

# Modalités pour un accompagnement de qualité, adapté aux profils des Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV) en Grand Est

Date de la publication : 16 juillet 2024

2024

## Table des matières

<b>Ressources juridiques et références à considérer</b> .....	<b>3</b>
<b>Contexte</b> .....	<b>3</b>
<i>Garantir le respect du droit à l'accompagnement en augmentant significativement l'offre de soutien à domicile</i> .....	3
<i>Des profils différents selon les handicaps</i> .....	3
<i>Des besoins partiellement satisfaits en matière d'accès aux soins et d'accompagnement social et médico-social</i> .....	4
<i>Des ruptures de parcours à anticiper</i> .....	4
<b>Modalités d'organisation des travaux régionaux</b> .....	<b>4</b>
<b>Carte d'identité des PHV en Grand Est : profils, besoins d'accompagnement et nombre</b> .....	<b>5</b>
Profils & besoins des Personnes en situation de Handicap Vieillissantes .....	5
<i>Comment peut-on définir une PHV ?</i> .....	5
<i>Des impacts du vieillissement majorés</i> .....	6
<i>Besoins de la PHV</i> .....	6
Données relatives aux Personnes Handicapées Vieillissantes en Grand Est .....	7
<b>Quelles modalités d'accompagnement d'une PHV ?</b> .....	<b>9</b>
Modalités d'accompagnement d'une PHV en France .....	9
Repères issus des travaux en Grand Est pour un accompagnement de qualité et adapté aux spécificités de la Personne en Situation de Handicap Vieillissante .....	9
Des actions à promouvoir dans le respect des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles .....	9
Des solutions d'accompagnements à amplifier .....	10
<b>Ressources complémentaires</b> .....	<b>13</b>
Données départementales relatives aux PHV, issues du tableau de bord de la performance du secteur médico-social (situations déclarées par les établissements et services médico-sociaux en 2022).....	13
Données relatives aux FAM/EAM .....	13
Données relatives aux MAS.....	13
Données relatives aux ESAT .....	13
Données relatives aux SAMSAH .....	14
Fiches publiées par Coactis santé sur la thématique PHV .....	15
<b>Annexe : composition des Comités réunis dans le cadre des travaux</b> .....	<b>16</b>
Groupe interne ARS - niveau 1.....	16
Comité technique - niveau 2.....	16
Comité stratégique - niveau 3.....	17

## Ressources juridiques et références à considérer

---

- [Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale](#)
- [Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;](#)
- [Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#)
- [Dossier de presse de la Conférence Nationale du Handicap du 26 avril 2023](#)
- [Rapport de la Cour des Comptes sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes](#) – septembre 2023
- [Schéma Régional de Santé du Grand Est](#) - novembre 2023
- [Dossier de presse du Comité Interministériel du Handicap du 16 mai 2024](#)

## Contexte

---

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. Ce chiffre résulte de la combinaison de l'avancée en âge des personnes en situation de handicap et de l'amélioration sensible de leur espérance de vie. Cette évolution démographique entraîne la nécessité d'adapter les modalités d'accompagnement de ces personnes tenant compte de leurs souhaits et de leurs besoins.

*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 Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap (MDPH).

*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 de personnes présentant des troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs.

**La Personne Handicapée Vieillissante (PHV) se caractérise par :**

- **Une situation de handicap qui a précédé les premiers effets du vieillissement,**
- **Un âge supérieur à 45-50 ans.**

Parmi ces profils à la croisée des personnes en situation de handicap et âgées, deux catégories principales se détachent :

- Les personnes atteintes de **déficiences motrices, viscérales et sensorielles** qui représentent une majorité de situations de handicap acquis en cours de vie. 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 PHV 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.

Par exemple, différents travaux montrent 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 suite à une orientation est de 65 %, tous âges confondus. Cet accompagnement insatisfaisant, 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.

### *Des ruptures de parcours à anticiper*

**Près de 90 % des personnes en situation de handicap vieillissantes vivent dans un domicile autonome et sont pour la plupart (52%) 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 semble donc devoir 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.

D'autres personnes trouvent une réponse partielle dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui sont à date, la principale structure d'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes, domicile d'environ 37 000 PHV en France.

Ainsi, le vieillissement des personnes en situation de handicap a un fort impact sur l'ensemble de l'offre médico-sociale par l'accroissement de la demande en accompagnements et en soins.

## Modalités d'organisation des travaux régionaux

---

Forte de ces constats très largement partagés, l'ARS Grand Est a souhaité réunir des représentants des collectivités territoriales, des MDPH, mais aussi des représentants d'établissements et services médico-sociaux œuvrant et accompagnant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, d'établissements de santé et des représentants d'usagers et de leurs familles<sup>1</sup>.

L'objectif collectif était de dégager un **consensus sur les différentes modalités d'un accompagnement de qualité, adapté aux profils des personnes en situation de handicap vieillissantes.**

Il convient également de rappeler que ce public est ciblé parmi les priorités régionales figurant dans le Schéma Régional de Santé (SRS)<sup>2</sup> du Grand Est, ainsi que dans celles issues du plan national visant de nouvelles réponses en faveur des personnes en situation de handicap du Grand Est<sup>3</sup>.

La vocation de ces travaux est de ce fait d'éclairer la réflexion des acteurs dans la construction de réponses adaptées sur les territoires.

