

Juin 2017

## **ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES**

*Bilan des réalisations au 31/12/2016 et  
programmation du développement de l'offre entre  
2017 et 2021*

# Sommaire

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>34</b>
<b>2</b>	<b>Panorama général de l'offre et évolution à 5 ans .....</b>	<b>56</b>
1.	Offre existante au 31 décembre 2016.....	56
1.1.	<i>Une offre (places installées) en forte croissance depuis 2005 et encore dominée par l'accueil en hébergement permanent.....</i>	<i>56</i>
1.2.	<i>Focus sur l'accueil de jour : évolution du nombre de places et des distances d'accès entre 2008 et 2017.....</i>	<i>813</i>
2.	Evolution prévisionnelle de l'offre 2017 – 2021 .....	1318
2.1.	<i>Panorama général de la programmation.....</i>	<i>1318</i>
2.2.	<i>Impact de la programmation sur l'offre territoriale.....</i>	<i>1520</i>
<b>3</b>	<b>Plans nationaux : réalisations au 31 décembre 2016 et programmation 2017-2021 .....</b>	<b>1723</b>
1.	Plan Solidarité Grand Age.....	1723
1.1.	<i>Places et montants notifiés .....</i>	<i>1723</i>
1.2.	<i>Autorisation des places et engagement des crédits : des taux d'engagement dépassés pour les EHPAD .....</i>	<i>1824</i>
1.3.	<i>Installation des places et consommation des crédits : 99,7% des crédits seront consommés en 2021 .....</i>	<i>1925</i>
2.	Plan Alzheimer et Plan Maladies neurodégénératives .....	2026
2.1.	<i>Places et montants notifiés .....</i>	<i>2026</i>
2.2.	<i>Autorisation des places et engagement des crédits.....</i>	<i>2026</i>
2.3.	<i>Installation des places et consommation des crédits : des structures qui s'installent vite et des objectifs dépassés en 2021 .....</i>	<i>2127</i>
2.4.	<i>Focus sur les Equipes Spécialisées Alzheimer : une couverture du territoire importante mais à poursuivre .....</i>	<i>2228</i>
2.5.	<i>Focus sur la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA).....</i>	<i>2329</i>
<b>4</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>2734</b>
1.	Cartographie complémentaire .....	2734
2.	Focus sur les réalisations de l'année 2016.....	2936
<b>5</b>	<b>Glossaire .....</b>	<b>3037</b>

# 1 Introduction

## Objet du présent rapport

La CNSA contribue au financement des plans de développement et transformation de l'offre d'accueil et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap. Elle délègue aux Agences régionales de santé les crédits leur permettant de programmer, d'autoriser, puis d'installer de nouveaux établissements et de nouveaux services.

Dans le cadre de cette mission, la Caisse réalise un suivi de la mise en œuvre des plans nationaux et des initiatives régionales de développement de l'offre d'accueil et d'accompagnement. Ce suivi donne lieu à des bilans annuels, sur le champ des personnes âgées et sur le champ des personnes en situation de handicap (deux rapports distincts), qui sont présentés au Conseil de la CNSA.

Le présent document fait le point sur les réalisations observées au 31 décembre 2016 ainsi que sur les évolutions futures programmées par les ARS jusqu'en 2021 dans le champ des personnes âgées. La première partie porte sur l'offre d'accueil et d'accompagnement de façon globale : état des lieux à fin 2016 et évolutions prévues. La seconde partie consiste en un approfondissement des réalisations et des évolutions prévues spécifiquement *au titre des plans nationaux* de développement de l'offre.

## Précision relative à la source des données

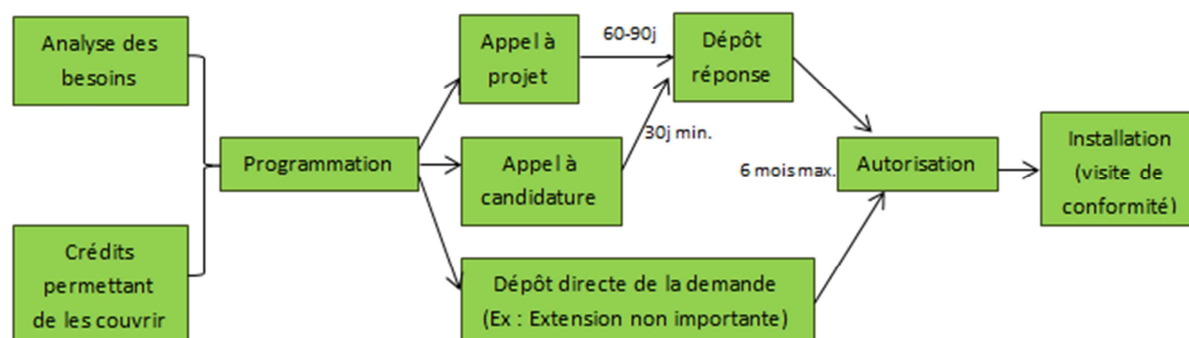
Sauf mention spécifique, ce bilan est réalisé à partir des données de l'application Seppia (Suivi de l'exécution de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations) extraites en date du 29 mai 2017.

L'outil Seppia remplace les anciennes applications e-Priac et Sélia, et a été mis en service auprès des Agences Régionales de Santé en mars 2015. Seppia permet de suivre dans un même outil les programmations des ARS et leurs mises en œuvre (autorisations et installations) déclinées par projet.

La CNSA a déployé en 2015 et 2016 des formations et des temps d'accompagnement aux ARS. L'utilisation de l'outil Seppia demeure cependant perfectible, notamment dans un contexte de réorganisation des agences encore récente suite à la réforme territoriale. Il convient donc de rester prudent sur l'interprétation de certaines données en raison de saisies qui sont encore à fiabiliser.

## Processus de la programmation à l'installation

Il est fait référence tout au long du document à des places programmées, autorisées et installées par les ARS. Le schéma suivant rappelle l'enchaînement de ces différentes étapes du processus conduisant à l'ouverture de nouveaux services ou de nouveaux établissements.

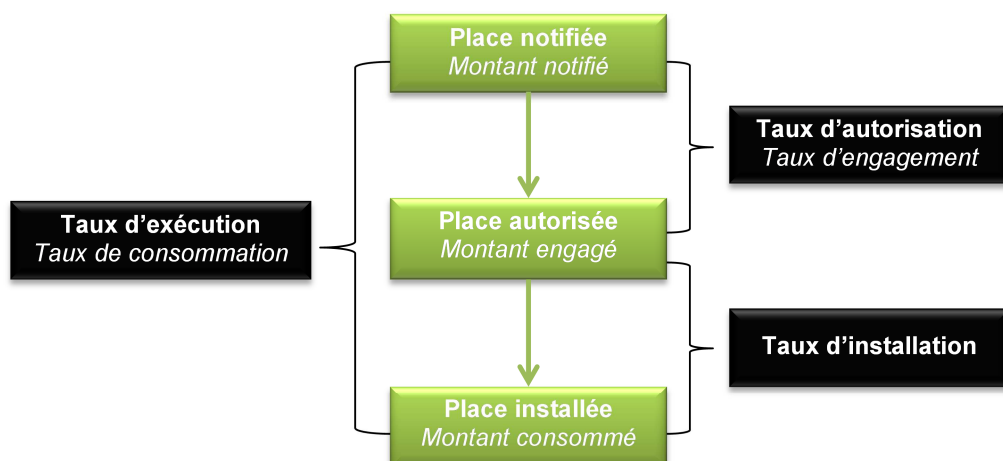


Ce document porte ainsi sur toutes les autorisations et les installations, quelle que soit la procédure d'autorisation dont elles relèvent (appel à projet, appel à candidature, extension non importante, CROSMS, transformation).

En ce qui concerne le levier particulier des appels à projet et des appels à candidature, un bilan leur est consacré pour l'année 2016 et fait l'objet d'une publication distincte.

### Notions utilisées dans le document

En miroir du processus rappelé ci-dessus, le schéma suivant illustre les notions de « montants notifiés / engagés / consommés » et de « taux de consommation », « taux d'engagement » et « taux d'installation » utilisées dans le présent rapport.



Les termes en italique renvoient à un raisonnement en crédits (ex : taux d'engagement, taux de consommation).

Enfin, un glossaire en fin de document peut faciliter l'appropriation des sigles utilisés.



## 2 Panorama général de l'offre et évolution à 5 ans

### 1. Offre existante au 31 décembre 2016

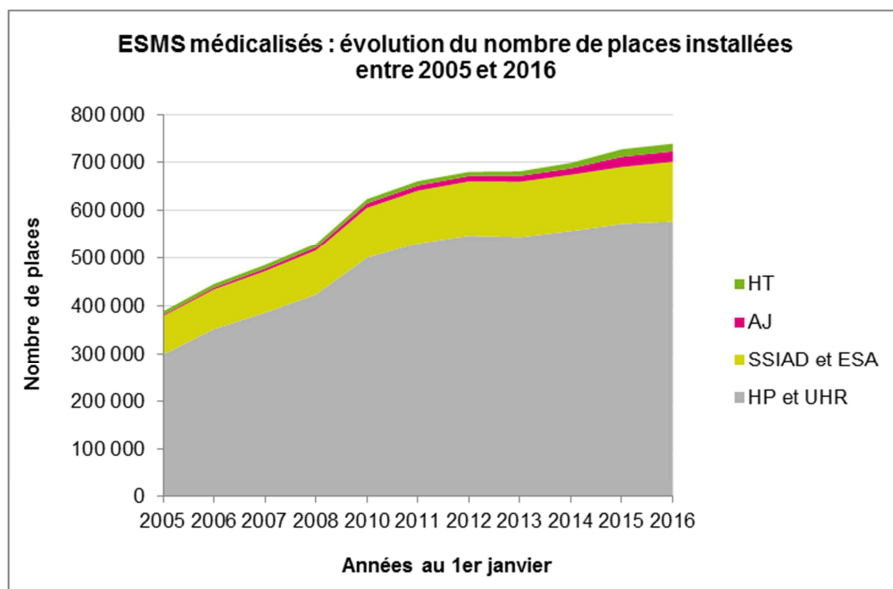
Pour étudier l'offre médico-sociale, plusieurs sources de données sont disponibles et apportent chacune des informations complémentaires permettant d'affiner l'analyse.

Ainsi, il est possible de raisonner en nombre de places installées ou en montants dépensés. De même, nous pouvons analyser les établissements médico-sociaux seuls, ou au regard de l'offre complémentaire présente sur le territoire (exemple : l'offre en SSIAD financée par l'ONDAM médico-social et l'offre d'actes infirmiers de soins financés par l'enveloppe « soins de ville »).

#### 1.1. Une offre (places installées) en forte croissance depuis 2005 et encore dominée par l'accueil en hébergement permanent

L'analyse du nombre de places installées indique que depuis 2005, **l'offre médico-sociale pour personnes âgées a fortement augmenté : +87% entre 2005 et 2016** (source Statiss). Ainsi, au 31/12/2016, on dénombrait **724 634 places en établissements et services médico-sociaux** pour personnes âgées en France (source Finess).

Malgré une très forte augmentation du nombre de places d'accueil de jour (elles ont été multipliées par 6), **les dispositifs concourant à l'accompagnement en milieu ordinaire ne représentent encore que 20% de l'offre totale.**



Sources : STATISS

### 1.1.1. L'indicateur taux d'équipement...

Bien que ne reflétant que partiellement la couverture des besoins, il est usuel d'établir **un taux d'équipement pour comparer les niveaux d'équipement des territoires à un instant *t* et mesurer leur évolution dans le temps.**

Le taux d'équipement en ESMS pour personnes âgées s'établit en rapportant le nombre de places installées en ESMS au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus : en France, au 31 décembre 2016, celui-ci est légèrement inférieur à **119 places pour 1 000 personnes âgées.**

NB : Les places de PASA et d'ESA constituant une modalité d'accompagnement complémentaire à une offre existante, et les plateformes d'accompagnement et de répit n'étant pas constituées de places (file active), ces structures ne sont pas intégrées dans le calcul du taux d'équipement.

