du répit dure longtemps. La perspective de pouvoir y recourir 6 jours tous les 6 mois ou 4 jours tous les 4 mois, c'est-à-dire d'avoir bénéficié de ce répit et de savoir qu'il sera bientôt à nouveau possible, aurait un effet bénéfique pour l'aidant toute l'année, selon l'association. Une façon aussi de tenir l'épuisement à distance, un fléau qui guette tous les aidants.

Le grand angle mort, le financement

Un problème de taille demeure : la facture. Une prestation de baluchonnage coûte de 650 € à 750 € par jour, soit plus de 2 000 € pour 3 jours par exemple. Durant l'expérimentation, certains conseils départementaux ou caisses de retraite ont soutenu financièrement les familles. C'est le cas de l'AG2R, avec une prise en charge à hauteur de 2 000 € pour chaque baluchonnage ; une participation qui va perdurer pour les personnes affiliées à cette institution de retraite. Mais pour l'heure, aucun financement national n'est garanti à l'ensemble des aidants. L'association Baluchon France a trouvé là son prochain cheval de bataille : sécuriser un financement pérenne. Des discussions ont déjà commencé avec l'Agirc-Arrco, la caisse des militaires, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ou les Agences régionales de santé (ARS). Sans soutien public massif, cette avancée risque de rester une promesse inaccessible pour beaucoup de familles.

La mise en place du baluchonnage en 4 étapes

1. Une première visite à domicile

Avant toute intervention, un professionnel se déplace chez vous en présence de la personne aidée. Ce n'est pas encore le relayeur, mais un salarié du service de baluchonnage. Il évalue votre situation, vos besoins et vos attentes, ainsi que celle de votre proche. Il vérifie que la situation correspond bien aux critères d'éligibilité (perte d'autonomie, besoin de surveillance permanente), que les conditions sur place garantissent l'hygiène et la sécurité du relayeur.

Cette visite permet aussi de répondre à toutes vos questions, y compris sur le coût et les aides possibles.

2. Une rencontre préparatoire

Au maximum une semaine avant le début du baluchonnage, vous rencontrez le professionnel qui viendra chez vous en présence de la personne que vous accompagnez. C'est un moment clé pour établir un lien de confiance. Vous échangez sur les questions pratiques, les habitudes de vie, les besoins spécifiques de votre proche et les visites déjà prévues (infirmière, kinésithérapeute, auxiliaire de vie...). Rien n'est bouleversé puisque le relayeur s'intègre dans l'organisation existante. Ce temps permet tout à la fois de veiller au cadre de l'intervention, vous rassurer mais aussi garantir au relayeur des conditions de travail adaptées.

3. Une convention écrite pour tout cadrer

Une convention est ensuite signée entre l'établissement ou le service, vous-même et la personne que vous accompagnez. Ce document énonce les engagements et les obligations des trois parties. Il fixe notamment la durée de la prestation ; les horaires de départ et d'arrivée de l'intervenant ; les vôtres ; les missions de l'intervenant ; le prix de la prestation ; les modalités pratiques (repas, matériel utilisé, usage éventuel du véhicule, etc.). Ce document fixe un cadre clair et sécurise l'intervention.

4. Le relais à domicile

Le jour J, le relayeur s'installe au domicile, de jour comme de nuit, jusqu'à 6 jours consécutifs. Il prend entièrement le relais comme prévu dans la convention. Vous pouvez ainsi vous absenter et souffler, en sachant que votre proche est entre de bonnes mains. Pendant l'intervention, le relayeur n'est pas isolé car son service s'engage à lui apporter conseil et soutien autant que de besoin, et lui passe aussi un appel quotidien pour s'assurer que tout se déroule bien.

Publications

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes

COUR DES COMPTES Famille, handicap, sport et jeunesse 13.09.2023

 EN IMAGES (1)*Synthèse du rapport*

L'augmentation du nombre de personnes en situation de handicap âgées de plus de 50 ans constitue un phénomène de grande ampleur. Le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) de plus de 50 ans a augmenté de 55 % entre 2011 et 2019. Ces chiffres résultent de la combinaison de l'avancée en âge des générations nées dans l'après-guerre et de l'amélioration sensible de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap. Pour autant, cette évolution démographique n'a pas été anticipée par les pouvoirs publics et ses conséquences sur les besoins en établissements et en services spécifiques n'ont pas été prises en compte. Le rapport publié ce jour a pour objet d'étudier les conséquences de ce phénomène démographique majeur, insuffisamment appréhendé par les pouvoirs publics.