---

<sup>1</sup> Liste des contributeurs aux travaux régionaux en annexe

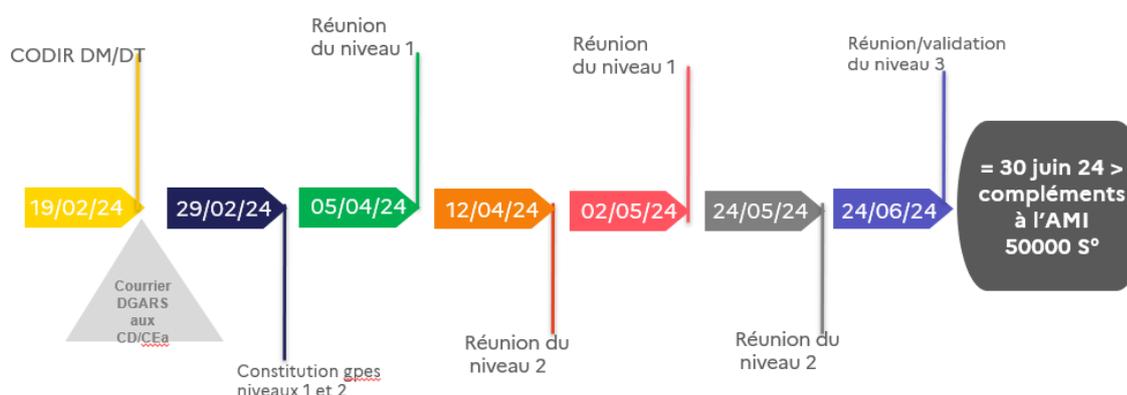
<sup>2</sup> [Facile à Lire et à Comprendre : 4 priorités de santé pour la période 2023-2028 \(SRS\) | Agence régionale de santé Grand Est \(sante.fr\)](#)

<sup>3</sup> [De nouvelles réponses en faveur des personnes en situation de handicap du Grand Est dans le cadre de la mise en œuvre du plan national « 50 000 solutions » | Agence régionale de santé Grand Est \(sante.fr\)](#)

L'Agence a donc organisé ces travaux en trois niveaux complémentaires, précisés ci-dessous (*compositions des comités en annexe p.16*) :



Ces travaux se sont étalés de février à juin 2024, selon le calendrier ci-dessous :



## Carte d'identité des PHV en Grand Est : profils, besoins d'accompagnement et nombre

### Profils & besoins des Personnes en situation de Handicap Vieillissantes

#### *Comment peut-on définir une PHV ?*

Les différents participants se sont accordés pour considérer qu'une Personne en situation de Handicap Vieillissante est d'abord une Personne en Situation de Handicap (PSH) **avant** de ressentir les premiers effets du vieillissement : **la situation de handicap a donc précédé le vieillissement.**

Tenant compte des différents travaux récemment conduits en France et des expériences des participants, la tranche d'âge « plancher » considérée pour une PHV est celle des **45-50 ans**, sans que toutefois cette tranche ne corresponde à une automaticité en termes de qualification de PHV.

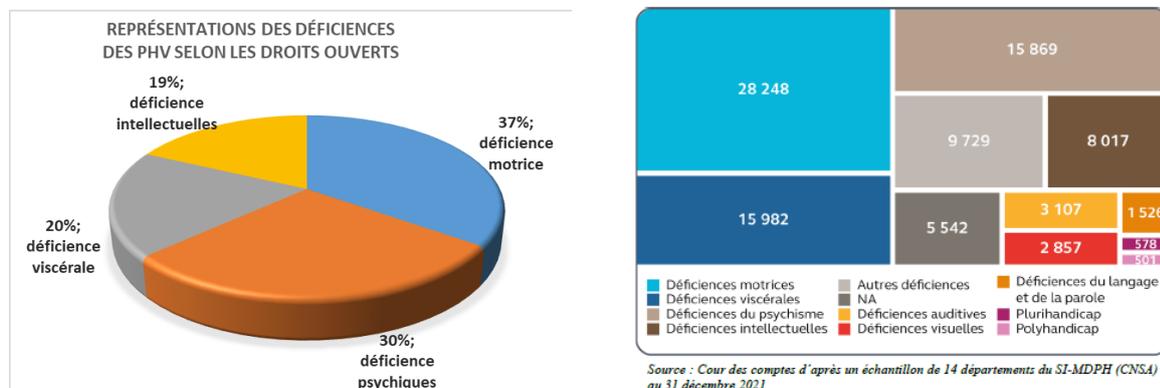
En France, et selon le rapport de la Cour des Comptes de septembre 2023 susvisé, on dénombre **13 307 000 de personnes en situation de handicap**, à rapporter aux **2 435 000 de compensations** mobilisées. Parmi ces personnes :

- 3 534 000 présentent un trouble psychique, intellectuel ou cognitif,
- 9 773 000 présentent une limitation motrice.

On estime que 40% d'entre elles sont dans la tranche d'âge d'une PHV soit environ **5 millions de PHV.**

## Des impacts du vieillissement majorés

Toujours selon les données du rapport de la Cour des Comptes, les déficiences majoritairement représentées dans les établissements médico-sociaux sont les déficiences motrices (37%) et psychiques (30%), que l'on retrouve proches en volume des droits ouverts : **on peut donc noter une corrélation des déficiences entre les droits ouverts et les types de handicap accueillis en Etablissement Médico-Social (EMS).**



Les conséquences de l'avancée en âge sont majorées chez une personne en situation de handicap entraînant :

- Une augmentation du nombre de déficiences, avec parfois des déficiences combinées,
- Un vieillissement prématuré de certains organes,
- Des effets médicamenteux délétères,
- Une prédominance d'activités occupationnelles plutôt que réellement éducatives,
- Une prévalence de pathologies liées au vieillissement.

