

AVRIL 2021

Bilan de l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées – 2019

Sommaire

Introduction	5
---------------------------	----------

1 En 2019, quels moyens et quels leviers pour financer l'évolution de l'offre ?	6
--	----------

Les plans et stratégies dédiés aux personnes handicapées : des moyens nouveaux conséquents et la poursuite des plans antérieurs	6
---	---

Plans dédiés aux personnes âgées : des crédits restent à engager à la fin des plans nationaux	9
---	---

Une palette diversifiée d'autres leviers de financement	12
---	----

2 Les besoins ciblés par et dans la mise en œuvre des politiques de l'autonomie en 2019	14
--	-----------

Une part croissante de la population aura 75 ans et plus d'ici 2024	14
---	----

Les indicateurs de besoins : des disparités territoriales importantes et des constantes dans les priorités fixées par les agences régionales de santé	17
---	----

Les priorités fixées dans la circulaire budgétaire 2019 : moyens nouveaux et réformes, les leviers de la transformation	28
---	----

3 Le développement de l'offre : quels résultats et avec quels moyens financiers ?	29
--	-----------

Développement général de l'offre en 2019 – champ « personnes handicapées » : la consommation des crédits en hausse de 30,6 % par rapport à 2018	29
---	----

Développement général de l'offre en 2019 – champ « personnes âgées » (PA) : Une consommation de crédits importante à la faveur de l'exploitation de marges de redéploiement régionales	36
--	----

4 Soutien à la qualité des accompagnements	41
---	-----------

Le déploiement des infirmiers de nuit : un exemple d'adaptation du secteur aux besoins des personnes en EHPAD	41
---	----

Le soutien à la qualité de vie au travail dans les établissements et services médico-sociaux : une stratégie nationale récente qui poursuit sa mise en œuvre en régions	42
---	----

5Le développement d'accompagnements en milieu ordinaire	48
L'essentiel en chiffres	48
Quelques exemples régionaux.....	75
6L'offre de répit.....	85
L'essentiel en chiffres	85
Quelques exemples régionaux : Les AAP/AAC/AMI dédiés au développement de l'offre de répit..	87
7Accompagnement des situations complexes et développement de l'offre médicalisée.....	88
L'essentiel en chiffres	88
Quelques exemples régionaux.....	94
8Coopérations/coordinations/dynamiques partenariales	98
Focus sur les dispositifs relatifs aux parcours – MAIA, DAC.....	98
Des illustrations régionales	99
Conclusion.....	103
Glossaire.....	104

Introduction

Les dynamiques à l'œuvre dans les territoires pour le développement et la transformation de l'offre à destination des personnes en situation de handicap et des personnes âgées obéissent au double impératif de répondre à des besoins très territorialisés, au plus près des personnes, d'une part, et de mettre en œuvre les objectifs des politiques publiques nationales de l'autonomie d'autre part. Les acteurs de cette évolution de l'offre sont nombreux dès lors que sont en jeu aussi bien des réponses de droit commun que des réponses spécialisées, avec une interpénétration croissante des unes et des autres. Ils mêlent : conseils départementaux, acteurs de l'emploi, organismes gestionnaires, fédérations, professionnels, administrations de l'État, dont celle de l'Éducation nationale et collectivités territoriales, agences régionales de santé... C'est sur cette dernière catégorie d'acteurs qu'est centré le présent bilan.

Ce document, rénové dans sa forme comme dans les sujets traités, remplace les précédents bilans relatifs à « l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées », à « l'accueil et l'accompagnement des enfants et adultes en situation de handicap », le « bilan des procédures d'appel à projets, appel à candidatures et appels à manifestation d'intérêt » produits jusqu'en 2019 par la CNSA, ainsi que le suivi des indicateurs de la transformation de l'offre à destination des personnes handicapées. Il vise à rendre compte, par une approche thématisée, de l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées, principalement sous le prisme des crédits médico-sociaux relevant de l'assurance maladie. Par définition non exhaustif, il est donc centré sur les réalisations soutenues par les agences régionales de santé (ARS) dans le secteur médico-social en 2019 ; cette vision s'enrichit cette année de focus sur des dispositifs financés par d'autres canaux (habitat inclusif, GEM par exemple) mais s'inscrivant dans le champ d'action de la CNSA.

L'objectif de ce format rénové est de rendre compte de manière plus transversale des différentes tendances en sortant d'une stricte approche par plan. Cependant, des annexes permettent de conserver un suivi précis de ces enveloppes. Par ailleurs, un éclairage est apporté au début de ce document sur les leviers financiers mobilisables en 2019 par les ARS, et un chapitre donne un aperçu global de la mobilisation de ces leviers.