Des profils différents selon les handicaps

Selon les données de l'Irdes, il existe en France 9,7 millions de personnes atteintes de limitations motrices et 3,5 millions avec des troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs. Parmi celles qui ont plus de 60 ans, à la croisée des secteurs du handicap et du grand âge, il n'est pas possible de distinguer les personnes en situation de handicap vieillissantes. Le travail que la Cour a mené sur les données des maisons départementales des PH a permis d'identifier deux profils principaux de demandeurs aux besoins sensiblement différents :

- les personnes atteintes de déficiences motrices, viscérales et sensorielles qui représentent une majorité de situations de handicap acquis en cours de vie, après 50 ans. Ces personnes sont plus souvent capables de travailler et demandent plus souvent une reconnaissance de travailleur handicapé.
- les personnes présentant des troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs, qui sont plus éloignées du monde du travail et auront davantage besoin d'une allocation aux adultes handicapés (AAH) ou d'une orientation en établissement ou service médico-social.

Des besoins partiellement satisfaits en matière d'accès aux soins et d'accompagnement social et médico-social

Les personnes en situation de handicap vieillissantes ont significativement moins accès aux soins que la population générale et si la prestation de compensation du handicap (PCH) joue un rôle important, elle ne couvre pas tous les besoins d'accompagnement. La Cour note que les services d'accompagnement à domicile auxquels accèdent effectivement 41 % des demandeurs seulement sont en forte tension. La situation est également tendue pour l'accès aux établissements pour personnes en situation de handicap. La probabilité pour les demandeurs d'y être admis n'est que de 65 %, tous âges confondus. Cet accompagnement insuffisant conjugué à des difficultés d'accès aux soins, explique que le vieillissement des personnes en situation de handicap soit dégradé par rapport à la population générale. Des nuances doivent néanmoins être apportées à ce constat, tant les parcours se révèlent variés.

Près de 90 % des personnes en situation de handicap vieillissantes vivent dans un domicile autonome et sont pour la plupart non accompagnées. Leurs besoins portent, à la fois, sur l'adaptation de leur logement, mais aussi, sur l'accès à une aide humaine. Pour limiter les situations de crise, l'offre de soutien à domicile doit être étoffée, diversifiée, coordonnée et associée à des procédures de repérage systématique. À l'exception des personnes vivant en foyer d'hébergement, les personnes accueillies en établissements pour personnes handicapées bénéficient, en principe, de plus de stabilité. Le parcours des personnes présentant une déficience psychique ou un handicap neurologique lourd se heurte particulièrement à la très nette insuffisance d'offre médico-sociale adaptée, conduisant à des situations d'exclusion sociale, à des hospitalisations de longue durée inappropriées et à des sorties vers des établissements non adaptés. Les tensions dans le secteur médico-social trouvent une résolution au moins partielle dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), qui sont la principale structure d'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes, avec 40 000 personnes hébergées.

Améliorer le pilotage de la politique du handicap

Les ruptures de parcours des personnes en situation de handicap vieillissantes sont symptomatiques des difficultés que rencontrent toutes les personnes en situation de handicap. Leur vieillissement provoque un fort effet sur l'ensemble de l'offre médico-sociale par l'accroissement de la demande en établissements médicalisés, réduisant ainsi l'accès des plus jeunes adultes à une offre adaptée à leurs besoins. Cette situation appelle une réponse globale déterminée. Elle passe par l'amélioration du pilotage public de l'offre médico-sociale.

Garantir le respect du droit à l'accompagnement en augmentant significativement l'offre de soutien à domicile

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, crée un droit pour les personnes en situation de handicap à bénéficier d'un accompagnement conforme aux orientations prononcées par la MDPH. Or, trop souvent, ce droit n'est pas respecté - ce qui a déjà donné lieu à plusieurs condamnations de l'État pour carence. Face à ce constat, la réponse graduée aux besoins des personnes en situation de handicap vieillissantes doit être renforcée par un repérage de leurs besoins, de manière à favoriser l'accompagnement à domicile, et par la création de 120 000 places de services à domicile.