Impacts du vieillissement sur les PHV :

Augmentation du **nb de déficiences** dont **déficiences combinées** :

Déficiences motrice et viscérale

Déficiences psychique et intellectuelle

Déficiences intellectuelle et motrice

Manifestation **différente** selon le handicap :

Vieillesse prématurée de certains organes

Effets des médicaments et des activités occupationnelles/capacités cognitives

Prévalence **plus importante** de pathologies liées au vieillissement :

Sur risque chez les personnes porteuses de T21 évalué entre 15 et 40% d'atteinte par la maladie d'Alzheimer

## Besoins de la PHV

Il résulte de ces profils des besoins importants **d'accès à la prévention et aux soins** considérant par ailleurs de fortes surmortalités chez la PSH avec un taux de recours aux soins systématiquement inférieur.

On constate également une **distorsion entre l'offre et la demande** mesurée par la probabilité qu'une orientation se traduise ou non en séjour (*ce que la Cour des comptes appelle le taux de conversion*) :

- 60% des personnes avec une orientation vers un EMS y sont accueillies => 40% ne le sont pas,
- 40% des personnes avec une orientation vers un service Médico-Social sont effectivement accompagnées => 60% ne le sont pas.

L'âge est donc un facteur aggravant : un tiers de PSH âgées de 45 ans et plus verront leur orientation aboutir. La probabilité d'entrer en EMS diminue donc avec l'avancée en âge.

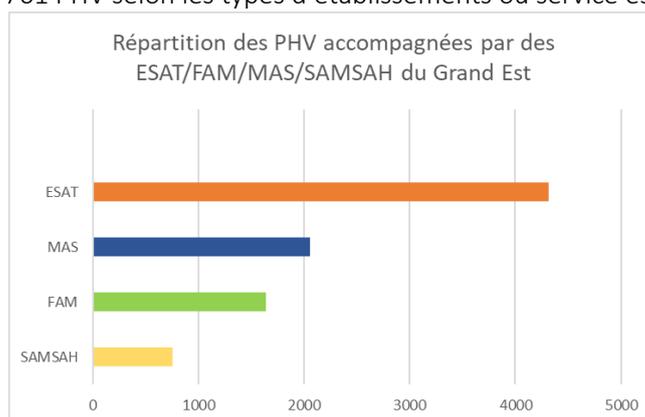
L'accès à un service MS à domicile est également difficile : il est constaté une offre en tension et insuffisamment graduée. Cette situation auto-alimente la tension générale sur les EMS puisque l'absence de soutien par un service MS fragilise le maintien à domicile et conduit alors les personnes en situation de handicap à formuler des demandes d'orientation en établissements médico-sociaux.

## Données relatives aux Personnes Handicapées Vieillissantes en Grand Est

Les données ci-dessous sont issues du tableau de bord de la performance du secteur médico-social et reflètent la situation déclarée par les établissements et services médico-sociaux en 2022 (données par département à partir de la page 13).

A partir de ces données, on note en Grand Est **8 761 personnes en situation de handicap vieillissantes accompagnées par un établissement ou service médico-social** de types Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)/Etablissement d'Accueil Médicalisé (EAM) ou Maison d'Accueil Spécialisé (MAS). Cette situation est donc partielle puisque d'autres modalités d'accueil peuvent être proposées dans les champs PH et PA, non comptabilisées.

La répartition de ces 8 761 PHV selon les types d'établissements ou service est la suivante :



Parmi ces données, et pour les EMS analysés, la **déficience principale** majoritairement représentée est la **déficience intellectuelle**, associée à des **troubles du langage et du comportement** ; pour les SAMSAH les déficiences associées sont majoritairement motrices et viscérales.

Concernant les **tranches d'âge** représentées dans ces établissements et SAMSAH, le tableau ci-dessous montre que la part des PHV âgées de **50-59 ans**, quelle que soit la catégorie d'accompagnement, est **majoritaire** (52%), avec une forte proportion représentée dans le public ESAT (60%) et 42% accueillies en MAS.

22% de PHV âgées de **60-74 ans** sont présentes dans les établissements et service analysés : 9% accompagnées par les ESAT, 38% accueillies en FAM/EAM.

	Nbre de PHV	Tranche d'âge majoritaire	Déf principale la plus représentée	Déf associées les plus représentées
<b>FAM/EAM</b>	1 639	60-74 ans	DI	Langage/comportement-comm <sup>o</sup>
<b>MAS</b>	2 051	60-74 ans	<b>Polyhandicap</b>	Langage/comportement-comm <sup>o</sup> /DI
<b>ESAT</b>	4 319	<b>50-54 ans</b>	DI	Tbles psy/DI
<b>SAMSAH</b>	752	60-74 ans	DI	<b>Déf.motrices/viscérales</b>

Au global, on notera que la **population PHV (à partir de 50 ans)** représente **42%** dans l'ensemble de la population PH accueillie et accompagnée par ces établissements et service MS en Grand Est dont 57% en FAM/EAM, 56% en MAS, 43% en SAMSAH et 34% en ESAT.