Le présent document s'appuie sur une extraction de l'outil de suivi de la programmation des ARS dit SEPPIA en date du 7 septembre 2020. Il fait le point sur les réalisations au 31 décembre 2019 et sur les évolutions futures programmées par les ARS jusqu'en 2024. L'analyse des programmations des ARS exclut les enveloppes nouvelles octroyées dans le cadre de la campagne budgétaire 2020. Sur la partie budgétaire, les données analysées sont extraites de l'application HAPI en date du 27 janvier 2020, qui décline la tarification des établissements et services médico-sociaux.

1 En 2019, quels moyens et quels leviers pour financer l'évolution de l'offre ?

Les plans et stratégies dédiés aux personnes handicapées : des moyens nouveaux conséquents et la poursuite des plans antérieurs

Les autorisations d'engagement octroyées aux agences régionales de santé (ARS), dans le cadre des plans et stratégies nationaux, constituent leur levier financier pour autoriser de nouveaux établissements ou services médico-sociaux. Parmi les autorisations d'engagement, certaines sont en fin d'exécution ; d'autres, plus récentes, laissent une marge d'engagement importante pour les ARS.

Une part importante des crédits relatifs aux plans les plus récents restent à engager fin 2018

Le taux d'engagement, à fin 2018¹, sur l'ensemble des plans, laisse disponible des crédits mobilisables pour de nouvelles créations comme suit :

- > **au titre du Plan pluriannuel du handicap (PPH) et des schémas handicaps rares (HR)²** : fin 2018, 42,62 M€ restaient à engager, soit près de 3 % des crédits notifiés ;
- > **au titre du troisième plan Autisme** : fin 2018, 12,7 M€ restaient à engager, soit 9 % des crédits notifiés ;
- > **au titre de la stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées** : fin 2018, sur les 95,4 M€ notifiés 59,9 M€ restaient à engager, soit 62,8 % des crédits.

Par ailleurs, **des crédits complémentaires** permettant la mise en œuvre du plan de prévention des départs en Belgique³ ont été octroyés en mesures nouvelles⁴ entre 2016 et 2018, pour un montant total de 30 M€. Ces crédits visaient à financer des solutions de proximité sur le territoire national (pôles de compétences et de prestations externalisées, renforts de personnels et créations de places adaptées dans des établissements et services médico-sociaux).

Fin 2018, selon les enquêtes tarifaires validées par la CNSA en lien avec les ARS, 16,8 M€ restaient à consommer sur cette enveloppe de manière pérenne.

Ainsi, en amont des crédits nouveaux octroyés par la campagne budgétaire 2019, **115,22 M€** restaient à engager et **16,8 M€** restaient à consommer, au niveau national, dans le champ des personnes en situation de handicap à fin 2018, avec la répartition suivante :

¹ Bilan des réalisations au 31 décembre 2018 relatif à l'accueil et l'accompagnement des enfants et des adultes en situation de handicap élaboré par la CNSA en novembre 2019.

² Notifications dans SEPPIA : Plan de relance (notifié < 2011) et PPH – HR (notifié entre < 2011 et 2015).

³ Instruction n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique.

⁴ Financement hors autorisation d'engagement, dans les dotations régionales limitatives (DRL) des ARS.