#### Places installées et taux d'équipement au 31/12/2016 (France hors Mayotte)

	Nombre de places installées au 31/12/2016	Taux d'équipement pour 1000 pers.
AJ	14 391	2,36
HP	577 708	94,80
HT	11 174	1,83
SIAD	119 928	19,68
UHR	1 433	0,24
<b>Total ESMS</b>	<b>724 634</b>	<b>118,91</b>

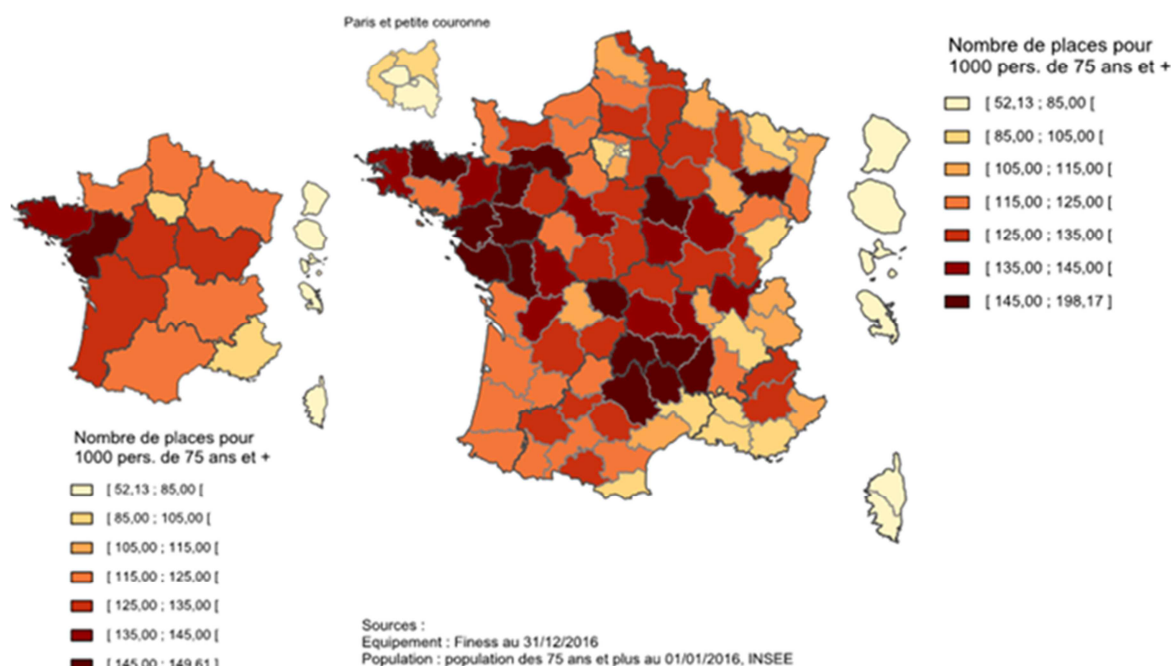
#### Sources :

Nombre de places : Finess au 31/12/2016

Population : population des 75 ans et plus au 01/01/2016, INSEE

**A l'échelle départementale** (hors Mayotte), **des écarts subsistent en termes de taux d'équipement en ESMS** : ils sont compris entre près de 52 places et 198 places pour 1 000 personnes âgées. Les DOM et les deux départements corses présentent les taux les plus faibles (inférieurs à 70 places pour 1.000), plusieurs départements des régions Ile de France et PACA ont également un équipement en structure médico-sociale relativement faible en comparaison de leur population. A contrario les équipements de la Bretagne et des Pays de la Loire sont élevés (respectivement une moyenne régionale de 136 et 150 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus), ainsi que plusieurs départements du nord de l'Occitanie et du sud Auvergne-Rhône-Alpes.

## Personnes âgées : Taux d'équipement en ESMS médicalisés au 31/12/2016



### 1.1.2. ...et ses faiblesses

Le taux d'équipement étant basé sur la population âgée quel que soit son état de santé et son niveau d'autonomie, et sur l'offre en ESMS uniquement, il semble **intéressant de la mettre au regard d'indicateurs complémentaires** :

- ...d'une part pour **améliorer la caractérisation de la population**, comme le taux de bénéficiaires de l'APA, le taux de mortalité (cf. Annexe),

Le nombre de bénéficiaires de l'APA est corrélé au niveau de dépendance des personnes (mesurée par la grille AGGIR) et donc au besoin de recours en ESMS. L'utilisation du taux de mortalité repose sur le principe qu' « à âge égal le taux de dépendance des personnes est d'autant plus fort que le risque de décès est élevé (...) Dans ce modèle, la dépendance et la mortalité sont toutes les deux des effets d'une variable commune : l'état de santé des personnes. Dès lors la prévalence de la dépendance est corrélée à la mortalité locale »<sup>1</sup>.

Ainsi, certains départements relativement bien équipés au regard de la population générale (exemple : le Nord) présentaient en 2013 des taux de mortalité élevés et un nombre relatif de bénéficiaires de l'APA importants. A contrario certains départements (exemple : Hauts de Seine) apparemment plus faiblement équipés présentent des populations âgées dont l'état de santé est meilleur et le niveau d'autonomie plus élevé.

- ...et d'autre part **pour affiner la vision de l'offre**, comme les autres types de dépenses d'assurance maladie rapportées au nombre d'habitants.

<sup>1</sup> Olivier Léon, INSEE

Les analyses des taux d'équipement en places - qui ne portent que sur les structures médico-sociales – peuvent être mises en relation avec **les autres prestations** en faveur des personnes âgées et plus particulièrement celles relatives aux actes infirmiers de soins (AIS), du fait de **la complémentarité et parfois de la substituabilité entre ces différents « segments » de l'offre de soins et d'accompagnement**.

Si près des trois-quarts des dépenses d'assurance maladie par personnes âgées de 75 ans et plus concernent en moyenne le secteur médico-social, au niveau local les répartitions entre les trois secteurs de dépenses (médico-social, AIS et USLD) peuvent être très différentes : à l'échelle départementale la part des dépenses médico-sociales parmi l'ensemble des dépenses varie entre 32% et 92%. Ainsi certains départements sont peu équipés en structures médico-sociales mais bénéficient d'une présence d'infirmiers libéraux importante.

Aussi des départements, comme les Bouches du Rhône et les départements corses et d'outre-mer, relativement peu équipés en structures médico-sociales, présentent en revanche un volume important d'AIS et figurent parmi les départements dont le total des dépenses en faveur des personnes âgées est le plus élevé (rapporté à la population).

## 1.2. Focus sur l'accueil de jour : évolution du nombre de places et des distances d'accès entre 2008 et 2017

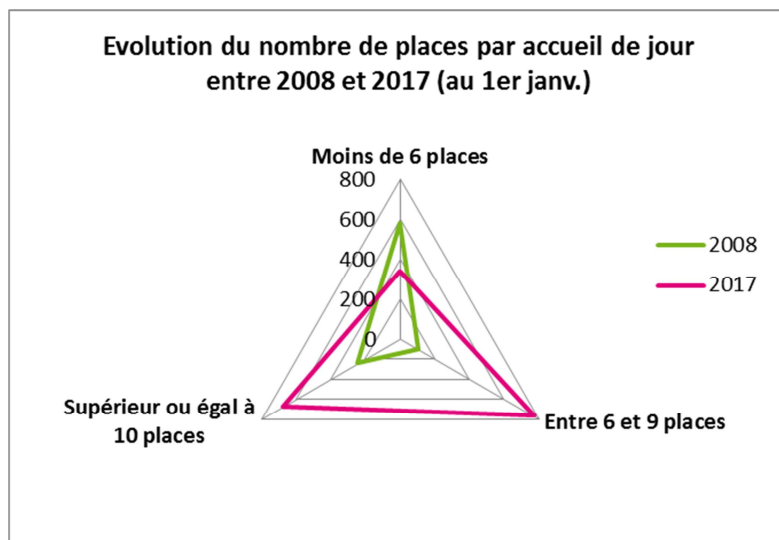
### 1.2.1. Une évolution importante de la capacité des accueils de jour

**En 2008, on comptabilisait 925 accueils de jour sur l'ensemble du territoire dont la majorité d'entre eux étaient de petite capacité** : 62% proposaient moins de 6 places et la médiane se situait à 5 places par accueil de jour (c'est-à-dire que la moitié des accueils de jour avaient moins de 5 places).

En effet, dans les années 2000 (principalement à partir de 2005, année de la circulaire d'application du deuxième plan Alzheimer 2004-2007), certains financeurs incitaient les porteurs de projet à inscrire systématiquement quelques places d'accueil de jour au sein de tout projet d'EHPAD, conduisant ainsi à installer une majorité de petits accueils de jour (parfois de seulement 1 ou 2 places).

Plusieurs études menées dans le cadre du troisième plan Alzheimer (2008-2012) ont montré qu'un nombre minimal de places était requis pour garantir un véritable projet d'accompagnement et permettre une organisation dans des locaux dédiés. A partir de ces constats, la circulaire DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010 a précisé la **capacité minimale des accueils de jour** dédiés à l'accompagnement des personnes âgées. Ainsi elle indique que la capacité ne doit pas être inférieure à six places lorsque l'accueil de jour est adossé à un EHPAD et à dix places pour un accueil de jour autonome, avec cependant une exception possible pour les territoires à faible densité démographique, en zone rurale ou enclavée.

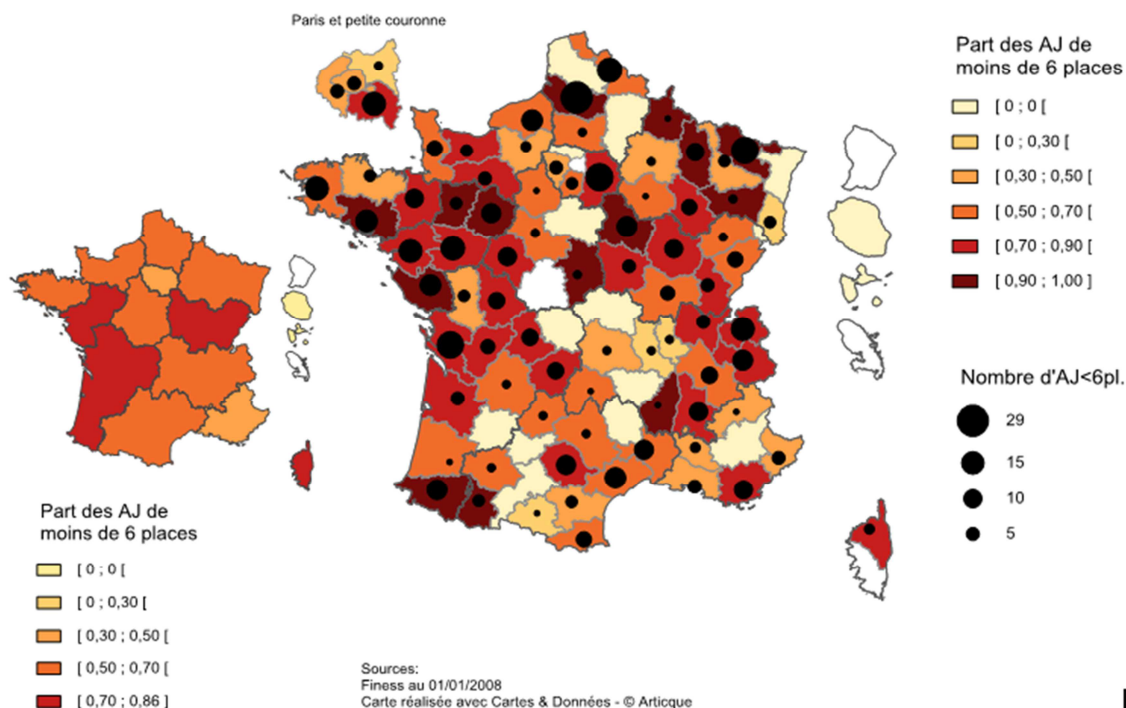
**En 2017, parallèlement à la très forte augmentation du nombre d'accueils de jour en France (+93% par rapport à 2008), le nombre d'accueils de jour de moins de 6 places a très fortement diminué** : ils représentent désormais seulement 19% de l'ensemble des accueils de jour installés. Les accueils de jour d'une capacité comprise entre 6 et 9 places sont désormais les plus nombreux (43% en 2017 contre 11% en 2008). En 2017, 678 accueils de jour possèdent un minimum de 10 places (soit 38%).