Cour des comptes



Chambres régionales
& territoriales des comptes

ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP VIEILLISSANTES

Cahier territorial du Nord

Rapport public thématique

Septembre 2023

Synthèse

Comme pour la population générale, l'espérance de vie des personnes porteuses de handicap a fortement augmenté au cours des dernières décennies. En l'absence de politique nationale dédiée aux personnes en situation de handicap vieillissantes (PHV)², les politiques locales et les prises en charges et accompagnements par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ont dû s'adapter. Cette monographie, consacrée au département du Nord, vise à comprendre comment les dispositifs ont évolué sur ce territoire et si cela a permis d'apporter des réponses pertinentes et suffisantes.

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

Les personnes ayant un droit ouvert à la MDPH³ (274 000 personnes) sont surreprésentées dans le Nord car elles représentent plus de 10 % de la population du département. Leur nombre est en progression rapide soit 46 % sur la période 2011 à 2021 y compris chez les plus de 60 ans.

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

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

² La personne handicapée vieillissante est définie comme une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap avant de connaître les effets du vieillissement. La doctrine s'accorde à considérer que l'âge de 45 ans correspond assez souvent à l'apparition des premières difficultés liées à l'âge, aussi c'est cette barrière d'âge qui a été retenue dans le cadre de cette enquête.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les parcours résidentiels des personnes en situation de handicap vieillissantes prennent des formes de plus en plus variées avec ou sans aide au domicile familial mais également en habitat individuel ou regroupé avec différents degrés d'accompagnement ainsi qu'en établissement médicalisé ou non. 98 % des personnes en situation de handicap vivent à domicile.

SYNTHÈSE

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

Le territoire du Nord est composé d'un maillage d'acteurs qui concourent au repérage des situations à risque des personnes en situation de handicap vieillissantes grâce à de bonnes pratiques d'accompagnement notamment des travailleurs Esat. Par contre, la multiplication des dispositifs de repérage et d'intervention et la création de nouveaux types de coordination développent l'offre d'accompagnement tout en la rendant peu lisible.

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

Un accès aux soins à améliorer

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

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

Introduction

Comme pour la population générale, l'espérance de vie des personnes porteuses de handicap a fortement augmenté au cours des dernières décennies. Si le constat a émergé dans la doctrine dès les années 1980, il n'existe toutefois aucune politique nationale en faveur des personnes en situation de handicap vieillissantes.

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

Cette adaptation se heurte toutefois à deux freins majeurs,⁴ la difficulté à disposer de données quantitatives et qualitatives fiables sur la population concernée, et l'insuffisante connaissance des besoins particuliers qui reste encore trop peu documentée.

Dans un contexte de fortes tensions sur l'offre et de profondes mutations du secteur, les personnes en situation de handicap (et/ou leurs familles) revendiquent une meilleure prise en compte de leur capacité à décider de leur projet de vie, ainsi que davantage d'inclusion, d'individualisation et de souplesse dans les prises en charge et les accompagnements. Les professionnels aspirent quant à eux à une plus grande reconnaissance, et un renforcement de leurs qualifications s'avère nécessaire. Afin de répondre à ces attentes, plusieurs réformes contribuent à transformer à la fois les modèles d'accompagnement, de gouvernance et de financement des politiques du handicap⁵, et l'évolution de l'offre s'inscrit dans une dynamique plus inclusive.

⁴ Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI), Étude sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes, février 2022.

⁵ Loi de financement de la sécurité sociale 2022 instaurant un tarif minimum applicable aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), création d'une cinquième branche de la sécurité sociale, projet de réforme de la tarification des ESMS pour PH, Serafin-PH.

On assiste à un « empilement des dispositifs »⁶ de qualification des situations prioritaires où les ESMS ont progressivement vocation à accueillir les situations critiques ou complexes. Les acteurs publics au processus d'admission dans les ESMS restent maîtres du choix des personnes accueillies et négocient le coût organisationnel et financier de l'accueil de personnes présentant les handicaps les plus sévères. Malgré un réel effort, près de 7 000 adultes handicapés français sont pris en charge dans des établissements belges.