		Données Grand-Est				TOTAL	TOTAL hors ESAT		
Rapport CC		FAM	MAS	ESAT	SAMSAH				
Tranche d'âge majoritaire	Entre 3 et 4 x + de PHV de 50-60 ans	PH âgées de 45-49 ans	241	300	1349	126	2016	426	
		PH âgées de 50-54 ans	324	442	1470	193	2429	635	
		PH âgées de 55-59 ans	397	425	1127	195	2144	620	
		PH âgées de 60-74 ans	628	683	373	220	1904	903	
		PH âgées de 75-84 ans	47	87		18	152	105	
		PH âgées de 85-95 ans	2	114		0	116	114	
		PH âgées de +96 ans	0	0		0	0	0	
<b>TOTAL PHV</b>		<b>1639</b>	<b>2051</b>	<b>4319</b>	<b>752</b>	<b>8761</b>	<b>2803</b>		
TOTAL PH accueillies		2881	3659	12610	1762	20912	5421		
Déficiences majoritairement représentées	Motrices/Psychiques/Viscérales	<b>DI/langage/motrices</b>		Part des 50-59 ans	44%	42%	60%	52%	45%
		Part des 60-74 ans	38%	33%	9%	29%	22%	32%	
		Part des PHV dans la pop° PH globale		57%	56%	34%	43%	42%	52%

Outre le fait que ces données soient incomplètes puisque n'étant pas le reflet de l'ensemble des catégories d'établissements et services MS pouvant accompagner une PHV, elles sont toutefois représentatives du fait des taux de réponses dans chacune des catégories étudiées. Par ailleurs, elles ont été partagées avec les représentants mobilisés dans le cadre des travaux régionaux et représentent bien les typologies de publics qu'ils accueillent au quotidien.

Concernant les personnes bénéficiaires de **mesures de compensation**, on peut noter les éléments suivants d'après Handidonnées Grand Est<sup>4</sup> :

	Grand Est
<b>Bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)</b>	<b>105 191</b>
Dont vivant à domicile (87%)	91 975
Dont vivant en institution (12%)	13 216
<b>Dont bénéficiaires âgés de 60 ans et +</b>	<b>17 299</b>
<b>Bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)</b>	<b>29 944</b>
Dont bénéficiaires de 60 ans et +	10 586

Parmi les 91 975 bénéficiaires de l'AAH vivant à domicile :  
**72 969 sont sans activité (79%)**  
 10 397 travaillent en milieu ordinaire (11%)  
 8609 sont accompagnés en ESAT (10%)

Au total, 27 885 PH âgées de 60 ans et plus sont bénéficiaires de l'AAH ou de la PCH soit **20% du total des bénéficiaires**.

Face à ces profils, aux besoins spécifiques et croissants d'une PHV, et au public accueilli en Grand Est, plusieurs modalités d'accompagnement font consensus.

<sup>4</sup> [Handidonnées Grand-Est \(handidonnees.fr\)](http://handidonnees.fr)

## Quelles modalités d'accompagnement d'une PHV ?

---

### Modalités d'accompagnement d'une PHV en France

Il est important de rappeler que **9 PHV sur 10 vivent et vieillissent à domicile** et que 52% d'entre elles ne bénéficient d'aucun accompagnement.

En ce qui concerne le public des **ex travailleurs d'ESAT**, il convient de noter que **75%** des travailleurs d'ESAT vivent dans un **domicile autonome** et **23%** résident dans un **foyer d'hébergement**. Dès lors où le travailleur fait valoir ses droits à la retraite, les risques de rupture sociale et de perte du bénéfice du foyer d'hébergement/de vie sont majeurs et doivent pouvoir être anticipés.

Lorsqu'une PHV vit en établissement médico-social pour personnes en situation de handicap (EMS PH : Foyer de vie/d'hébergement, FAM/EAM ou MAS), son **parcours** est plutôt **linéaire** avec des adaptations réalisées par les structures « au fil de l'eau » prenant en compte l'évolution des rythmes de vie (liés à une plus grande fatigabilité), mais aussi la nécessité d'intensifier les soins et le nursing, entraînant une augmentation de la surveillance, voire un accompagnement jusqu'à la fin de vie.

Enfin, les PHV peuvent également être accueillies en **EHPAD**, qui constitue à date la modalité d'accueil majoritaire (*entre 35-40 000 PHV sont accueillies en EHPAD en France et 10 000 en résidences autonomie*). Il est à considérer que les structures pour personnes âgées accueillent un nombre de PHV presque aussi important que **l'ensemble des structures PH**.

**Une récente enquête de la DREES publiée en mai 2024<sup>5</sup> révèle que peu d'EHPAD dispose d'une unité dédiée PHV (280 EHPAD avec unité PHV sur 7 000 EHPAD en France). Par ailleurs, seulement 10% de personnes âgées de moins de 65 ans y sont accueillies et ces personnes sont beaucoup plus autonomes que le public âgé classiquement accueilli en EHPAD.**

Il convient aussi de prêter attention aux coûts moyens de financement de la partie soins entre un EHPAD (environ 18K€), un FAM/EAM (32K€) et une MAS (83K€) ; cette différence entraine de fait un impact direct sur **l'encadrement** et va de pair avec un plus ou moins grand temps d'accompagnement, selon le type de structure, alors même que les besoins d'une PHV sont croissants avec l'âge.

La structuration d'une unité PHV en EHPAD n'est par ailleurs pas une condition *sine qua non* à l'accueil de PHV en EHPAD.

### Repères issus des travaux en Grand Est pour un accompagnement de qualité et adapté aux spécificités de la Personne en Situation de Handicap Vieillissante

#### Des actions à promouvoir dans le respect des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

Au regard des éléments de contexte, des profils et des besoins des personnes, les bonnes pratiques suivantes doivent pouvoir être soutenues et promues :

① Réaliser des **formations croisées des professionnels des champs PA/PH pour favoriser l'interconnaissance des publics accueillis et de leurs spécificités**. L'accompagnement des

---

<sup>5</sup> [Ehpad : un résident sur dix a moins de 75 ans | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr)

professionnels du domicile et des EMS du champ PA doit être soutenu pour acquérir/actualiser leurs connaissances, leur permettant d'adapter leur posture professionnelle et de s'ajuster aux profils et besoins spécifiques de la PHV ; en miroir, les professionnels du domicile et des EMS du champ PH doivent également être accompagnés pour développer leurs connaissances sur les impacts du vieillissement chez une PSH ;