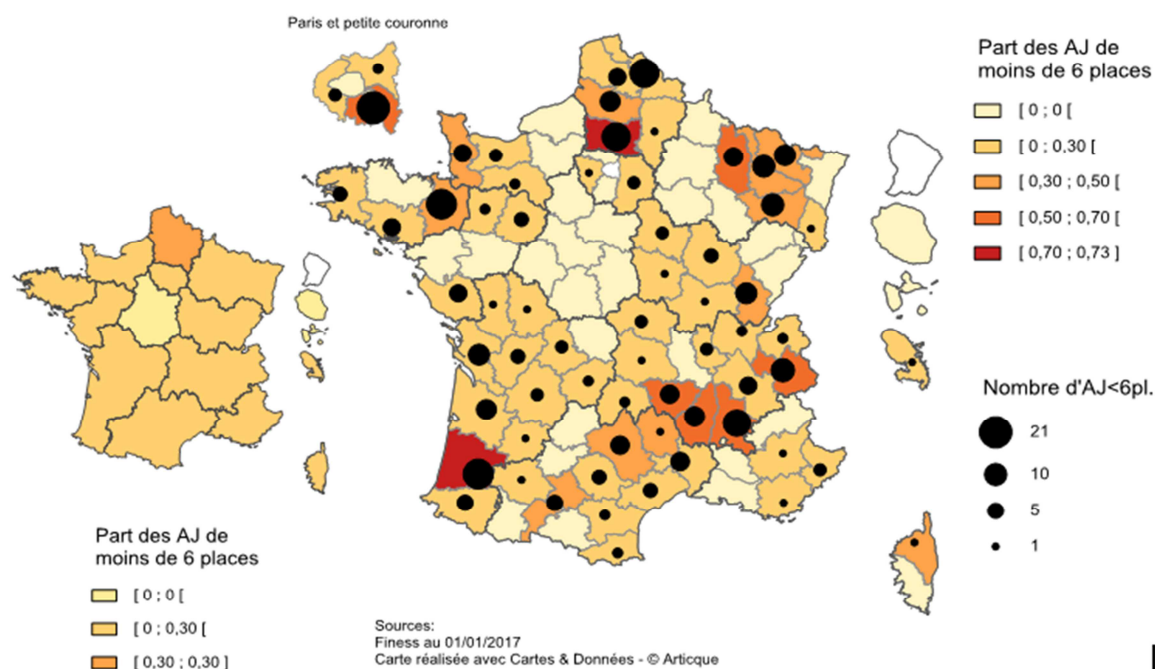
**Sources :** *Finess au 01/01/2008 et au 01/01/2017*

La mise en application de la circulaire est plus longue qu'escompté sur certains territoires dont le nombre d'accueils de jour avec de faibles capacités étaient particulièrement important en 2008. On dénombrait 14 départements dont plus de 90% des AJ étaient en dessous du seuil minimal et 25 départements avec une part d'AJ inférieurs au seuil comprise entre 70% et 90%. Aussi, des régions comme les Pays de la Loire, l'ex-Lorraine et l'ex-Poitou-Charentes ont dû restructurer une très grande partie de leur offre d'accueil de jour, en procédant soit à des extensions de structures existantes soit à des regroupements et suppressions d'établissements.

### Accueil de jour de moins de 6 places au 01/01/2008



## Accueil de jour de moins de 6 places au 01/01/2017



### 1.2.2. Une amélioration de la couverture territoriale des accueils de jour

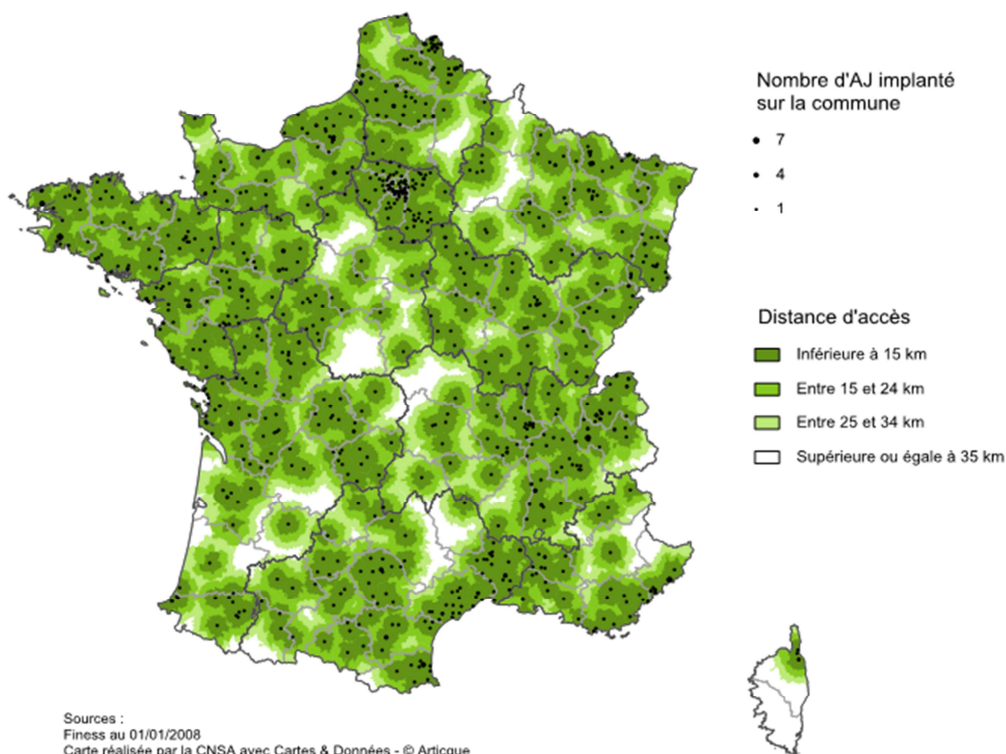
Malgré la notification d'enveloppes dédiées à l'accueil de jour, les extensions systématiques de site n'étaient pas toujours possibles ou même pertinentes. Aussi, certains sites ont dû fermer, ce qui aurait pu entraîner une augmentation des distances d'accès aux accueils de jour. On constate cependant que la couverture territoriale s'est au contraire améliorée pendant la période analysée.

En effet, en 2008, en France métropolitaine, 95,4% des communes étaient situées à moins de 35 kilomètres d'un accueil de jour. Toutefois, certains départements étaient très peu couverts, comme l'Indre, voire totalement non couvert pour la Corse du Sud.

La carte ci-dessous indique les localisations des accueils de jour installés pour les personnes âgées dépendantes ou les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au 1<sup>er</sup> janvier 2008 (point noir), ainsi que les distances d'accès à chacun de ces accueils de jour. Les zones blanches sont situées à plus de 35 km de l'AJ le plus proche.



## Accueil de jour et distance d'accès au 01/01/2008



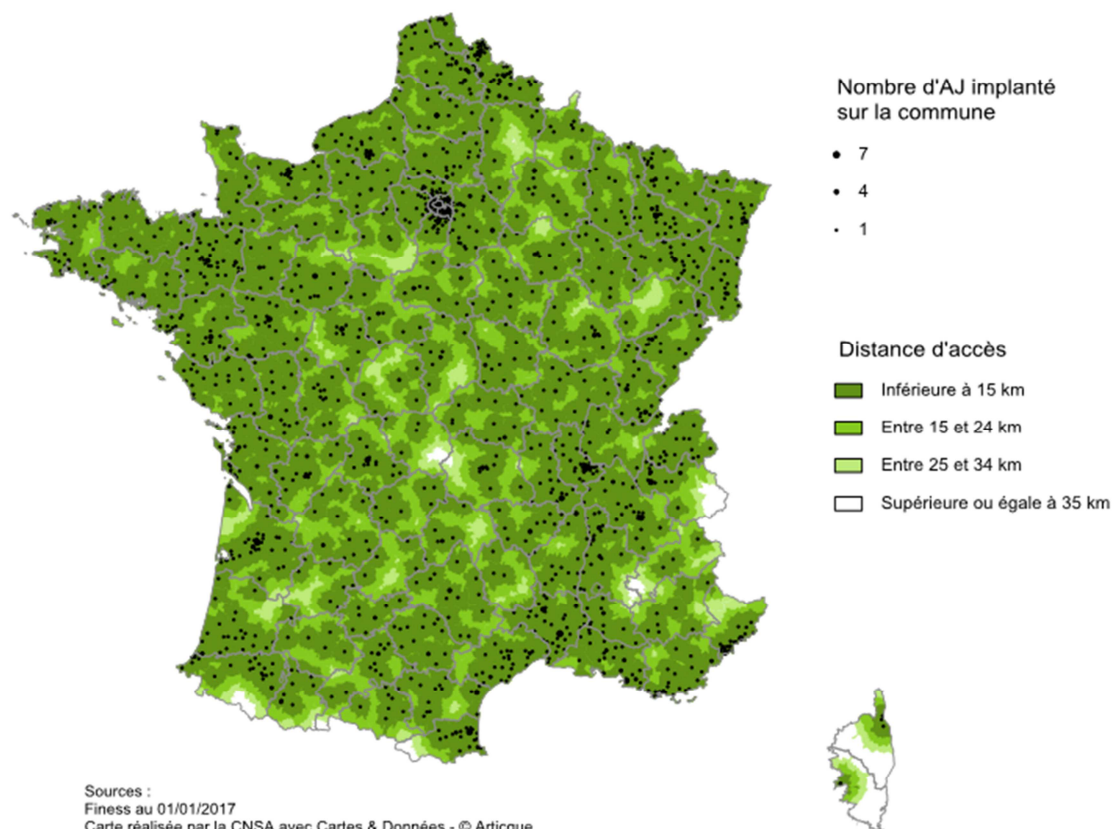
### Lecture des cartes :

Les points noirs indiquent le lieu d'implantation d'un accueil de jour. La taille du point est proportionnelle au nombre d'accueils de jour installés sur la commune.

Le dégradé de vert indique pour chaque commune sa distance à l'accueil de jour le plus proche. Une commune en vert foncé se situe à moins de 15 km de l'AJ le plus proche, alors qu'une commune en blanc est située au moins à 35 km d'un AJ.

**Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, on constate à la fois une augmentation du nombre de places par accueil de jour et une meilleure couverture territoriale : 99,35% des communes sont situées à moins de 35 kilomètres d'un accueil de jour. Il s'agit principalement de communes d'altitude de très faibles densités (cf. carte de densité communale en annexe). Une seule commune de densité intermédiaire est située à plus de 35 km d'un accueil de jour.**

## Accueil de jour et distance d'accès au 01/01/2017



En synthèse, les 14 391 places d'accueil de jour installées fin 2016 se situent dans des structures comptant pour 81 % d'entre elles une capacité d'au moins 6 places, et couvrent la majeure partie du territoire en considérant un rayon de 35 km autour de leur localisation.

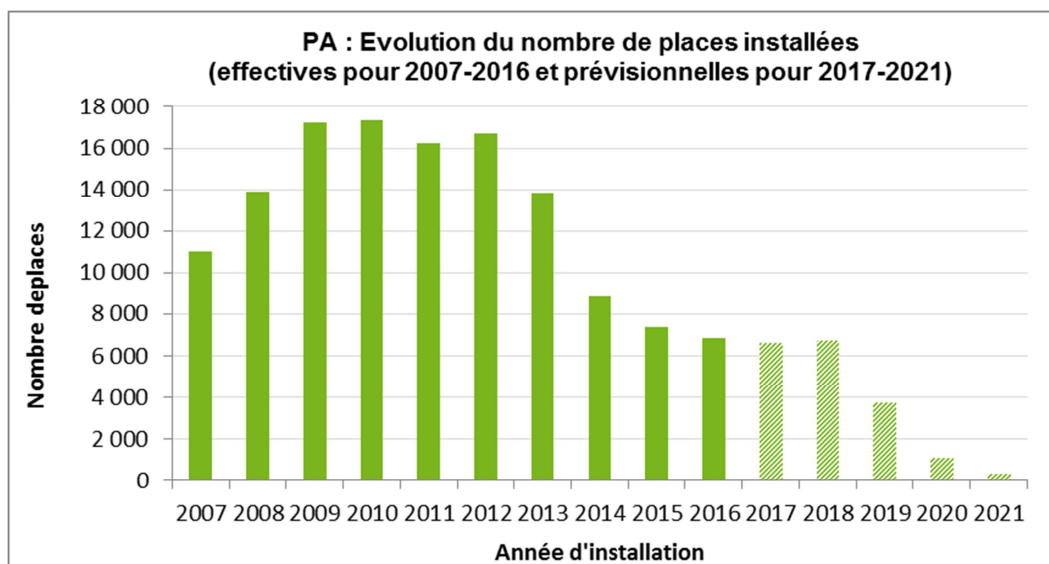


## 2. Evolution prévisionnelle de l'offre 2017 – 2021

### 2.1. Panorama général de la programmation

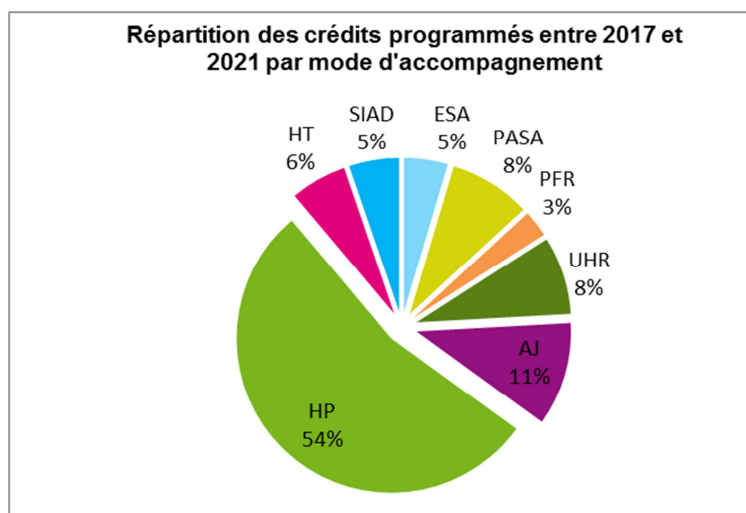
Les cinq années qui viennent seront celles de l'achèvement des plans de création de places dans le champ Personnes âgées. La programmation inscrite dans l'outil Seppia pour la période 2017-2021 indique une prévision d'installation de **18 503 places** et une consommation supplémentaire de **233,5 millions d'euros**.

72% des places programmées entre 2017 et 2021 s'installeront d'ici fin 2018. A compter de 2020, les livraisons de places seront résiduelles. Au vu des installations des deux dernières années, les prévisions 2017 et 2018 paraissent réalistes. Les volumes programmés pour les années suivantes, bien que nettement moins importants, semblent cohérents avec le solde à programmer de crédits de mesures nouvelles issus des Plans nationaux (cf. Partie 3).



Entre 2017 et 2021, **12 320 places d'hébergement permanent devraient s'installer pour un montant de près de 130 millions d'euros**. Ces places d'hébergement permanent représentent deux tiers des places et 54% des crédits programmés. Ainsi, comme les années précédentes **l'accompagnement institutionnel** (Hébergement permanent, UHR, PASA) **reste très majoritaire** dans la programmation (71% des crédits).

**L'offre spécifiquement dédiée à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer représente près d'un quart des crédits programmés.**

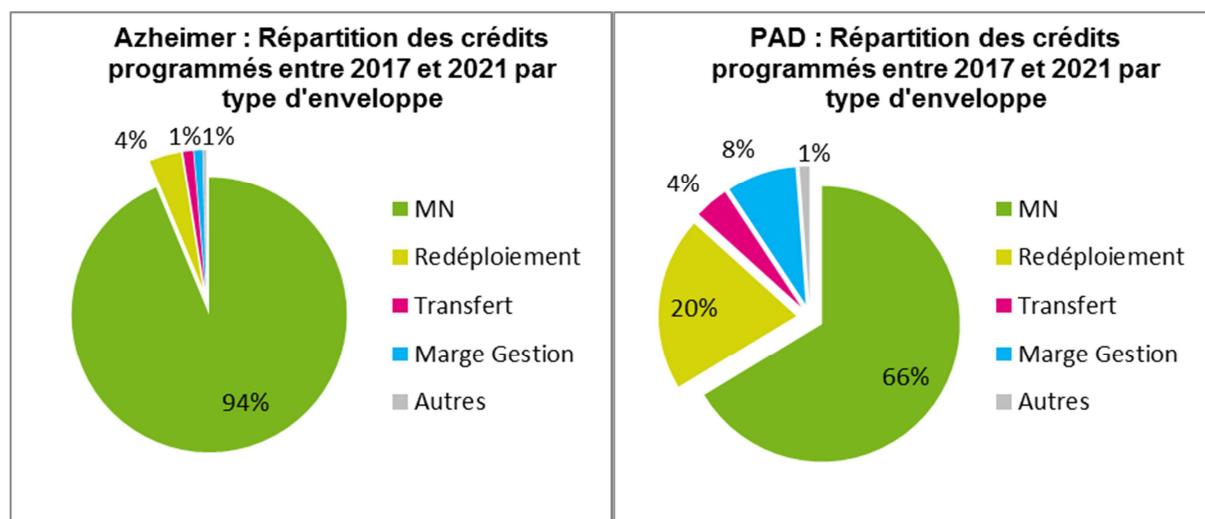


La programmation des ESMS dédiés à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est très largement financée par les crédits de mesures nouvelles (94%).

Pour les autres structures (HP, AJ, HT, SSIAD), **les mesures nouvelles restent majoritaires (66%) mais on constate depuis deux ans qu'elles sont en recul au profit des redéploiements de crédits** opérés par les ARS (20% entre 2017 et 2021 contre 6% entre 2006 et 2016).

Les redéploiements consistent à utiliser les crédits d'assurance maladie d'une structure médico-sociale au profit d'une autre (par exemple il peut s'agir de redéploiement de crédits de places d'hébergement temporaire vers des places d'hébergement permanent).

Ils ont à distinguer des crédits de transfert qui ne sont pas issus du secteur médico-social (principalement du sanitaire). Concernant les structures destinées aux personnes âgées dépendantes (PAD), ces crédits sont minoritaires (4%).



## 2.2. Impact de la programmation sur l'offre territoriale

### 2.2.1. Evolution nationale du taux d'équipement

Parallèlement au développement de l'offre, la population française connaît une évolution dynamique. Il est donc intéressant de **mesurer l'impact combiné des créations de places et de l'évolution de la population (+5,4% sur la période) sur l'évolution des taux d'équipement**.

Dans le tableau ci-dessous, la première colonne indique le taux d'équipement fin 2016. Ensuite, les taux d'équipement ont été projetés à deux dates : au 31/12/2018 après la mise en œuvre des deux années de programmations les plus élevées, l'autre au 31/12/2020<sup>2</sup>.

#### Evolution des taux d'équipement entre fin 2016 et fin 2020

	Taux d'équipement au 31/12/2016 pour 1000 pers.	Taux d'équipement au 31/12/2018 pour 1 000 pers.	Taux d'évolution 2016-2018	Taux d'équipement au 31/12/2020 pour 1 000 pers.	Taux d'évolution 2016-2020
AJ	2,36	2,60	10,2%	2,60	10,0%
HP	94,80	93,53	-1,3%	91,81	-3,2%
HT	1,83	1,93	5,2%	1,93	5,3%
SIAD	19,68	19,30	-1,9%	18,83	-4,3%
UHR	0,24	0,37	55,6%	0,37	55,3%
Total ESMS	118,91	117,72	-1,0%	115,54	-2,8%

#### Sources :

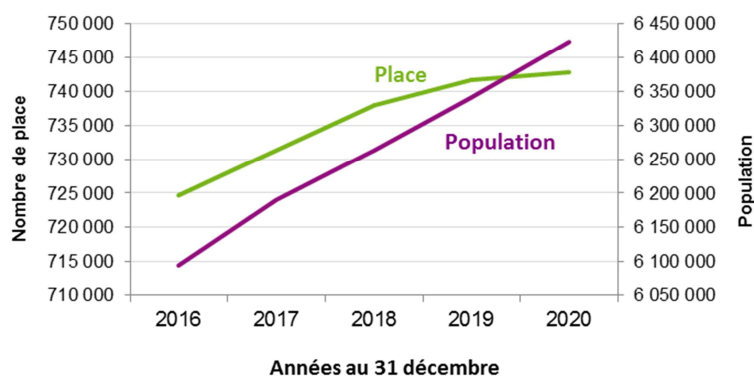
Taux d'équipement 31/12/2016 : Finess au 31/12/2016 et Population des 75 ans et plus au 01/01/2016 -INSEE

Taux d'équipement 31/12/2018 : Finess au 31/12/2016 + SEPPIA programmation 2017-2018 + population des 75 ans et plus au 01/01/2019 (INSEE OMPHALE 2010 scénario central)

Taux d'équipement 31/12/2020 : Finess au 31/12/2016 + SEPPIA programmation 2017- 2020 au 29/05/2017 + population des 75 ans et plus au 01/01/2021 (INSEE OMPHALE 2010 scénario central )

La programmation de nouvelles places sur la période ne compense pas la croissance du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus. **Aussi, sur la période 2016-2020 nous observons une diminution prévisionnelle du taux d'équipement de 2,8%.**

#### Evolution du nombre de places installées et de la population des 75 ans et plus entre fin 2016 et fin 2020



<sup>2</sup> Les programmations prévues pour 2021 ne concernent que deux régions (Nouvelle Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur), aussi la mesure de l'impact des programmations sur le taux d'équipement est réalisée jusqu'au 31/12/2020 et non à fin 2021. Pour calculer le taux d'équipement projeté au 31/12/2020, le nombre total de places programmées entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2020 a été ajouté au nombre de places existantes recensées dans le répertoire Finess au 31 décembre 2016, le tout a ensuite été divisé par la population projetée au 01/01/2021 et multiplié par 1000 (taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus). Comme mentionné en partie 1.3, les places de PASA et d'ESA ainsi que les plateformes d'accompagnement et de répit, représentant 16% des crédits programmés, ne sont pas intégrées dans le calcul du taux.