La personne handicapée vieillissante est définie comme une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap avant de connaître les effets du vieillissement. La doctrine s'accorde à considérer que l'âge de 45 ans correspond assez souvent à l'apparition des premières difficultés liées à l'âge. Cela permet de prendre en compte l'ensemble des situations, y compris celles qui conduisent à un vieillissement précoce, même si les conditions du vieillissement sont très dépendantes du handicap et du parcours de vie de chaque personne.

L'objectif de cette enquête est de s'assurer, grâce à un diagnostic des solutions mises en œuvre sur un territoire, que les dispositifs ont su s'adapter aux besoins liés à l'avancée en âge des personnes porteuses de handicap. Elle doit permettre de comprendre dans quelle mesure le vieillissement des personnes handicapées entraîne une tension sur l'offre d'accompagnement et de prise en charge, quels impacts cela a sur l'augmentation et la transformation de cette offre, et si ces évolutions ont permis d'apporter des réponses adaptées et suffisantes.

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

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

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

⁶ Note de recherche janvier 2021 sur le projet « communautés 360 ». Contribution sur l'admission en établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap. E. Aragona, P. Baudot et M. Robelet.

INTRODUCTION

Le département du Nord

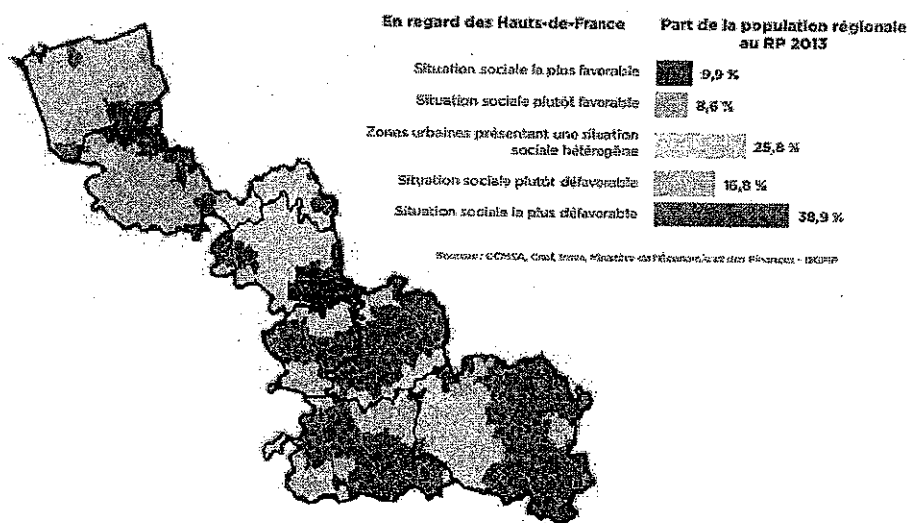
Avec 2 608 346 habitants, le Nord est le département le plus peuplé de France. Il représente 43 % de la population de la région Hauts-de-France. Avec 454 habitants au km², il est aussi quatre fois plus dense que la moyenne nationale.

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

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

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

Carte n° 1 : typologie sociale



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

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

Chapitre I

Les chiffres clés du handicap

dans le département du nord

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

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

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

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

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

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

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

En tenant compte des seules personnes ayant un droit ouvert à la prestation de compensation du handicap (PCH) ou à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)⁹, qui concernent les plus lourdement handicapés¹⁰, nécessitant des aides humaines ou techniques, les plus de 45 ans sont 11 882, soit une augmentation de 56 % en dix ans. Ils représentent plus de 65 % des bénéficiaires.

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

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

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

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

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

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

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

B - Une population vieillissante pour tous les types de handicap

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

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

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

Source : MDPH 59.

Sous réserve de la fiabilité de la saisie récente de ces données¹¹, les trois principaux handicaps sont le handicap moteur (64,8 %), les déficiences intellectuelles (12,4 %) et le handicap psychique (12,1 %).

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

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

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

La très grande majorité des personnes en situation de handicap vivent à domicile, seulement 2 % d'entre elles étant accueillies dans des établissements. Le taux d'institutionnalisation¹² baisse de 1,26 % en 10 ans chez les plus de 45 ans (2,08 % en 2021 au lieu de 3,35 % en 2011).