② Promouvoir l'action et l'appui des **Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)<sup>6</sup>** dans la **prévention de la rupture du lien social**, en particulier pour les travailleurs d'ESAT, voire globalement pour les personnes vivant à domicile ;

③ Si une entrée en établissement médico-social est choisie par la personne, correspondant à ses besoins et souhaits, alors une **période de transition** doit pouvoir être organisée, proposant des allers/retours réguliers, un rythme évolutif y compris et surtout pour les personnes venant d'un ESAT (*cela doit viser à faciliter les cohabitations, l'adaptation des activités...*) ;

④ Pour faire connaître « très tôt » les particularités d'accompagnement d'une PHV, des **stages d'immersion doivent pouvoir être amplifiés** incluant les acteurs du droit commun.

Des solutions d'accompagnements à amplifier

#### **Concernant les professionnels :**

① Les **nomenclatures des qualifications des personnels doivent pouvoir évoluer et s'adapter aux « publics frontières » PA/PH, PHV par exemple : des qualifications uniformes et « indifférenciées »** devraient pouvoir être **identifiées** tant pour les EMS PA que PH (*ex : un éducateur spécialisé n'existe pas dans les grilles des professionnels intervenant en EHPAD*) ;

② Le contenu de la **formation initiale des travailleurs sociaux** devrait pouvoir être actualisé pour intégrer des spécificités liées aux handicaps dont les troubles du neurodéveloppement et à leurs conséquences ;

③ **La systématisation d'une évaluation régulière (annuelle a minima) des besoins** des personnes accompagnées, de leurs acquisitions et de leurs souhaits, doit être ancrée dans les pratiques professionnelles pour permettre une adaptation continue des accompagnements ;

④ Des **formations continues** doivent également pouvoir être soutenues pour des professionnels de santé médicaux ou paramédicaux concernant les spécificités du handicap (*par exemple pour des gériatres afin de prévenir la maladie d'Alzheimer chez la personne porteuse de Trisomie 21*).

#### **Concernant le repérage et l'offre médico-sociale pour un accompagnement de qualité et adapté aux PHV :**

① **Rendre le repérage de la PH à domicile systématique** dès 45-50 ans pour repérer les situations, les analyser et prévenir les ruptures.  Cette action demande des travaux complémentaires ne serait-ce que pour outiller les équipes intervenant au domicile (*par exemple avec des grilles d'évaluation standardisées*) ;

 Une **étude sur les causes d'entrées en EMS en GE intégrant les effets du vieillissement selon la nature des déficiences** des personnes en situation de handicap serait également utile pour anticiper les réponses d'accompagnement de demain, dans un contexte de vieillissement global de la population ;

---

<sup>6</sup> [Groupes d'Entraide Mutuelle \(GEM\) | Agence régionale de santé Grand Est \(sante.fr\)](#)

② Développer l'offre de services, via des plateaux techniques médico-sociaux par exemple, en visant une offre graduée évoluant selon les besoins des PH dont PHV. Ces plateaux techniques pourraient regrouper des IDE, AS, ergothérapeute, assistant social... afin de soutenir le maintien des personnes, si elles le souhaitent, à domicile. Ce plateau technique interviendrait au domicile, en EMS PH et/ou PA.

③ Poursuivre les travaux visant à faire évoluer le nombre de résidences autonomie et à leur permettre d'offrir une offre MS graduée (cf conventions de repli demandées par exemple avec des SSIAD/EHPAD) ;

✉ Réfléchir à des solutions d'hébergement (résidence accueil sans limite d'âge par exemple) notamment pour les publics souffrant de troubles psychiatriques/santé mentale.

④ Renforcer les offres de répit, d'accueil de jour, d'accueil temporaire/séquentiel pour l'aidé et en soutien aux aidants, dans les EMS PA et PH, y compris en FAM/MAS.

⑤ Renforcer plus largement la coopération des acteurs d'un même bassin de vie vers la responsabilité territoriale et populationnelle pour qu'ensemble une palette de solutions diversifiées, plateforme de services coordonnés, souple, modulable, adaptée aux besoins des PHV soit proposable (SAAD, SSIAD, SAMSAH, SAVS, habitat inclusif, résidence autonomie, EMS PA/PH, accueil de jour, hébergement temporaire,...)

#### Zoom sur les travailleurs d'ESAT<sup>7</sup> :

① Poursuivre l'accompagnement des ESAT dans la réponse aux nouveaux besoins des personnes qui cumulent de plus en plus emploi et retraite ;

② Poursuivre les évolutions de Foyer d'Hébergement (FH) en Etablissement d'Accueil Non Médicalisé (EANM) afin de délier les orientations FH/ESAT et d'éviter les ruptures de parcours à la sortie d'un ESAT ;

③ Amplifier les accueils dérogatoires pour les personnes en situation de handicap d'âge plus élevé.

#### Zoom sur l'accompagnement PHV en EHPAD et ses prérequis :

① Nécessaire adaptation des outils d'évaluation de la dépendance : un point d'attention majeur doit être considéré quant au modèle économique actuel sachant que les profils des PHV et leurs besoins de soins importants ne peuvent rentrer dans les grilles AGGIR/PATHOS (cf page 9) ;

② Nécessaire accompagnement des professionnels des EHPAD pour faire évoluer leurs pratiques professionnelles et coller aux besoins spécifiques des PHV : accompagnement du handicap, activités éducatives, prise en compte des impacts du vieillissement et de la vie en collectivité avec d'autres résidents, dont les âges et les besoins sont différents ;

③ Nécessaire réflexion à engager pour viser en cible un ratio plus important de personnels socio-éducatifs voire de paramédicaux (MK, IDE) et moins d'ASH (ratios DREES-mai 2024 | Pour 100 PHV en EHPAD : 4,3 ETP socio-éducatifs vs 2 en moyenne pour 100 résidents ; 16,7 ETP ASH vs 19,1 ETP en moyenne pour 100 résidents).