## 2.2.2. Evolution départementale et régionale du taux d'équipement

A l'échelle départementale la combinaison entre les niveaux de programmation et les taux d'évolution de la population âgée entraîne des variations parfois importantes : le taux d'évolution du taux d'équipement est compris entre -20,6% et +12,4%.

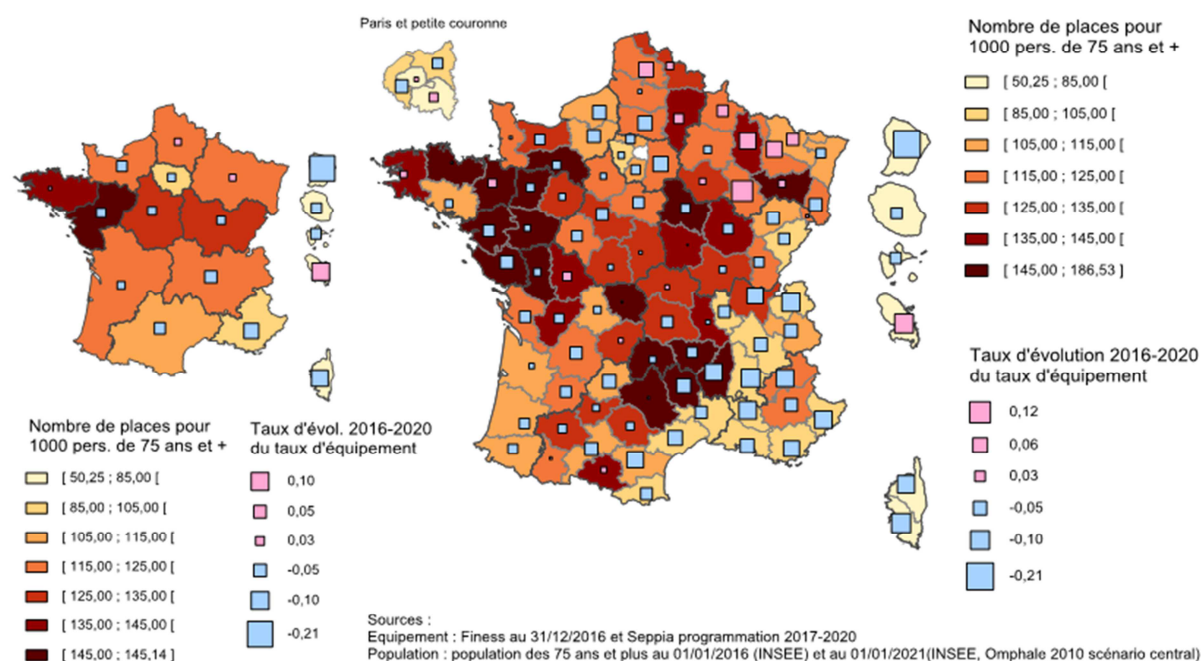
Ainsi, certains départements peu équipés en structures médico-sociales, comme la Martinique, augmenteront fortement leur taux d'équipement médico-social, malgré une forte croissance du nombre de personnes âgées au cours des 4 prochaines années (cf. Annexe). A contrario, la Haute-Corse, département également peu équipé en structures médico-sociales mais fortement orienté vers l'accompagnement par des infirmiers libéraux, n'accroît pas à l'horizon fin 2020 son taux d'équipement car la programmation médico-sociale ne parvient pas à compenser la croissance de la population âgée.

### Lecture des cartes :

Le fond en dégradé de rouge indique, par classe (tranche) le taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et plus. Les carrés proportionnels indiquent le taux d'évolution du taux d'équipement entre fin 2016 et fin 2020, en rose les évolutions positives, en bleu les négatives.

Exemple : Le taux d'équipement du Pas de Calais en décembre 2020 est de 115 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus (4ème tranche), ce qui représente une augmentation de 6% par rapport au taux d'équipement de décembre 2016.

Personnes âgées : projection du taux d'équipement en ESMS médicalisés au 31/12/2020



### 3 Plans nationaux : réalisations au 31 décembre 2016 et programmation 2017-2021

Trois plans gouvernementaux ont été déployés pour permettre le développement d'une offre adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes sur l'ensemble du territoire français : il s'agit du Plan Solidarité Grand Age ou PSGA (2007-2012), du Plan Alzheimer (2008-2012) et du Plan Maladies Neuro-dégénératives (2014-2019).

Ces plans prévoient des objectifs importants de création de places nouvelles d'établissements et de services. Le PSGA prévoyait également le renforcement de la médicalisation des EHPAD pour accompagner l'évolution des besoins.

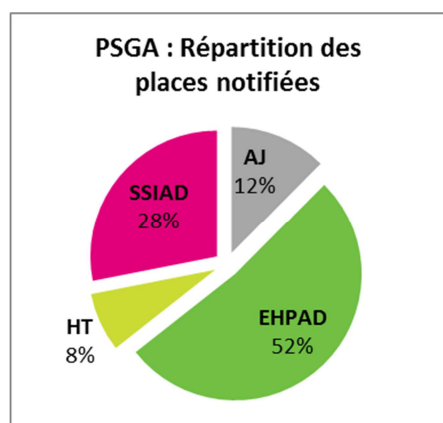
Le présent document présente l'état d'avancement au 31 décembre 2016 et prévisionnel (2021) du PSGA, du plan Alzheimer et du plan maladies neurodégénératives, tel que retracé par les ARS dans l'application Seppia gérée par la CNSA.

## 1. Plan Solidarité Grand Age

### 1.1. Places et montants notifiés

Depuis 2007, la CNSA a notifié aux ARS **un total de 851,3 millions d'euros pour la création de 85 994 places en faveur des personnes âgées** pour la mise en œuvre du plan Solidarité Grand Age (PSGA).

	Notifications	
	en places	en millions d'€
AJ	10 689	112,4
EHPAD	44 678	413,6
HT	6 473	69,7
SSIAD	24 155	255,7
<b>Total</b>	<b>85 994</b>	<b>851,3</b>



## 1.2. Autorisation des places et engagement des crédits : des taux d'engagement dépassés pour les EHPAD

Au 31 décembre 2016, **80 693 places** ont été autorisées : pour ces autorisations, **812,8 millions d'euros** ont été engagés par les ARS.

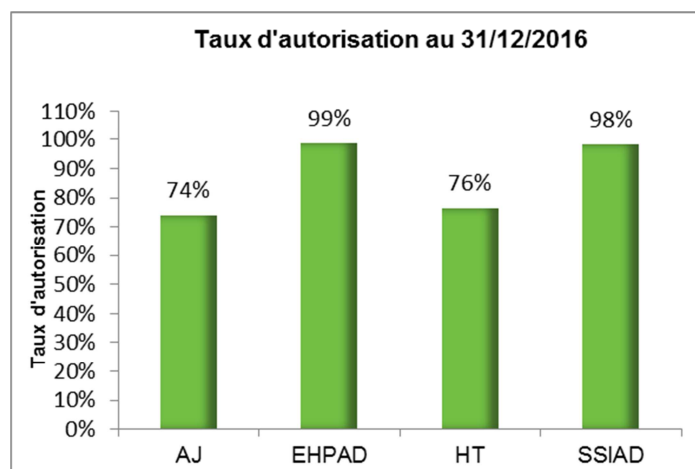
### Autorisation et engagement des enveloppes de mesures nouvelles

	Places autorisées	Millions d'€ engagés
AJ	7 905	83,9
EHPAD	44 084	422,4
HT	4 944	53,1
SSIAD	23 759	253,4
<b>Total</b>	<b>80 693</b>	<b>812,8</b>

Globalement, **94% des places notifiées ont donc été autorisées**. Les EHPAD et les SSIAD présentent les taux d'autorisation les plus élevés (respectivement 99% et 98% des places notifiées ont été autorisées). Comme les années précédentes, bien qu'en progression, les projets d'hébergement temporaire et d'accueil de jour restent moins nombreux : respectivement 76% et 73% des places notifiées sont été autorisées.

En ce qui concerne **les autorisations de places d'hébergement permanent en EHPAD**, il est à noter que **le taux d'engagement** (raisonnement en euros et non en places : montant engagé/montant notifié) **est de 102%**.

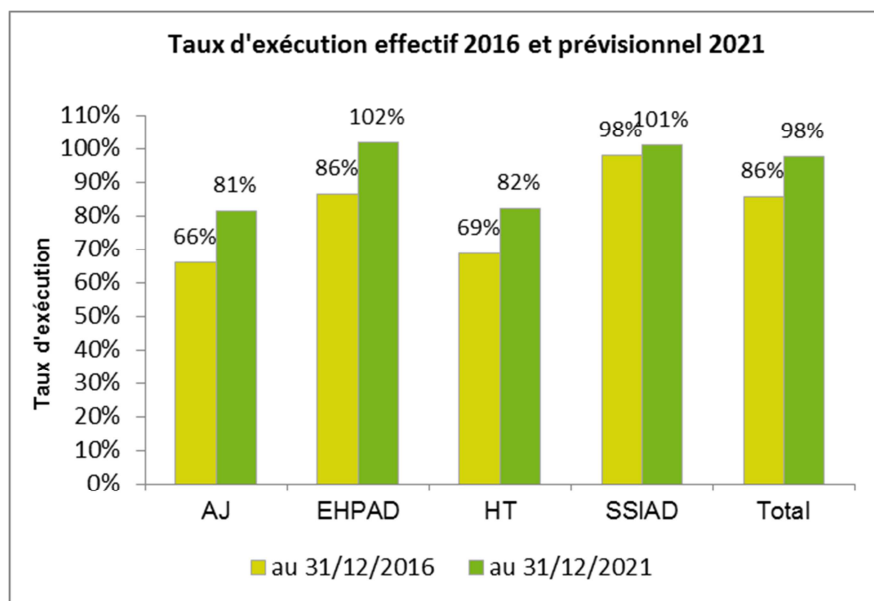
Ainsi l'engagement est supérieur à l'autorisation (99%) en raison de l'évolution du coût à la place depuis 2007. En outre l'engagement effectif (422,4M€) dépasse l'objectif notifié (413,6M€) en raison de l'utilisation de crédits initialement destinés à d'autres modes d'accompagnement (AJ-HT) pour l'autorisation de places d'hébergement permanent en EHPAD.



### 1.3. Installation des places et consommation des crédits : 99,7% des crédits seront consommés en 2021

	Réalisation au 31/12/2016		Programmation 2017-2021		Prévision au 31/12/2021	
	Places installées	Millions d'€ consommés	Places installées	Millions d'€ consommés	Places installées	Millions d'€ consommés
AJ	7 071	74,5	1 632	18,3	8 703	92,8
EHPAD	38 540	364,6	6 948	72,9	45 488	437,5
HT	4 439	47,3	881	9,8	5 319	57,1
SSIAD	23 635	251,8	734	9,1	24 369	260,9
<b>Total</b>	<b>73 684</b>	<b>738,3</b>	<b>10 195</b>	<b>110,1</b>	<b>83 879</b>	<b>848,4</b>

Au 31 décembre 2016, **73 684 places** ont été installées (soit **86%** des places notifiées) pour un montant de **738,3 millions d'euros**. Grâce aux crédits du PSGA, 10 195 places supplémentaires ouvriront entre 2017 et 2021. Ainsi **au 31/12/2021, 83 879 places auront été installées** (98% des places notifiées) **et 848,4 millions d'euros** seront consommés **soit 99,7% des crédits notifiés**.