Au 31 décembre 2021, le département du Nord compte 5 656 adultes en situation de handicap vivant en établissement dont 3 286 de plus de 45 ans¹³ sans évolution depuis 2016 pour ces derniers (3 295) (annexe n° 5).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 - Des taux d'équipement contrastés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : Insee

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

Le taux d'équipement¹⁴ total en hébergement pour personnes âgées dans le département du Nord est de 161 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. Ce taux est supérieur de deux points à celui constaté au niveau régional et supérieur de 20 points par rapport au niveau national.

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

Article

Dispositif d'hébergement temporaire en EHPAD pour personnes âgées en sortie d'hospitalisation ou en cas de défaillance soudaine de l'aidant (HTSH)

15 janvier 2026

f Autoriser

in Autoriser

x Autoriser



Le dispositif d'hébergement temporaire consiste à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie de 60 ans et plus en sortie d'hospitalisation ou en cas de défaillance soudaine de l'aidant un hébergement temporaire d'une durée maximale de 30 jours avant la réintégration de leur domicile dans un cadre sécurisé.

Objectifs

Ce dispositif permet de fluidifier le parcours des personnes âgées au moment charnière de la sortie d'hospitalisation. Il est également mobilisable en cas de défaillance soudaine de l'aidant.

Celui-ci :

- . facilite les sorties d'hospitalisation,
- améliore et sécurise le retour à domicile,
- limite, quand cela est possible, les durées moyennes de séjour à l'hôpital et les ré-hospitalisations évitables, en permettant la période de transition nécessaire,
- sécurise la prise en charge de la personne aidée par l'accueil en HTSH en cas de défaillance soudaine de l'aidant.

Ce dispositif s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie :

- sortant des urgences ou d'hospitalisation et ne relevant plus de soins médicaux,
- sortant de soins médicaux et de réadaptation,
- en cas de défaillance soudaine de l'aidant (rupture brutale de l'aidant, hospitalisation de l'aidant non programmée, hospitalisation de l'aidant programmée 15 à 20 jours à l'avance dans la mesure où ce dernier n'a pas le temps d'organiser un relais pour la personne aidée).

Combien de temps ?

La prise en charge est d'une durée maximale de 30 jours avant :

- la réintégration du domicile dans un cadre sécurisé,
- l'orientation vers une nouvelle structure d'accueil.

Une personne âgée peut avoir recours plus d'une fois par an au dispositif.

Déploiement

Le dispositif a été déployé en région Centre-Val de Loire selon 2 modalités :

- EHPAD disposant de places dédiées,
- Mobilisation, de manière expérimentale jusqu'au 31/03/2026, des places d'hébergement temporaire en fonction de leur disponibilité et/ou des places d'hébergement permanent non occupées sans liste d'attente ou admission programmée.

Financement

L'ARS prend en charge une partie du financement permettant de limiter le reste à charge pour la personne âgée.

Le reste à charge pour la personne âgée ne doit pas excéder 20 € par jour maximum.

Jusqu'au 31/03/2026, en cas de non-paiement du reste à charge par la personne âgée (20 €/jour maximum), l'ARS prend en charge ce dernier, dans la limite de 30 jours, sous réserve que soit apportée la preuve que toutes les démarches ont été effectuées pour recouvrer le paiement de la créance.

Appel à projets / candidatures / manifestation d'intérêt

Dispositif expérimental d'accueil de nuit en EHPAD

26 mars 2025

f Autoriser

in Autoriser

x Autoriser



Grand âge

L'ARS Occitanie lance des Appels à Candidatures (AAC) dans les départements de la Haute-Garonne, de l'Aveyron et du Gers afin de lancer une expérimentation d'un dispositif d'accueil de nuit en EHPAD. L'accueil de nuit vise à prévenir les situations d'isolement ou d'épuisement des proches aidants de personnes âgées et prolonger ainsi le maintien à domicile de la personne âgée.

L'article 27 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 dite « Bien-vieillir » prévoit une expérimentation permettant d'instaurer un quota minimal de chambres réservées à l'accueil de nuit en EHPAD et en résidence autonomie.

Suite à la publication du décret n°2025-224 du 10 mars 2025, l'ARS Occitanie lance des Appels à Candidatures (AAC) dans les départements de la Haute-Garonne, de l'Aveyron et du Gers afin de lancer une expérimentation d'un dispositif d'accueil de nuit en EHPAD. L'accueil de nuit vise à prévenir les situations d'isolement ou d'épuisement des proches aidants de personnes âgées et prolonger ainsi le maintien à domicile de la personne âgée.