---

<sup>7</sup> Aucune disposition ne précise une limite d'âge maximale pour l'orientation en ESAT. L'orientation en ESAT peut se poursuivre après 60 ans dès lors qu'elle reste adaptée, demandée et acceptée par la personne. La CNAV reconnaît que les travailleurs en ESAT peuvent cumuler revenus en ESAT et retraite. Depuis le 1er janvier 2021, le bénéfice de la PCH après 75 ans perdure si le droit a été ouvert avant 60 ans. Si non, demande d'APA possible. Depuis janvier 2023, il est possible de demander l'ouverture de la PCH pour soutenir l'autonomie y compris pour de PHV.

## \_ Zoom sur l'accompagnement PHV en EMS PH et ses prérequis :

En complément des éléments visés ci-dessus, page 9, les facteurs suivants sont facilitants pour s'adapter aux besoins des PHV en EMS PH :

- L'intégration de ces parcours spécifiques dans la stratégie de l'établissement (**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, projet d'établissement et projet associatif**),
- L'identification d'une unité PHV comme **modalité d'adaptation** au vieillissement en EMS PH en prévenant toutefois le risque d'isolement au sein même de la structure,
- La prise en compte des **spécificités** d'accompagnement des PHV dans la **démarche qualité** pour répondre aux exigences et recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS notamment.

### En résumé :

- Partir des **souhaits et des besoins de la personne** dans une logique **d'autodétermination** et de mobilisation du droit commun d'abord ;
- Les spécificités d'accompagnement que requièrent les PHV, dont le nombre augmentera d'année en année, doivent être intégrées dans les **objectifs d'une politique associative**, dans les projets d'établissements et plans de formations, sans toutefois sectoriser cet accompagnement spécifique, qui doit rester global ;
- Ces **évolutions de pratiques professionnelles** doivent être reliées aux enjeux de la **transformation de l'offre PA/PH** à l'œuvre depuis plusieurs années : subsidiarité et inconditionnalité de l'accueil ;
- Il n'y a **pas de solution unique d'accompagnement d'une PHV** mais **des solutions** à considérer en **complément du droit commun**, en réponse aux volontés de la personne/de ses aidants : vers des solutions **modulables, agiles et souples** ;
- L'accompagnement des PHV par **un service ou un établissement médico-social PA/PH** doit pouvoir s'inscrire dans les **prérequis** visés ci-dessus,
- Le **repérage à domicile** doit pouvoir être amplifié dans une **logique de responsabilité populationnelle** : les élus/Centres Communaux d'Action Sociale, les Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie, les Conférences des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie, les Dispositifs d'Appui à la Coordination, les professionnels du premiers recours dont le médecin généraliste, les Etablissements de santé, les Etablissements et Services Médico-Sociaux, les Communautés 360... : chacun peut, à un moment donné du parcours, repérer une PHV à domicile en fragilité. Il conviendrait d'amplifier les travaux communs pour répondre à ses besoins (*utiliser par exemple la grille des nomenclatures des besoins et des prestations/Séraphin PH*)
- Un **axe majeur de développement : celui du domicile**. L'offre de services médico-sociaux doit être **renforcée, graduée, adaptable** et adaptée aux besoins de soins croissants des PHV, augmentant avec l'âge. **La pluralité des solutions pour un continuum de parcours doit être la cible, vers des plateformes de services coordonnés.**



## Ressources complémentaires

Données départementales relatives aux PHV, issues du tableau de bord de la performance du secteur médico-social (situations déclarées par les établissements et services médico-sociaux en 2022)

### Données relatives aux FAM/EAM

Données départementales FAM/EAM	Nb EMS répondants	Nb EMS	Nb PH accompagnés	Nombre de personnes âgées de 45 à 49 ans	Nombre de personnes âgées de 50 à 54 ans	Nombre de personnes âgées de 55 à 59 ans	Nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans	Nombre de personnes âgées de 75 à 84 ans	Nombre de personnes âgées de 85 à 95 ans	Nombre de personnes âgées de 96 ans et plus	Nb PHV accueillies (+45 ans)	Nb PHV accueillies de + 55 ans	Part de PHV accompagnées /dépt en FAM (+45 ans)
08	5	7	119	10	12	17	20	0	0	0	59	37	50%
10	5	6	89	5	9	9	13	1	0	0	37	23	42%
51	14	14	471	54	57	51	79	3	0	0	244	133	52%
52	4	6	52	2	7	7	6	0	0	0	22	13	42%
54	9	11	303	26	23	41	61	4	0	0	155	106	51%
55	3	5	80	12	11	6	33	1	0	0	63	40	79%
57	15	16	485	32	48	64	102	9	0	0	255	175	53%
67	16	18	643	38	56	84	195	19	2	0	404	300	63%
68	9	9	411	33	56	77	77	6	0	0	249	160	61%
88	5	7	228	29	35	41	42	4	0	0	151	87	66%
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>99</b>	<b>2881</b>	<b>241</b>	<b>324</b>	<b>397</b>	<b>628</b>	<b>47</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1639</b>	<b>1074</b>	
	86%			8%	11%	14%	22%	2%	0%	0%	57%	37%	
	Représentativité/tx réponse												