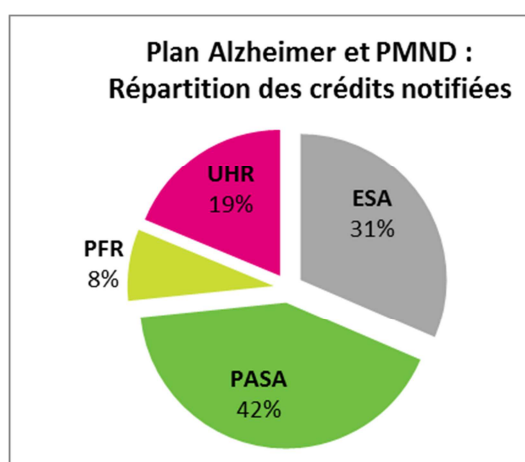
## 2. Plan Alzheimer et Plan Maladies neurodégénératives

### 2.1. Places et montants notifiés

La CNSA a notifié aux ARS 273,4 millions d'euros pour la création de 8 340 places ainsi que des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) dans le cadre de la mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012.

	Notifications	
	en places	en millions d'€
ESA	5 728	86,0
PASA	-	114,6
PFR	-	21,5
UHR	2 612	51,3
<b>Total</b>	<b>8 340</b>	<b>273,4</b>

*Rappel : le raisonnement en places ne s'applique pas aux ESA et PASA dans le cadre du présent bilan.*



### 2.2. Autorisation des places et engagement des crédits

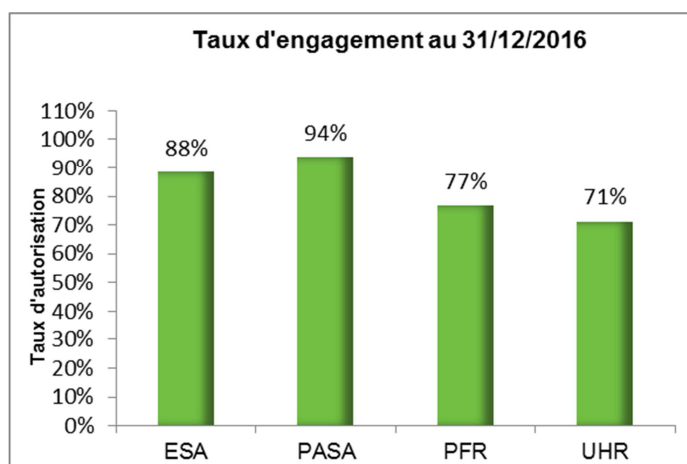
Au 31 décembre 2016, **236,2 millions d'euros** ont été engagés par les ARS, soit **82%** des crédits notifiés.

Les niveaux d'engagement effectifs des Plateformes d'accompagnement et de répit et des unités d'hébergement renforcées (UHR) sont un peu plus en retrait (respectivement 77% et 71% d'engagement), comparés aux équipes spécialisées Alzheimer (ESA) (88%) et PASA (94%).

#### Autorisation et engagement des enveloppes de mesures nouvelles

	Places autorisées	Millions d'€ engagés
ESA	5 064	76,0
PASA	-	107,2
Plateforme	-	16,5
UHR	1 904	36,4
<b>Total</b>	<b>6 968</b>	<b>236,2</b>



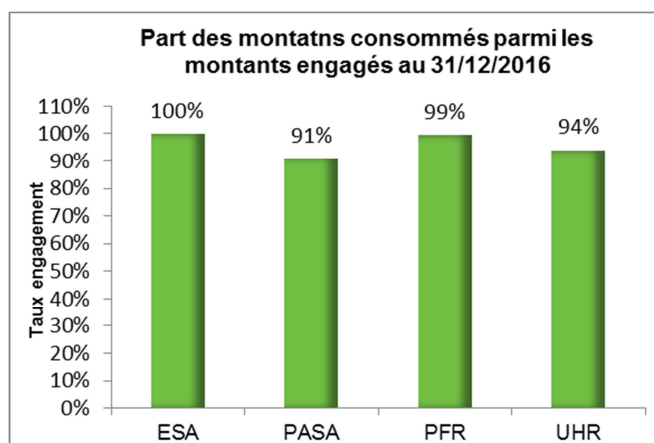


### 2.3. Installation des places et consommation des crédits : des objectifs dépassés en 2021

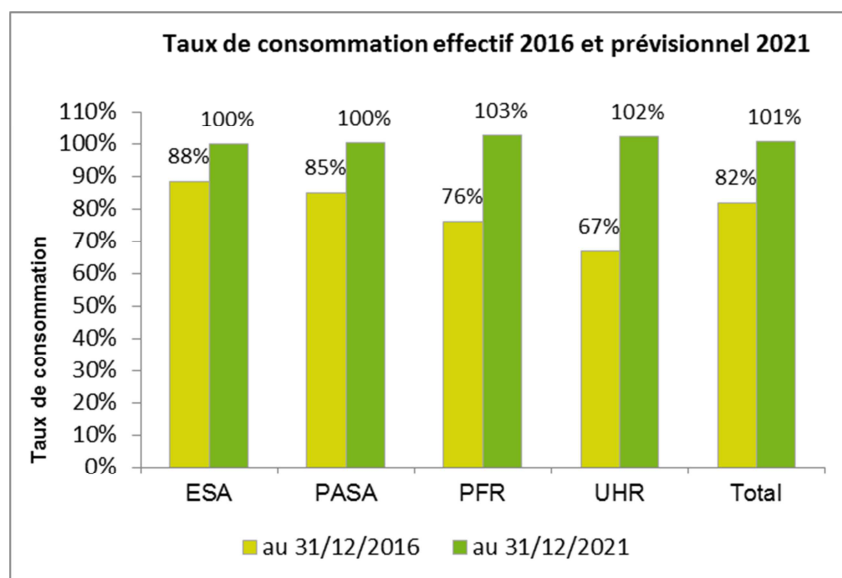
Au 31 décembre 2016, **223,7 millions d'euros** ont été consommés par les ARS, soit **82%** des crédits notifiés.

	Réalisation au 31/12/2016		Programmation 2017-2021		Prévision au 31/12/2021	
	Places installées	Millions d'€ consommés	Places installées	Millions d'€ consommés	Places installées	Millions d'€ consommés
ESA	5 054	75,9	632	10,1	5 686	86,0
PASA	-	97,2	-	17,8	-	115,1
PFR	-	16,4	-	5,7	-	22,0
UHR	1 789	34,2	864	18,2	2 653	52,4
<b>Total</b>	<b>6 843</b>	<b>223,7</b>	<b>1 496</b>	<b>51,8</b>	<b>8 339</b>	<b>275,5</b>

**Dans l'ensemble les places spécifiques à l'accompagnement des malades d'Alzheimer s'installent vite:** 95% des places autorisées sont installées au 31 décembre 2016. Pour les ESA, la quasi intégralité (99,8%) des places autorisées sont d'ores et déjà installées. En revanche les PASA présentent des délais d'installation un peu plus longs (91% des autorisations se sont traduites par des installations) en raison des travaux requis pour l'adaptation des locaux au cahier des charges.



**Au 31 décembre 2021, l'intégralité des crédits notifiés devraient être consommés et les objectifs devraient même être dépassés.** En effet, la mise en œuvre de plateformes d'accompagnement et de répit et des UHR sera supérieure aux l'objectif fixés grâce à l'utilisation de crédits du PSGA (notamment crédits issus de places d'accueil de jour non installées, qui seront utilisés pour les plateformes).



Si les ARS ont bien prévu de consommer l'intégralité des crédits d'ici 2021, il n'en reste pas moins que ces crédits ne permettent une couverture territoriale complète à ce jour : l'exemple des Equipes Spécialisées Alzheimer est à ce titre significatif.

## 2.4. Focus sur les Equipes Spécialisées Alzheimer : une couverture du territoire importante mais à poursuivre

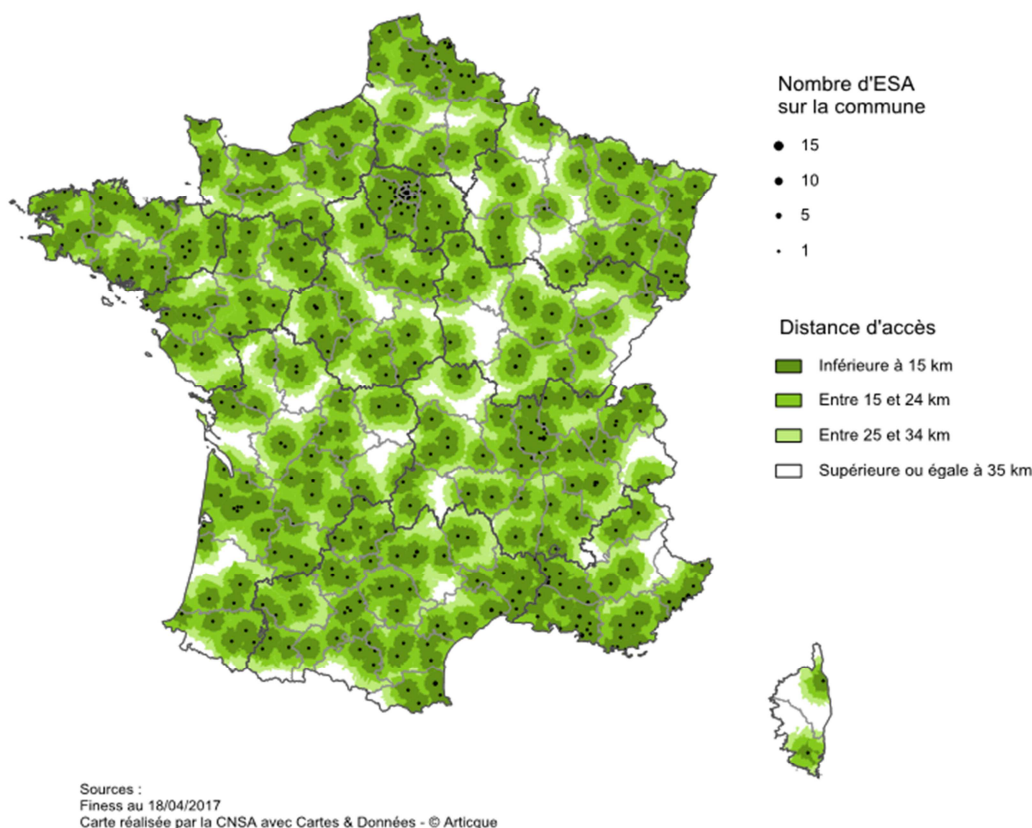
L'équipe spécialisée Alzheimer (ESA) à domicile est une équipe de professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ergothérapeute et/ou psychomotricien assistés par des assistants de soins en gérontologie). Ces équipes réalisent sur prescription médicale des séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement permettant :

- le maintien et la stimulation des capacités restantes,
- l'apprentissage de stratégies de compensation,
- la diminution des troubles du comportement,
- l'amélioration de la relation entre la personne et son ou ses aidant(s),
- une adaptation de l'environnement de nature à maintenir ou à améliorer le potentiel cognitif, moteur et sensoriel des malades, ainsi que leur sécurité.

Cette prestation intervient généralement pour des personnes en début de maladie ou lorsqu'un soutien ponctuel est nécessaire, notamment en cas de survenue de crise.

Au 18/04/2017, on recense **464 ESA**. A l'exception de Mayotte, tous les départements possèdent au moins une ESA (la **médiane** se situe à **4 équipes par département**).