A qui s'adressent ces AAC ?

Tout gestionnaire disposant d'une autorisation de places d'Hébergement Temporaire (HT) ou de places d'accueil de jour adossées à un EHPAD.

Quels sont les objectifs de ce dispositif ?

- Soulager les aidants : fournir du répit aux proches aidants des personnes accueillies
- Offrir une prise en charge adaptée aux résidents : apporter un cadre sécurisé à des personnes âgées en perte d'autonomie ne pouvant rester à domicile la nuit

A qui s'adresse ce dispositif ?

Personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie vivant à domicile, du département concerné.

Durée de l'accueil de nuit :

Durée maximale de 90 nuits par an (consécutives ou en mode séquentiel).

Le cahier des charges accompagné du dossier de candidature est téléchargeable ci-dessous.

L'instruction technique des dossiers sera effectuée par les services de l'ARS en département et le Conseil départemental compétent. Les établissements sélectionnés seront informés par courrier de notification transmis par la délégation départementale concernée.

Le dossier de candidature devra être transmis, en une seule fois, à la délégation départementale compétente et aux services du Conseil départemental uniquement par voie électronique aux adresses suivantes :

- Haute-Garonne (31) : ars-oc-dd31-medico-social@ars.sante.fr + dpra-email-app@cd31.fr
- Gers (32) : bbonneau@gers.fr + ccottineau@gers.fr + ars-oc-dd32-medico-social@ars.sante.fr
- Aveyron (12) : da@aveyron.fr + ARS-OC-DD12-MEDICO-SOCIAL@ars.sante.fr

Calendrier :

- Date limite de dépôt des dossiers : **20/04/2025**
- Dispositif opérationnel : 1/06/2025

Les solutions la nuit

Mis à jour le 21/01/2022

Écouter

Vous avez besoin d'être aidé à domicile le soir ou la nuit. Plusieurs solutions sont possibles : faire intervenir une garde de nuit, avoir recours à un service d'aide à domicile ou à un service de soins infirmiers à domicile qui intervient ponctuellement le soir et la nuit, pour des interventions de courte durée. L'accueil de nuit dans un établissement est également une solution à envisager.

Avoir recours à une garde à domicile de nuit

Si vous avez besoin d'une présence constante la nuit, il est possible de faire appel à une garde à domicile qui sera présente toute la nuit et pourra intervenir en cas de besoin.

Il est possible d'employer cette garde à domicile dans le cadre de l'emploi direct (vous serez alors l'employeur) ou en faisant appel à un service d'aide à domicile prestataire ou mandataire.

Pour en savoir plus, consultez l'article J'ai besoin d'être aidé à domicile : comment faire ?.

Quel coût ?

Le coût d'une garde de nuit dépend du mode d'intervention choisi : service prestataire ou emploi direct.

Si vous faites appel à un service prestataire, le coût de l'intervention est plus élevé que celui d'une intervention ponctuelle en journée puisque l'intervenant passe un nombre d'heures important à votre domicile, avec une majoration du coût liée au travail de nuit.

Pour une prestation de garde à domicile employée dans le cadre d'un emploi direct, le montant horaire des heures effectives travaillées et des heures de présence est différent. Ce qui rend le coût global de la nuit moins élevé.

Quelles aides ?

L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) peut prendre en charge une partie des frais dans le cadre du plan d'aide.

Avoir recours à un service qui intervient ponctuellement le soir et la nuit

Les services d'aide à domicile ou les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) interviennent sur une amplitude horaire de journée allant en général de 7h à 19h ou 20h.

Certains services proposent des interventions élargies à la soirée et à la nuit, de courte durée (entre 15 et 30 minutes) pour :

- aider au coucher et permettre ainsi aux personnes de se coucher plus tard,
- accompagner les personnes aux toilettes le soir ou la nuit pour leur éviter de porter des protections,
- donner des médicaments ou réaliser des soins...

Ces interventions sont le plus souvent proposées par des services d'aide à domicile et plus rarement par des SSIAD. Elles sont souvent appelées « garde itinérante de nuit ».

Ces passages durant la soirée ou la nuit présentent plusieurs intérêts. Ils permettent d'une part de retarder l'entrée en établissement de la personne accompagnée et d'autre part, d'éviter à son aidant (conjoint ou autre) de se réveiller la nuit pour lui apporter de l'aide.