Figure 1 : Taux d'engagement des plans nationaux au 31 décembre 2018

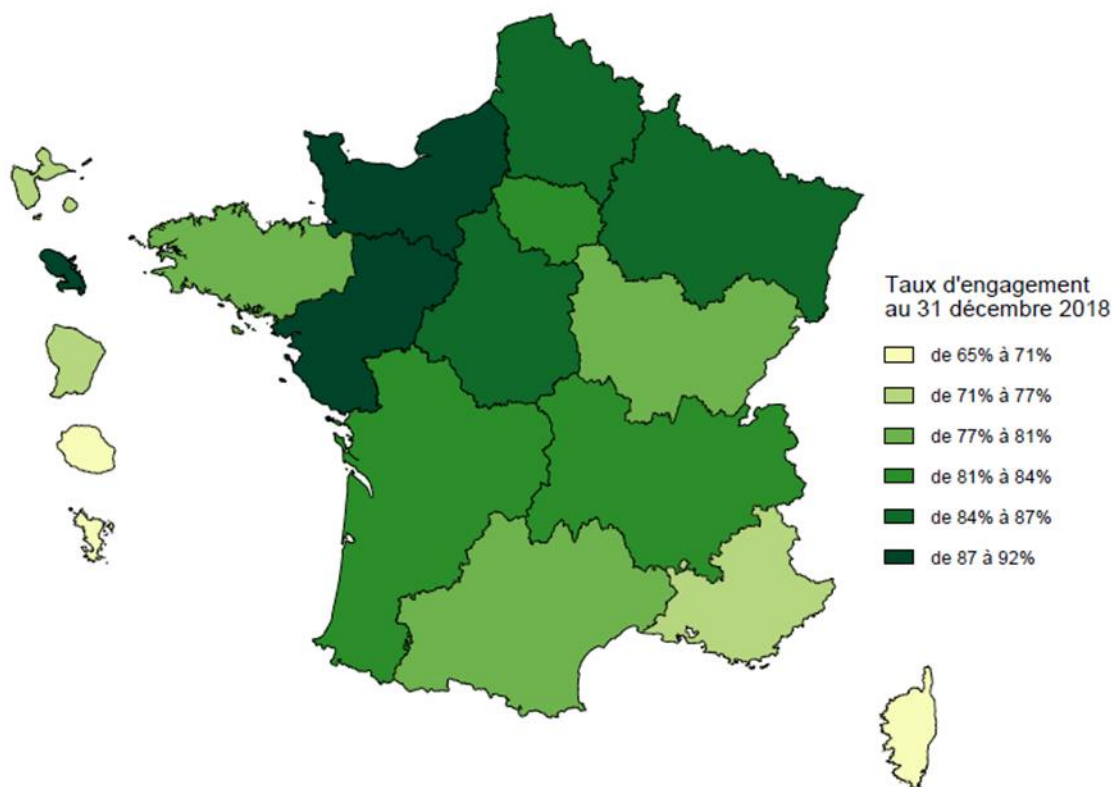
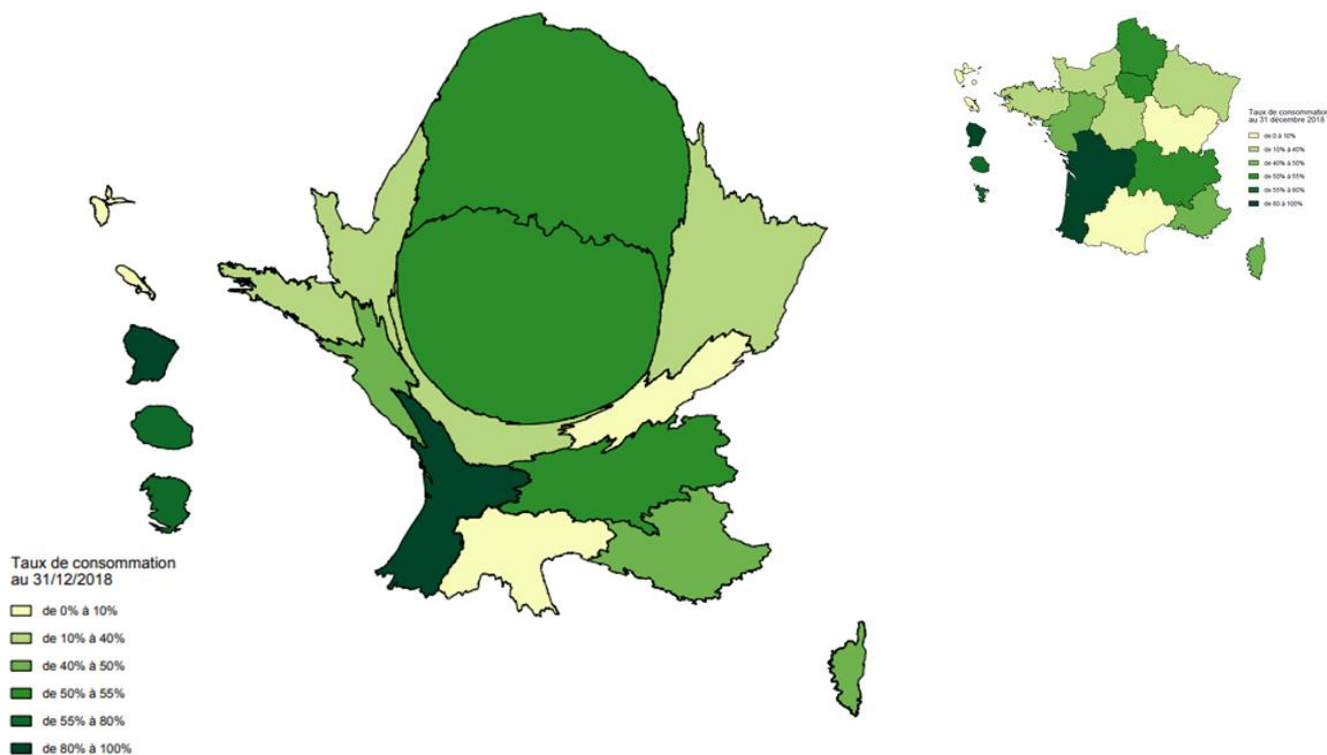


Figure 2 : Taux de consommation des crédits d'amorçage relatifs à la prévention des départs en Belgique au 31 décembre 2018, proportionnellement aux crédits reçus



Des crédits conséquents délégués en 2019 pour l'autorisation ou l'installation de solutions nouvelles

L'année 2019 est marquée par la notification de nouvelles autorisations d'engagement⁵ dans le champ du handicap.

Stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées

La circulaire de campagne pour 2019 a notifié une troisième et dernière tranche de crédits d'un montant de 84,56 M€⁶. Ainsi, l'autorisation d'engagement définitive s'établit à 180 M€ dont 20 M€ qui s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale de santé pour l'Outre-mer. Pour rappel, le Comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016 a décliné la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale en quatre volets, respectivement en faveur du polyhandicap, du handicap psychique, du développement de l'habitat inclusif et du soutien des aidants. Plus généralement, les actions visées sont à la fois des actions de développement quantitatif de l'offre et des actions de transformation de l'offre pour favoriser son évolution qualitative et sa restructuration à travers la mobilisation de 50 % des crédits notifiés minimum. Cette autorisation d'engagement n'a toutefois pas encore donné lieu en 2019 à une délégation de crédits de paiement. De fait, elle a amené de la visibilité sur l'engagement des crédits par les ARS sans pour autant permettre de consommer dès 2019, hormis au titre de l'avance sur trésorerie usuellement accordée aux ARS pour amorcer les installations dès la première année.

Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement

La stratégie nationale pour l'autisme est accompagnée d'un plan de financement de 344 M€, dont 139,27 M€ pour les mesures médico-sociales avec : 120,34 M€ sur l'ONDAM médico-social, 13,94 M€ sur le fonds d'intervention régional (FIR) et 5 M€ sur des crédits État. Sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social, les ARS ont reçu une première autorisation d'engagement s'élevant à 106,7 M€⁷ avec des objectifs ciblés⁸ afin de planifier le développement de nouvelles solutions. En complément, afin d'impulser la dynamique de cette nouvelle stratégie, **24,8 M€ de crédits de paiement ont été délégués la même année pour financer la mise en œuvre sans délai des premières mesures.**

Par ailleurs, les ARS ont bénéficié d'une nouvelle enveloppe de **15 M€ de crédits** en mesures nouvelles⁹, permettant la **résolution de situations critiques** et la prévention des départs en Belgique¹⁰.

Enfin, dans le cadre d'une gestion efficiente de l'ONDAM, la CNSA délègue aux ARS les crédits de paiement annuels sur les autorisations d'engagement (AE) antérieures en fonction des perspectives d'installation effective sur l'année considérée.

À ce titre, dans le champ du handicap, la CNSA a délégué en 2019 63,4 M€ de crédits de paiement aux ARS.

⁵ Instruction n° DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2019/100 du 25 avril 2019 relative aux orientations de l'exercice 2019 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

⁶ L'annexe 1bis présente la répartition régionale.

⁷ L'annexe 1bis présente la répartition régionale.

⁸ L'annexe 1 présente un bilan spécifique de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement fin 2019

⁹ Financement hors autorisation d'engagement, dans les dotations régionales limitatives (DRL) des ARS.

¹⁰ L'annexe 1bis présente la répartition régionale.

Plans dédiés aux personnes âgées : des crédits restent à engager à la fin des plans nationaux

Afin de répondre aux besoins d'accompagnement collectif des personnes âgées, trois plans gouvernementaux ont été déployés pour permettre le développement d'une offre adaptée à leurs besoins sur l'ensemble du territoire français : il s'agit du plan Solidarité grand âge ou PSGA (2007-2012), du plan Alzheimer (2008-2012) et du plan Maladies neurodégénératives ou PMND (2014-2019).

Le **plan Solidarité grand âge (2007-2012)**¹¹ a été annoncé à la suite de la canicule de l'été 2003. Il prévoyait notamment le financement d'hébergement permanent (HP), d'accueil de jour (AJ), d'hébergement temporaire (HT) et de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) avec **819,43 M€, correspondant au financement estimatif de 82 557 places.**

Le **plan Alzheimer (2008-2012)**¹², appelé aussi « Alzheimer et maladie apparentée », a permis de déléguer aux ARS un montant de **239,06 M€, correspondant au financement estimatif de 6 648 places.**

Le **plan Maladies neurodégénératives**¹³ (2014-2019) propose aux ARS d'engager **49,35 M€, pour le financement de 2 420 places.**

Les crédits médico-sociaux octroyés aux pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), plateforme d'accompagnement et de répit (PFR) et unités d'hébergement renforcé (UHR) sont parus avec le plan Alzheimer et se sont poursuivis avec le plan PMND. Les PASA et les PFR ne sont pas comptabilisés en places dans ce document.

Au total, ces plans soutiennent principalement des objectifs de création de places nouvelles d'établissements et de services médico-sociaux en fonction des besoins locaux pour un montant total de 1,10 Mrd¹⁴€.

Par ailleurs, depuis 2017, l'effort des pouvoirs publics a porté sur le soutien à l'adaptation des structures aux besoins d'accompagnement des résidents dont le niveau de dépendance et le besoin en soins requis s'accroissent.