### Données relatives aux MAS

Données départementales MAS	Nb EMS répondants	Nb EMS	Nb PH accompagnés	Nombre de personnes âgées de 45 à 49 ans	Nombre de personnes âgées de 50 à 54 ans	Nombre de personnes âgées de 55 à 59 ans	Nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans	Nombre de personnes âgées de 75 à 84 ans	Nombre de personnes âgées de 85 à 95 ans	Nombre de personnes âgées de 96 ans et plus	Nb PHV accueillies (+45 ans)	Nb PHV accueillies de + 55 ans	Part de PHV accompagnées /dépt en MAS (+45 ans)
08	3	3	216	21	23	28	54	5	1	0	132	88	61%
10	2	2	132	21	8	14	28	3	0	0	74	45	56%
51	5	5	296	26	40	39	57	10	4	0	176	110	59%
52	1	2	64	6	10	12	9	0	0	0	37	21	58%
54	10	12	622	46	70	74	85	24	29	0	328	212	53%
55	4	4	166	11	18	27	34	2	0	0	92	63	55%
57	17	17	842	68	119	122	181	5	0	0	495	308	59%
67	10	12	520	37	55	45	94	6	0	0	237	145	46%
68	9	9	513	36	60	41	75	2	2	0	216	120	42%
88	9	9	288	28	39	23	42	2	0	0	134	67	47%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>3659</b>	<b>300</b>	<b>442</b>	<b>425</b>	<b>659</b>	<b>59</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	<b>1921</b>	<b>1179</b>	
	93%			8%	12%	12%	18%	2%	1%		53%	32%	
	Représentativité/tx réponse												

### Données relatives aux ESAT

Données départementales ESAT	Nb EMS répondants	Nb EMS	Nb PH accueillies	Nombre de personnes âgées de 45 à 49 ans	Nombre de personnes âgées de 50 à 54 ans	Nombre de personnes âgées de 55 à 59 ans	Nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans	Nb PHV accueillies (+45 ans)	Nb PHV accueillies de + 55 ans	Part de PHV accompagnées /dépt en ESAT (+45 ans)
08	4	9	680	82	69	66	37	254	103	37%
10	6	9	579	63	64	34	10	171	44	30%
51	13	14	1377	135	158	116	36	445	152	32%
52	5	6	479	55	57	42	9	163	51	34%
54	10	21	1681	180	175	181	60	596	241	35%
55	6	11	469	55	50	50	15	170	65	36%
57	22	23	2649	276	286	210	48	820	258	31%
67	15	23	2071	221	249	183	56	709	239	34%
68	12	17	1725	193	246	174	73	686	247	40%
88	9	14	900	89	116	71	29	305	100	34%
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>147</b>	<b>12610</b>	<b>1349</b>	<b>1470</b>	<b>1127</b>	<b>373</b>	<b>4319</b>	<b>1500</b>	
	69%			11%	12%	9%	3%	34%	12%	
	Représentativité/tx réponse									

## Données relatives aux SAMSAH

Données départementales SAMSAH	Nb EMS répondants	Nb EMS	Nb PH accompagnées	Nombre de personnes âgées de 45 à 49 ans	Nombre de personnes âgées de 50 à 54 ans	Nombre de personnes âgées de 55 à 59 ans	Nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans	Nombre de personnes âgées de 75 à 84 ans	Nombre de personnes âgées de 85 à 95 ans	Nombre de personnes âgées de 96 ans et plus	Nb PHV accueillies (+45 ans)	Nb PHV accueillies de + 55 ans	Part de PHV accompagnées /dépt en SAMSAH (+45 ans)
08	4	4	193	17	21	20	11	0	0	0	69	31	36%
10	3	3	51	3	5	7	3	0	0	0	18	10	35%
51	4	4	142	10	17	28	30	1	0	0	86	59	61%
52	2	2	55	5	7	7	13	0	0	0	32	20	58%
54	8	9	299	12	29	29	14	0	0	0	84	43	28%
55	1	2	21	2	1	1	0	0	0	0	4	1	19%
57	3	3	110	6	15	7	9	0	0	0	37	16	34%
67	7	7	219	18	35	31	46	4	0	0	134	81	61%
68	4	6	656	52	62	62	93	13	0	0	282	168	43%
88	1	1	16	1	1	3	1	0	0	0	6	4	38%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>41</b>	<b>1762</b>	<b>126</b>	<b>193</b>	<b>195</b>	<b>220</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>752</b>	<b>433</b>	
	<b>90%</b>			<b>7%</b>	<b>11%</b>	<b>11%</b>	<b>12%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>43%</b>	<b>25%</b>	
	<b>Représentativité/tx réponse</b>												

## Fiches publiées par Coactis santé sur la thématique PHV

Coactis Santé développe depuis plusieurs années SantéBD et HandiConnect.fr, **solutions concrètes et complémentaires** qui s'appuient sur l'expertise d'un Comité Scientifique, Éthique et Pédagogique et de groupes de travail composés de nombreux experts de la santé et du handicap.



permet d'offrir une information en santé accessible à tous et d'encourager l'autonomie des personnes. Des [bandes-dessinées](#) expliquent la santé avec des images et des mots simples.



visé à sensibiliser et [outiller les professionnels](#) de santé dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Ce portail rassemble des fiches-conseils, des formations et un accès à l'expertise pour aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne auprès des patients en situation de handicap.