## ESA et distance d'accès au 18/04/2017



La couverture territoriale n'est cependant pas homogène. **93,9% des communes métropolitaines sont situées à moins de 35 km d'une ESA.**

**Les communes situées au-delà de cette distance sont majoritairement (56%) des communes de très faibles densité et une part importante (42%) de faible densité. Cependant 2% des communes concernées sont de densités intermédiaires, et il est à noter qu'un peu moins de la moitié d'entre elles sont situées en ex-Picardie et en ex-Poitou-Charentes.**

## 2.5. Focus sur la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)

### 2.5.1. La méthode MAIA

Pour renforcer le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, à l'instar de nombreux pays touchés par le vieillissement de la population, la France, a choisi dès 2011 de développer une stratégie d'intégration par le déploiement d'une méthode organisationnelle partagée par l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

L'analyse du présent rapport portant sur l'offre d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, **il est utile de décrire de façon complémentaire la façon dont se met en**

**œuvre une méthode destinée à améliorer le fonctionnement global de l'offre** et son adéquation aux besoins des personnes âgées.

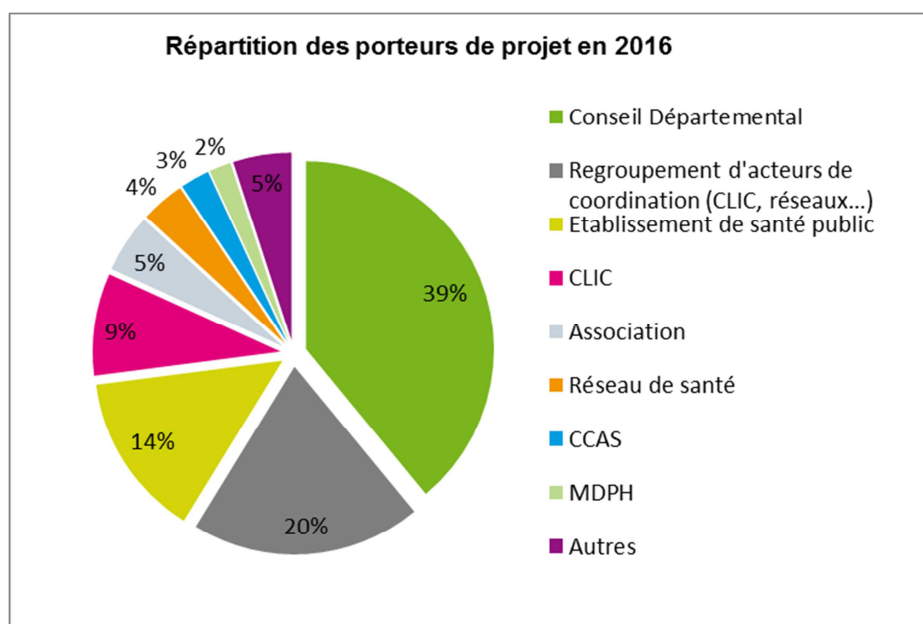
La méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) propose des **modalités d'organisation collective soutenant des modes de fonctionnements nouveaux, partagés entre acteurs d'un territoire**, avec pour objectifs :

- La **coresponsabilité** des financeurs et des opérateurs pour répondre au mieux aux besoins de la population
- L'amélioration de la **lisibilité du système** global de prise en charge pour les professionnels et les usagers (Qui fait quoi à quel moment de la prise en charge ?) ;
- Le **décloisonnement** de la prise en charge avec la mise en cohérence des ressources existantes dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- La **réduction de la complexité du système** par un ajustement des réponses aux besoins des personnes : prévenir, accompagner, dispenser des aides, soigner au bon moment, par la meilleure ressource disponible, faciliter le maintien à domicile ;

Une enveloppe financière est dédiée au soutien de cette politique publique : pour impulser et accompagner ce projet territorial partagé, un pilote MAIA et des gestionnaires de cas sont déployés au niveau local.

### 2.5.2. Les MAIA en 2017

**Début 2017, 352 dispositifs sont effectivement financés et déployés** sur le territoire national, portés par 246 porteurs différents.



Ils représentent un taux de couverture de 98% du territoire national.

Environ 310 pilotes (chefs de projet) et 850 gestionnaires de cas<sup>[2]</sup> sont en fonction et sont dédiés à la mise en œuvre de cette politique d'intégration des services d'aide et de soins.

<sup>[2]</sup> Le rôle des missions du gestionnaire de cas sont définies par l'arrêté du 16 novembre 2012. Pour exercer cette fonction, les professionnels sont formés dans le cadre d'un diplôme interuniversitaire.

La CNSA finance la grande majorité des dispositifs au titre de la section I-2 (personnes âgées) de son budget. Elle délègue les crédits MAIA aux agences régionales de santé, chargées de leur déploiement opérationnel, dans le cadre du fonds d'intervention régional. Ces crédits représentent pour 2017 une enveloppe totale de 97,72 millions d'euros<sup>[4]</sup>.



[4] Ce montant correspond à une enveloppe de 280 000 € par dispositif couvrant essentiellement des coûts salariaux du pilote MAIA et des 3 gestionnaires de cas.

### 2.5.3. La démarche d'évaluation nationale des MAIA

Tout au long de l'année 2016, la CNSA a mené une démarche d'évaluation nationale des MAIA. Elle a été confiée à une équipe de chercheurs et de consultants en lien avec un comité de pilotage<sup>[5]</sup> présidé par un membre de l'Inspection générale des affaires sociales.

Les objectifs poursuivis par cette évaluation étaient :

- de **bien comprendre le fonctionnement** des dispositifs MAIA et les modalités de coopération mises en œuvre sur les territoires ;
- d'identifier les **facteurs favorables et défavorables** à l'intégration des services d'aide et de soins et d'éclairer les effets de la coopération entre acteurs à l'échelle territoriale sur le découloisonnement du système et sur la fluidification du parcours des personnes âgées ;
- de manière implicite, de **tester la capacité du système français à acclimater le concept d' « intégration »**, démarche ambitieuse et difficile à appréhender.

Cette évaluation a donné lieu à la publication d'un rapport<sup>3</sup> et à la formulation de 12 recommandations relatives :

- à la gouvernance de l'intégration,
- aux conditions de déploiement de l'intégration avec un renforcement des liens entre ARS et conseils départementaux,
- à la clarification des cadres d'intervention des pilotes MAIA et gestionnaires de cas,
- et au fonctionnement des mécanismes de la méthode.

**L'une des principales recommandations** est de donner davantage de **cohérence à la gouvernance nationale, régionale, départementale et locale des projets au service du parcours des personnes âgées**. L'évaluateur préconise de faire de l'intégration des services d'aide et de soins **une véritable stratégie de politique publique de santé au service des parcours**. Pour une mise en œuvre efficace, les programmes tels que PAERPA ou PTA ont vocation à relever de cette politique globale d'intégration de même que MAIA, dans une démarche de convergence des dispositifs.

Les recommandations mettent également en évidence la nécessité de co-construire des programmes de travail communs entre ARS et conseils départementaux, de définir des territoires d'intervention cohérents, de partager un langage commun, de déployer des outils favorisant l'échange et le partage d'informations. Le déploiement de messageries partagées sécurisées et l'interopérabilité entre les systèmes d'informations de professionnels concourant tous au parcours de vie des personnes âgées constituent des enjeux majeurs : **cela nécessite la définition d'une stratégie nationale SI cohérente en faveur du « parcours »**.

L'intégration des services d'aide et des soins repose sur **un processus continu** et introduit une notion de **conduite de changement** au long cours à plusieurs niveaux : sur les organisations et sur les pratiques professionnelles.

---

<sup>[5]</sup> Le comité de pilotage a réuni toutes les parties-prenantes à la cette politique (DGCS, DGOS, DSS, ARS, ANAP, DREES, EHESP, ANCCLIC, UNR, conseils départementaux, pilotes, gestionnaires de cas, UNCCAS, UNPS).

<sup>3</sup> Disponible sur le site de la CNSA : [http://www.cnsa.fr/sites/default/files/evaluation\\_maia\\_rapport\\_final\\_et\\_annexes\\_0.zip](http://www.cnsa.fr/sites/default/files/evaluation_maia_rapport_final_et_annexes_0.zip)