Également, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a posé, depuis 2017, les fondements de la réforme de la tarification des EHPAD, dans le but de mettre en adéquation les moyens financiers de ces structures aux besoins d'accompagnement des résidents, dont le niveau de dépendance et le besoin en soins requis s'accroissent. Ainsi, 284 M€ ont été octroyés aux EHPAD entre 2017 et 2019 leur permettant de renforcer les effectifs des personnels médicaux et paramédicaux.

Outre ces crédits qui ont conduit à réduire les inégalités de financement entre EHPAD, des financements complémentaires sont alloués chaque année, pour accompagner les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge, ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, personnes en grande précarité), mais aussi afin de neutraliser temporairement les effets de la mise en œuvre de la réforme depuis 2018 sur les EHPAD pour lesquels les impacts de la réforme sont négatifs. Ce sont 147 M€ qui ont été dévolus à l'ensemble de ces actions sur la période 2017-2019.

¹¹ Annexe 2 : Bilan des plans PA.

¹² Annexe 2 : Bilan des plans PA.

¹³ Annexe 2 : Bilan des plans PA.

¹⁴ Annexe 2 : Bilan des plans PA.

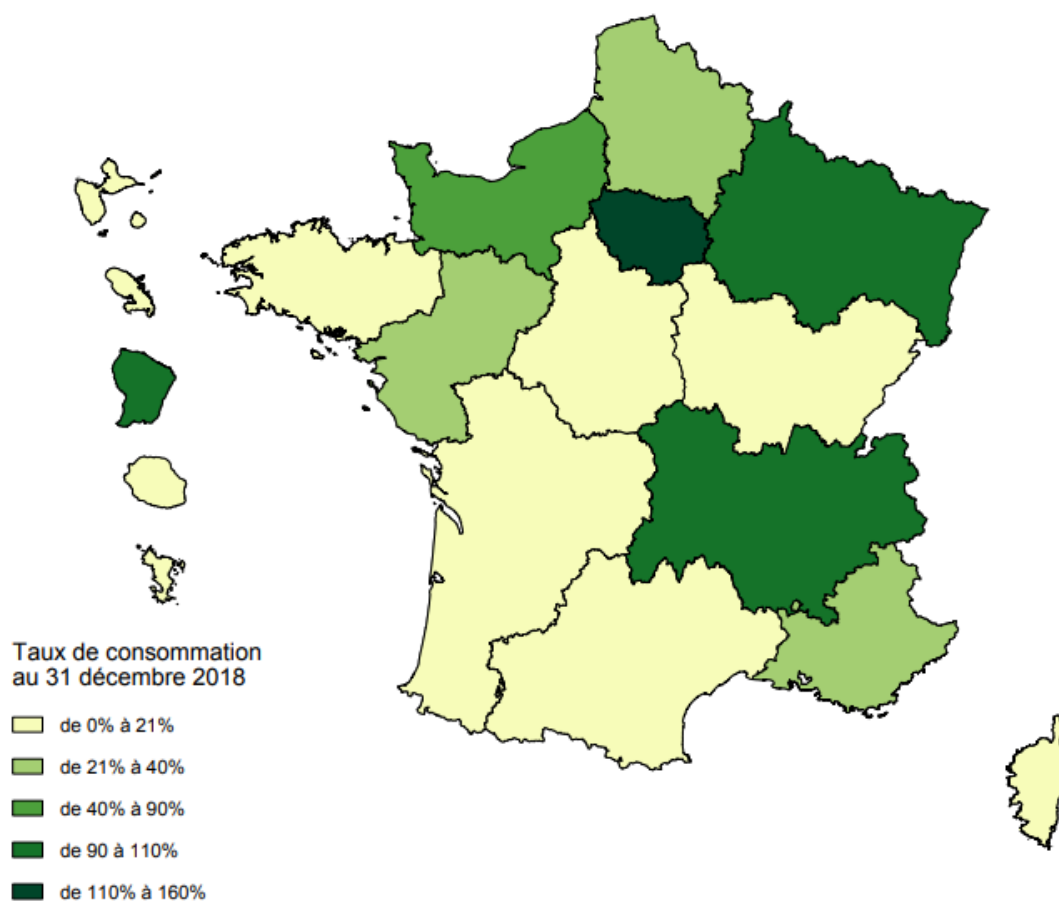
ARS poursuivent leur planification en matière de politique publique à destination des personnes âgées à travers les autorisations de places en établissements et en services médico-sociaux (ESMS) créés. Comme dans le champ des personnes en situation de handicap, la création de places en ESMS dans le champ des personnes âgées se déroule en trois temps : la CNSA notifie aux ARS les enveloppes budgétaires sous forme d'autorisation d'engagement ; puis les directeurs généraux des services créent la création de places dans les ESMS ; les nouvelles places ouvrent quelques années plus tard aux crédits de paiement alors délégués.