L'association Coactis santé a récemment mis en ligne trois nouvelles fiches sur Handiconnect.fr portant sur l'avancée en âge des personnes en situation de handicap. En libre accès sur le site [www.handiconnect.fr](http://www.handiconnect.fr), une fiche socle est complétée par une fiche rappelant les relais sur lesquels peuvent s'appuyer les professionnels de santé ainsi qu'une fiche présentant des échelles de repérage adaptées au handicap et organisée par domaine d'évaluation et par handicap (liens ci-dessous) :

- La personne handicapée vieillissante : [définition, points de vigilance](#)
- La personne handicapée vieillissante : [quels relais ?](#)
- Évaluer le profil d'une personne handicapée vieillissante : [sélection d'outils](#)

## Annexe : composition des Comités réunis dans le cadre des travaux

### Groupe interne ARS - niveau 1

	Nom	Qualité
DOS	Anne-Sophie Jac	Référente filières gériatriques/sanitaire
DSDP	Dr Louise Luan	Médecin santé publique/soins de proximité
DPSPSE	Dr Catherine Guyot	Médecin santé publique/prévention
DA	Dr Elisabeth Fierfort	Conseiller médical/PH
DA	Dr Hervé Villet	Conseiller médical/PA
DA	Karine Vienneuse	Responsable du département PH
DA	Gwenola Rey	Responsable du département PA
DT10	Anne-Marie Werner et Catherine Martinot	Responsable du service MS et référente administrative et budgétaire
DT68	Baptiste Vachon	Chargé de mission transformation de l'offre
DT54	Jérôme Malhomme	Responsable du service MS
DT52	Véronique Lobry	Responsable du service MS
DT57	CL Drucker	Responsable du service MS

### Comité technique - niveau 2

Qui ?	Qualité	Structure	Champ	Dépt.
Patricia SCHNEIDER	Dir filière gé	CHINa	PA/PH	08
Laurent HUBERT	DG	EHPAD la Salamandre	PA	10
Alan VINOT/Thierry MORLET	DG/Dir. FAM PHV	Fondation Bompard	PA/PH	57
Julie GOEMINE/M Cleret	Dir ESMS	SEISAAM	PH	55
Christine HUBERT	Dir ESMS	JB Thiery	PH	54
Catherine ORTH	Dir ESMS	EHPAD Lexy	PA	54
Nicolas SABATINI	Dir ESMS	AVSEA	PH	88
Hakim BELKACEM	Dir ESMS	FAM Lac Orient	PH	10
Laurent SPANNAGEL	Dir ESMS	FAS/FAM/MAS Mosell'a	PH	57
Priscilla GRILLIAT DENTRESSANGLE	DA	Services SAVS- SAMSAH- SAAD- GEM -SSIAD-CDSI	PH	51
M le Directeur	Dir ESMS	SAMSAH La Passerelle/UGECAM	PH	08
Samuel KUCHEL/Khatouna AYDOEVA/Françoise BICHELIN	DG/DA pôle résidentiel/DA MAS- FAM	AFAPEI Sud Alsace	PH	68
José RICHIER/Mme EGU/Mme PFAFFENZELLER	Dir ESMS	ADASMS	PH	52
Frédéric LUTZ Laura BOUCHAME	DG/Chargée de mission	Coordi. filière gé - GHT Cœur GE	PA	55/51/52
Caroline ROUSSE	Dir	MDPH	PH	55
Jean-Claude BICEGO/MME coNREAUX	Dir autonomie	CD Moselle	PA/PH	57
Virginie DOYON	Dir autonomie	CD Haute Marne	PA/PH	52
Olivier EISENBARTH	CM PHV	CD Meurthe et Moselle	PH	54
Cécile MICHEL	Coordinatrice	CEHRGE/Collectif handicap 57	PH	57
Vincent HAREL		Collectif handicap 54	PH	54
Danièle LOUBIER		CERHGE	PH	10
Philippe KHAN		CERHGE/Epilepsies GE	PH	GE
Thibault MARMONT	Directeur	CREAI	PH	GE

### Comité stratégique - niveau 3

Qui ?	Qualité	Structure	Champ
Guillaume MAUFFRE	DT08	ARS	PA/PH
Lamia HIMER	DT57	ARS	PA/PH
Pierre LESPINASSE	DT68	ARS	PA/PH
Anne MULLER	DOS	ARS	PA
Arielle BRUNNER	DPSPSE	ARS	PA/PH
Wilfrid STRAUSS	DSDP	ARS	PA/PH
Jean-Claude BICEGO Mme CONREAU	Dir autonomie	CD Moselle	PA/PH
Virginie DOYON	Dir autonomie	CD Haute Marne	PA/PH
Olivier EISENBARTH ; Angélique DURUPT	CM PHV	CD Meurthe et Moselle	PH
Cécile MICHEL	Coordinatrice	CEHRGE/Collectif handicap 57	PH
Vincent HAREL	Représentant usagers	des Collectif handicap 54	PH
Danièle LOUBIER	Représentant usagers	des CERHGE	PH
Philippe KHAN	Représentant usagers	des CERHGE/Epilepsies GE	PH
Pierre SALACHAS	Fédé°MS	APF	PH
Thibault MARMONT	Fédé°MS	CREAI	PH
Nicolas DUBUY	Fédé°MS	FHF	PA-PH
Laurent SPANNAGEL	Fédé°MS	GEPSO	PA-PH
Franck BRIEY	Fédé°MS	NEXEM	PH
Patrick NOUVION	Fédé°MS	SYNERPA	PA
Benoît VORMS	Fédé°MS	UNA	PA-PH
Caroline KERNEIS	Fédé°MS	UNAPEI	PH
Christophe BERNAGOULT	Fédé°MS	URIOPSS	PA-PH
Laurent HUBERT	Fédé°MS	FEHAP	PA-PH
Caroline ROUSSE	Directrice	MDPH55	PH