Quel coût ?

Les tarifs sont variables selon les prestataires et les conditions dans lesquelles sont réalisées les prestations.

À savoir : Les services proposant la garde itinérante de nuit le font parfois sous forme d'abonnement.

Quelles aides ?

L'APA à domicile peut prendre en charge une partie des frais dans le cadre du plan d'aide.

En cas d'urgence médicale la nuit, appeler le 15, SOS Médecins ou la maison médicale de garde s'il en existe une près de chez vous.

Trouver un service

Les services qui interviennent la nuit ne sont pas encore très développés. Pour savoir si un service intervient la nuit près de chez vous, contactez votre point d'information local.

Pour trouver le point d'information local le plus proche de chez vous, consultez l'annuaire.

La téléassistance

La téléassistance constitue également une solution pour les personnes âgées qui vivent seules chez elles et qui ont besoin d'être sécurisées la nuit. Pour en savoir plus, consulter l'article sur la téléassistance.

Être accueilli la nuit dans un établissement

L'accueil de nuit est généralement proposé dans un EHPAD ou en résidence autonomie pour des personnes vivant à domicile.

L'accueil peut s'étendre du dîner au petit-déjeuner. Le personnel de l'établissement assure la surveillance et l'accomplissement des actes de la vie quotidienne (aide au coucher, lever, habillage, toilette, prise de repas, prise de médicament...).

L'accueil de nuit permet :

- aux personnes de rester vivre chez elle, en profitant d'un cadre sécurisé la nuit ;
- aux proches aidants de prendre du repos et de bénéficier de temps de répit.

Trouver un accueil de nuit

Pour trouver un établissement proposant un accueil de nuit, consultez l'annuaire du portail en sélectionnant le filtre « accueil de nuit ».

Quel coût ?

Les tarifs de la nuitée varient en fonction des établissements. Certains EHPAD indiquent le prix de la nuitée dans leur fiche détaillée dans l'annuaire du portail, dans la rubrique « Prestations facturées en sus ».

Quelles aides ?

L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile peut couvrir une partie des frais.

"Cela devient vital" : un accueil de nuit en Ehpad pour soulager les aidants des personnes malades ou dépendantes

- France Info 18/2/2026 .

Pour offrir aux aidants un moment de repos, tout en sécurisant les personnes âgées, une expérimentation d'accueil de nuit en Ehpad se déploie dans six régions. Reportage dans un établissement médico-social d'Eure-et-Loir, où certains conjoints trouvent enfin un répit face au quotidien épuisant de la maladie d'Alzheimer.



Des personnes dépendantes dans une salle de la Fondation d'Aligre Marie-Thérèse, en Eure-et-Loir. (VALENTIN DUNATE / FRANCEINFO)

Avant de rentrer dans cette maison de retraite d'Eure-et-Loir, en ce mois de février, il faut prendre le temps de comprendre pourquoi certains aidants ont tant besoin de confier leur proche une nuit ou deux, de temps en temps. Jean-François a 73 ans et sa femme Françoise est atteinte de la maladie d'Alzheimer depuis huit ans. Une maladie dont il peine à dire le nom et ses conséquences. *"Alzheimer, c'est un peu compliqué, ça se détériore au fil du temps. Ma femme est très agressive et il faut être à 100% avec elle, sinon elle fait des choses, elle déplace, par exemple, des meubles, explique Jean-François la voix* tremblante. *Le soir, c'est pareil. Elle ne veut pas aller se coucher, elle ne veut pas aller aux toilettes. Elle s'accroche à ses vêtements pour qu'on ne lui enlève pas et elle se met à hurler. Cette situation se répète tous les soirs. Il faut donc un peu de répit. Cela devient vital."* La France compte 11 millions d'aidants en France. Certains comme Jean-François sont épuisés, à bout, et c'est pour cette raison que cette expérimentation d'accueil de nuit temporaire dans les Ehpad est

menée dans plusieurs départements. Ce dispositif leur offre un peu de répit tout en sécurisant les personnes âgées ou les malades.