- 34,6 M€ sur le plan Solidarité grand âge ;
- 2,4 M€ sur le plan national Alzheimer ;
- 24,2 M€ sur le plan Maladies neurodégénératives.

Figure 3 : Taux d'engagement des plans nationaux au 31 décembre 2018



**Figure 4 : Taux de consommation des crédits dédiés aux IDE de nuit
au 31 décembre 2018**



Une palette diversifiée d'autres leviers de financement

Au-delà des autorisations d'engagement et des mesures nouvelles déléguées par la CNSA, les ARS peuvent mobiliser d'autres ressources pour soutenir la création de places d'établissements ou services médico-sociaux tels que :

- > **les crédits issus du redéploiement** : il s'agit de crédits retirés à un ESMS (débasage, fermeture, évolution de l'offre au sein d'un même ESMS...) et alloués à un autre ESMS ;
- > **les crédits issus de la marge de gestion** : il s'agit de crédits libres d'emploi dont la réallocation à un autre ESMS n'est pas encore arrêtée ; c'est également à ce titre que certaines ARS financent des projets via la dégradation du taux d'actualisation ;
- > **le dispositif de fongibilité** : ce dernier permet le transfert de crédits entre les différentes enveloppes de financement des établissements de santé et médico-sociaux pour accompagner des conversions de structures ou d'activité, au niveau d'un même établissement ou entre deux établissements ou structures d'une même région.

L'instruction n° DGOS/DGCS/DSS/R1/5C/1A/2018/266 du 21 décembre 2018 a organisé une refonte complète du dispositif de fongibilité pour en faire un véritable levier à la main des ARS permettant de faire évoluer la structure de l'offre de soins régionale, en réponse aux besoins de la population, par transformation des activités existantes.

En 2019, 44,9 M€ ont été délégués dans les DRL des ARS au titre de la fongibilité vers l'ONDAM médico-social dont 5,8 M€ pour le champ des personnes âgées, et 39,1 M€ pour le champ des personnes handicapées.

Le fonds d'intervention régional (FIR) constitue un autre levier financier pour les ARS. Son emploi est cadré par des orientations nationales et des principes d'utilisation. Il couvre un spectre large sur les différents champs d'action des ARS.

En 2019, la CNSA a contribué au FIR en plusieurs étapes.

Une première contribution¹⁵ sur les sujets :

- > groupes d'entraide mutuelle (GEM) : 38 516 763 € ;
- > méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) : 96 286 708 € ;
- > système d'information de suivi des orientations (SISDO) : 500 000 €.

¹⁵ Décision n° 2019-12 du 20 juin 2019 fixant pour 2019 le montant des contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle, de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnés au I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, et du déploiement du système d'information de suivi des décisions d'orientation des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux.

Une délégation complémentaire¹⁶ est intervenue pour le financement des GEM dédiés au public avec autisme : 2 028 515 €.

- > proches aidants : une délégation a concerné les crédits relatifs à la mesure n° 50 du plan Maladies neurodégénératives (PMND) pour l'accompagnement des proches aidants¹⁷ : 1 M€ ;
- > habitat inclusif : la CNSA a délégué sur la section V¹⁸ de son budget des crédits aux ARS pour le soutien des projets innovants pouvant bénéficier du forfait habitat inclusif. Pour l'année 2019, l'enveloppe dédiée s'élève à 15 M€.

Par ailleurs, dans le champ de l'emploi accompagné, des crédits du programme 157 de l'État ont été délégués dans le FIR¹⁹ aux ARS en 2019 à hauteur de 6 712 756 €, en complément des fonds versés à l'AGEFIPH et au FIPHFP, portant le financement global à 12,5 M€ pour, d'une part, permettre la prise en charge du public atteint de troubles du spectre de l'autisme et, d'autre part, mettre en œuvre une couverture généralisée à horizon fin 2020.

Les crédits dédiés à la qualité de vie au travail (QVT) : en 2019, 13 M€ de financements complémentaires ont été délégués aux ARS à titre non reconductible afin de soutenir des démarches de QVT (achats de matériel, formations, remplacement) ; à hauteur de 9 M€ pour les ESMS pour personnes âgées, et de 4 M€ pour les ESMS pour personnes en situation de handicap.

Enfin, dans un registre différent, il convient de rappeler que le soutien à l'investissement constitue un autre levier de modernisation de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

En 2019, la CNSA a mobilisé 130,89 M€ pour soutenir la modernisation des établissements et services médico-sociaux.

Plus d'informations sur le site internet de la CNSA : [Bilan du PAI 2019](#)

16 Décision n° 2019-15 du 3 septembre 2019 fixant pour 2019 le montant des contributions complémentaires aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés au I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.

17 Décision n° 2019-20 fixant pour 2019 la répartition entre les agences régionales de santé des crédits destinés au financement d'actions d'accompagnement des proches aidants au titre de la mesure 50 du plan maladies neuro-dégénératives.