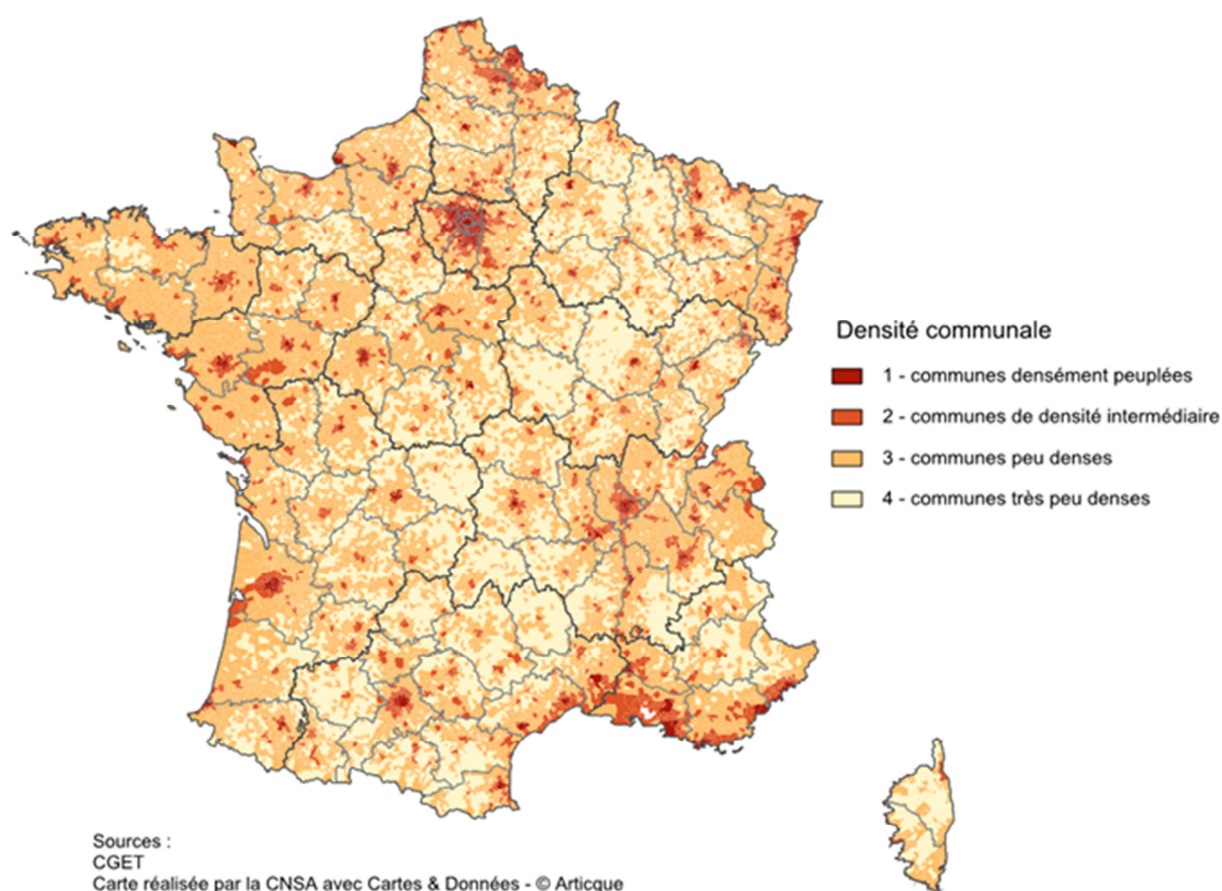
## 4 Annexes

### 1. Cartographie complémentaire

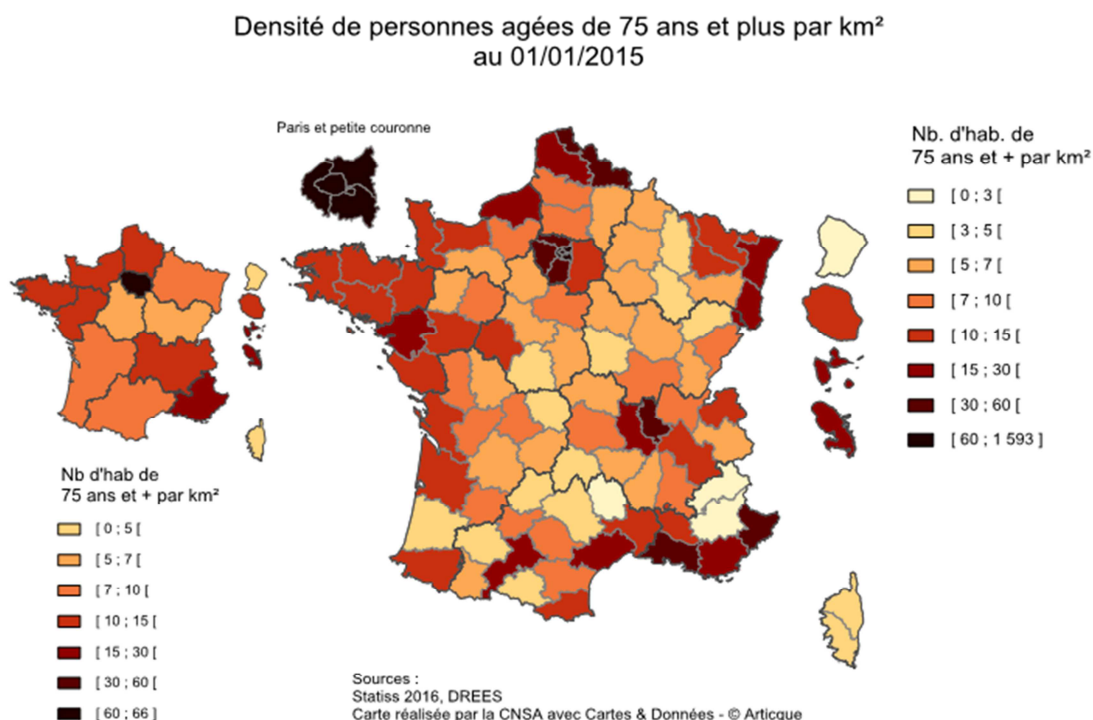
Les cartes ci-dessous constituent des compléments aux informations présentées dans le rapport.

- Densité de personnes (toutes tranches d'âge confondues) par km<sup>2</sup> au 01/01/2015, par commune

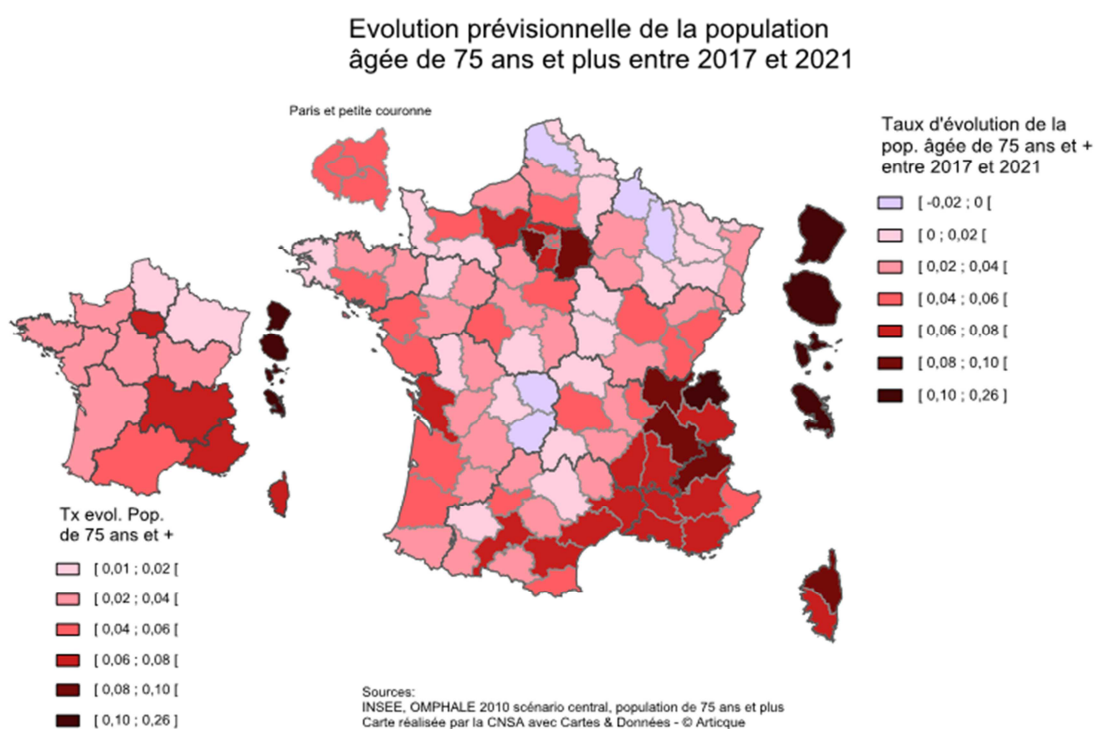
Densité communale en 2015 (population générale)



- Densité de personnes âgées de 75 ans et plus, par km<sup>2</sup>, au 01/01/2015, par département



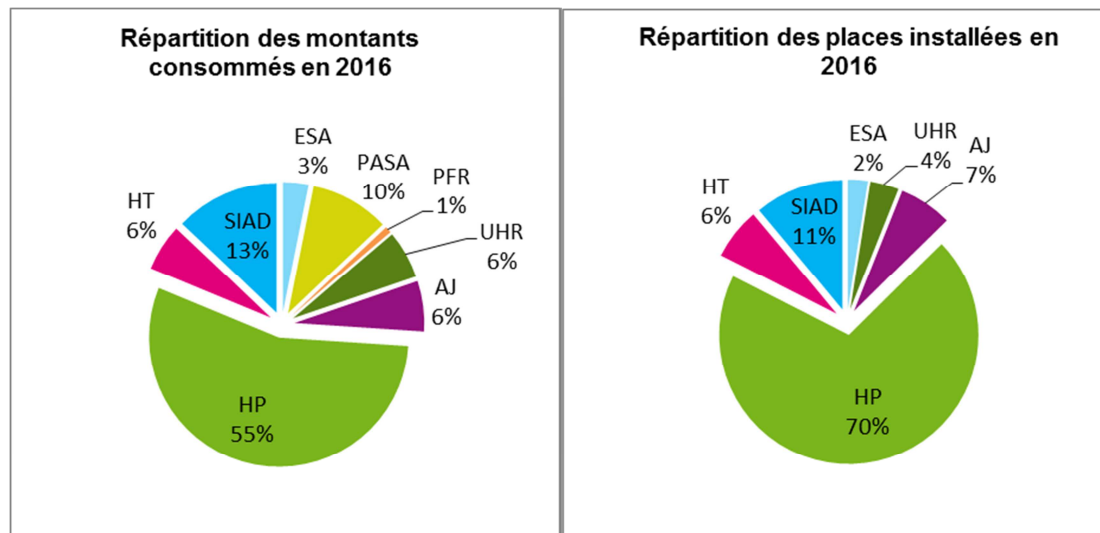
- Evolution prévisionnelle de la population âgée de 75 ans et + entre 2017 et 2021, par département





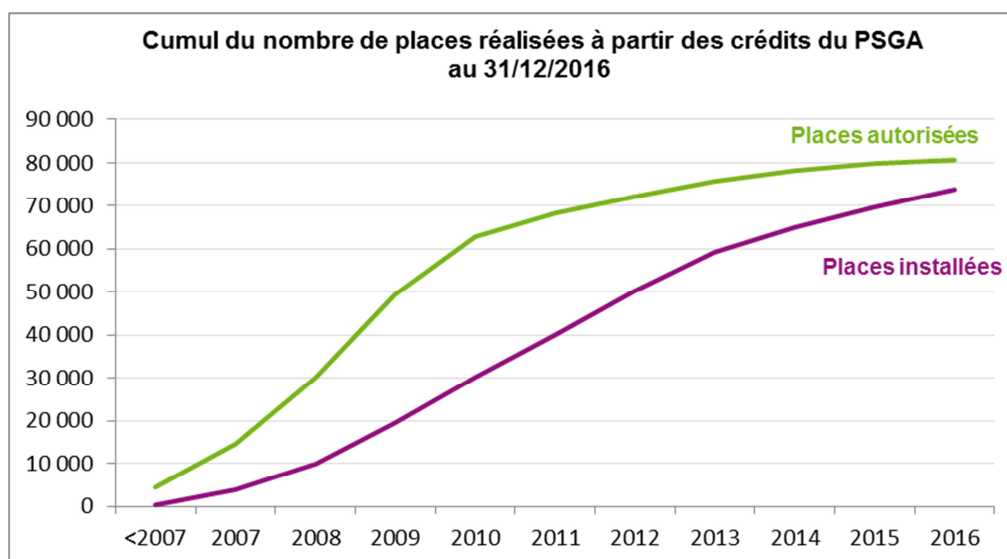
## 2. Focus sur les réalisations de l'année 2016

En 2016, 6 832 places (hors PASA et plateforme d'accompagnement et de répit non comptabilisés en places) destinées à l'accompagnement des personnes âgées ont été installées, pour un montant de 81,3 millions d'euros.



En 2016, sur les ESMS non spécifiques à l'accompagnement des malades d'Alzheimer, **les places s'installent encore majoritairement grâce aux crédits du PSGA**, en revanche les autorisations se font majoritairement sur d'autres sources de financement : les places autorisées **grâce à des redéploiements** représentent **43%** des autorisations de l'année 2016, ce qui peut s'expliquer par l'ancienneté des notifications d'autorisations d'engagement aux ARS.

	Places autorisées en 2016		Places installées en 2016	
	tous crédits confondus	sur crédits PSGA	tous crédits confondus	sur crédits PSGA
AJ	217	138	453	360
EHPAD	1 400	497	4 762	3 061
HT	188	113	442	274
SSIAD	576	268	760	346
<b>Total</b>	<b>2 381</b>	<b>1 016</b>	<b>6 417</b>	<b>4 040</b>



## 5 Glossaire

<b>AAP</b>	Appel à projet
<b>AJ</b>	Accueil de jour
<b>APA</b>	Allocation personnalisée d'autonomie
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>ENI</b>	Extension non importante
<b>ESA</b>	Equipe spécialisée Alzheimer
<b>ESMS</b>	Etablissements et services médico-sociaux
<b>FINESS</b>	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
<b>HP</b>	Hébergement permanent
<b>HT</b>	Hébergement temporaire
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>MAIA</b>	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
<b>MN</b>	Mesures nouvelles
<b>PASA</b>	Pôle d'activité et de soins adaptés
<b>PFR</b>	Plateforme d'accompagnement et de répit
<b>PMND</b>	Plan maladie neuro-dégénératives
<b>PRIAC</b>	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
<b>PSGA</b>	Plan solidarité grand âge
<b>SEPPIA</b>	Suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations
<b>SSIAD</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>UHR</b>	Unité d'hébergement renforcée