Jean-François va profiter de ces quelques heures pour s'adonner à sa passion : la peinture. Sa femme, elle, est donc prise en charge dans l'unité Alzheimer de l'Ehpad, dirigée par Dorothee Muot. Françoise va passer la nuit ici et son mari *"viendra la chercher demain matin."*

Un accueil de nuit de plus en plus demandé

Depuis la rentrée 2025, ce dispositif d'accueil de nuit est de plus en plus plébiscité, il est souvent suivi ou précédé par un accueil de jour. La plupart du temps, tout est planifié à l'avance, mais il y a aussi des situations d'urgence. *"Il y a quelques jours, une dame m'a appelée. Elle est venue directement dans mon bureau en pleurant. Elle n'en pouvait plus. Son mari se levait, parce que dans le lit, il ne pensait pas que c'était sa femme. Il se souvient de son ex-femme et sa nouvelle femme est une étrangère pour lui. Il était agité toute la nuit parce que, selon lui, il y avait une femme à côté de lui qui n'était pas la sienne. Cela a duré une nuit, deux nuits. Cette dame est arrivée en pleurant, épuisée, en disant qu'elle n'en pouvait plus."*

Ces personnes âgées se retrouvent dans la partie commune avec les autres résidents. C'est l'heure du dîner. À la table de Françoise, il y aussi Patrick, 75 ans, et son épouse Marie-France 76 ans. Elle est ici depuis cinq ans. Avant, et pendant 10 longues années, c'est lui qui prenait soin d'elle. Cet accueil de nuit n'existait pas à l'époque, mais *"j'aurais adoré"*, dit Patrick. *"Je l'ai laissée, au bout de quelques années, trois semaines dans un Ehpad. Là, j'ai fait le constat que j'étais littéralement épuisé. J'ai dormi pendant 10 jours. Je ne pouvais plus faire que ça. Quand on est épuisé, on ne s'en rend même plus compte. S'il y avait eu un service de nuit, à l'époque, cela m'aurait permis de dormir quelques nuits et cela m'aurait aidé, peut-être, à mieux m'occuper d'elle à la maison."*

"Avec leurs proches, ils sont parfois encore plus durs."

Élodie Victorin, aide-soignante, va coucher et changer Françoise. Son mari a donné, à franceinfo, la permission de diffuser un moment intime pour, dit-il, que l'on comprenne son quotidien. *"Ça va ? Françoise, demande Élodie. On va mettre la chemise de nuit, d'accord ? En entendant ces simples mots, Françoise*

se met à crier. *"Tu es fatiguée ? On s'allonge"*, interroge Élodie. Pas suffisant pour calmer Françoise qui enchaîne les mots, les gestes et les phrases agressives : *"Tu es conne"*, lui répond-elle tout en agrippant les cheveux de l'aide-soignante, avant de s'excuser et de lui faire un bisou.

Élodie Victorin explique qu'au moment de se déshabiller, Françoise *"se sent agressée. Elle ne comprend pas pourquoi on veut la déshabiller. Puis, tout de suite après, elle s'excuse. Elle fait un bisou. Au fond, elle n'est pas méchante. On le sait"*. Une situation que son mari vit tous les soirs et qui peut, parfois, être pire. *"Parfois, les malades sont plus durs avec leurs proches."* Françoise a eu des difficultés à s'endormir, comme pour beaucoup, la nuit est synonyme d'angoisse.

Une phase d'expérimentation

Pour l'instant, ce dispositif d'accueil de nuit est expérimenté dans six régions jusqu'au 1er juin 2026. Marie-Cécile Fournier est la directrice de cet établissement, la Fondation d'Aligre Marie-Thérèse. *"Nous nous occupons des personnes sur notre temps de travail, souligne-t-elle. Lorsque nous rentrons chez nous, nous avons des sas de décompression. Un aidant n'a pas ça. Nous avons déjà vu a vu des aidants décéder avant l'aidé."*

C'est le message que ces professionnels tentent de délivrer délicatement aux aidants, comme Jean-François qui retrouve sa femme à 10h du matin.

Françoise est contente de revoir son mari. *"On espère toujours que cela va s'arranger, en sachant que cela ne va pas s'arranger"*, reconnaît Jean-François, fataliste.

Selon l'association "France Alzheimer", 1,4 million de personnes sont atteintes de cette maladie ou de troubles apparentés.(Nouvelle fenêtre) Les deux tiers sont des femmes. Ce chiffre devrait doubler dans les 25 prochaines années.