18 Décision n° 2019-14 du 22 août 2019 fixant pour 2019 la répartition entre les agences régionales de santé des crédits destinés au financement du forfait pour l'habitat inclusif.

19 Circulaire N° SG/2019/117 du 15 mai 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2019.

2 Les besoins ciblés par et dans la mise en œuvre des politiques de l'autonomie en 2019

Une part croissante de la population aura 75 ans et plus d'ici 2024

Les cartes dans cette section présentent le taux de croissance annuel moyen.

Figure 5 : Évolution moyenne de la population entre 2019 et 2024. Enfants de 0 à 19 ans

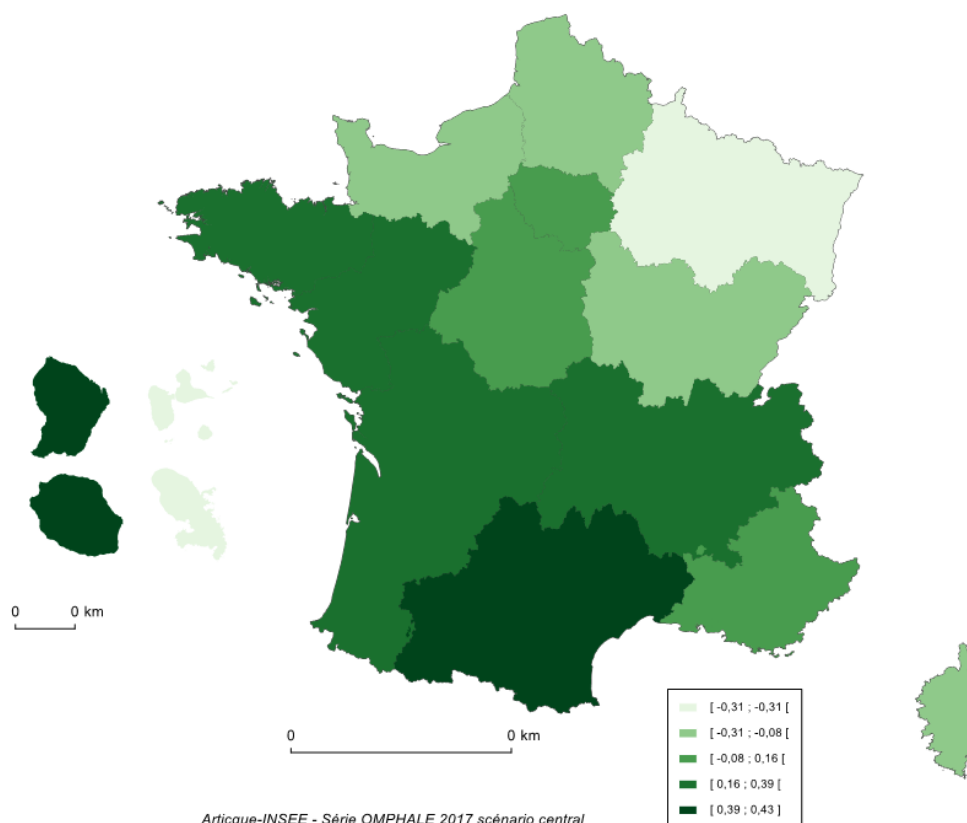
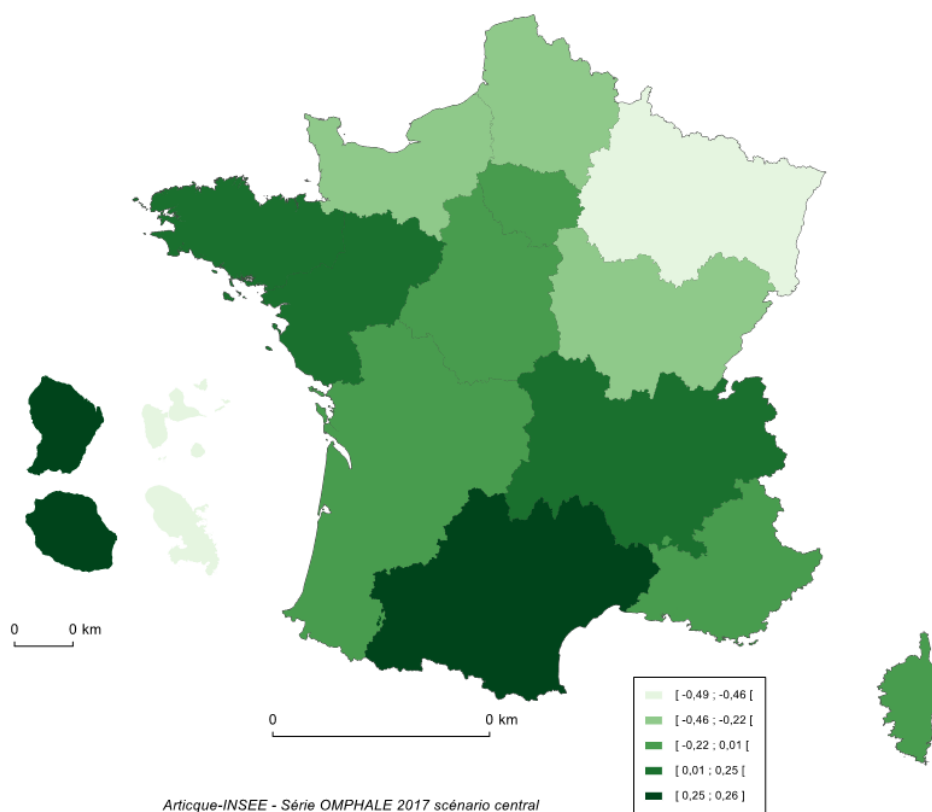


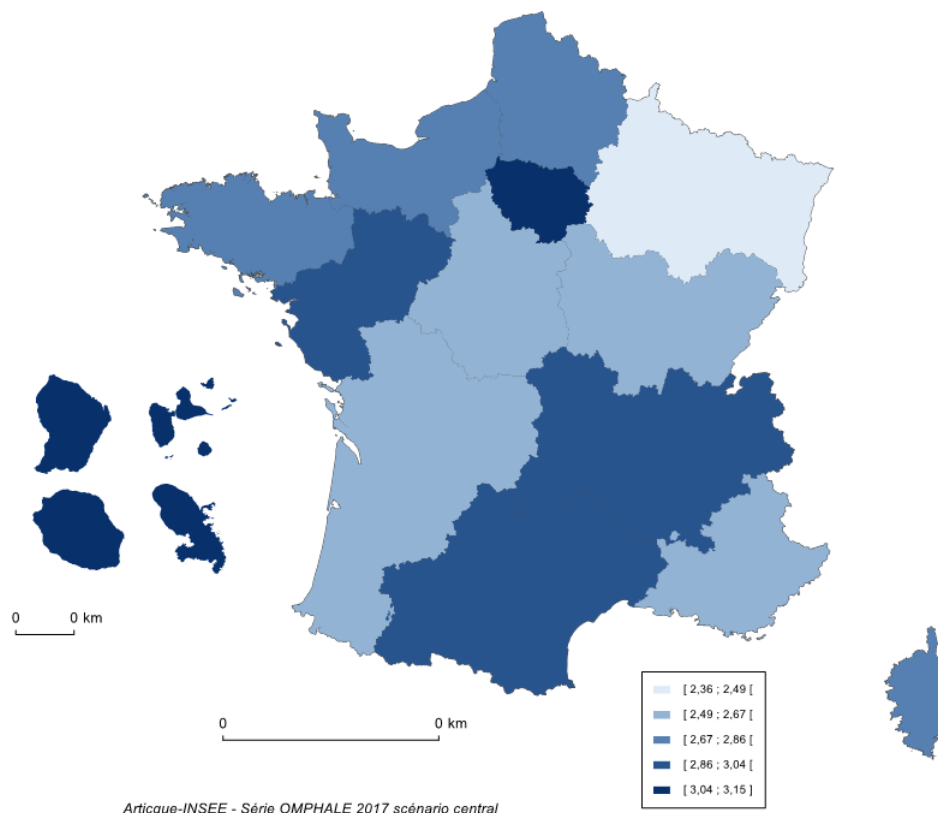
Figure 6 : Évolution moyenne de la population entre 2019 et 2024. Adultes de 20 à 59 ans



Champ des enfants et adultes (figures 5 et 6) :

À l'horizon 2024, si les tendances se prolongeaient, la population de la région Grand Est continuerait de baisser modérément ainsi que, de manière plus prononcée, celle de Guadeloupe. Les régions Occitanie, Guyane, Réunion, Bretagne et Bourgogne–Franche-Comté devraient, elles, connaître une dynamique supérieure à la moyenne, marquée par une quasi-stabilité sur le plan national. Pour Mayotte, une étude INSEE prévoit respectivement une tendance légèrement à la baisse pour les enfants et à la hausse pour les adultes.

**Figure 7 : Évolution moyenne de la population entre 2019 et 2024.
Personnes de 75 ans et plus**



Champ des personnes de 75 ans et plus (figure 7) :

À l'horizon 2024, la démographie des personnes âgées de 75 ans et plus enregistre un rythme de croissance significatif sur l'ensemble du territoire et plus particulièrement dans les régions ultramarines (excepté Mayotte) ainsi que dans des régions fortement peuplées (Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie et Pays de la Loire). Pour ce qui est de Mayotte, la population mahoraise vieillirait du fait de la diminution de la natalité et de la progression sensible de l'espérance de vie dans les prochaines années.

Les indicateurs de besoins : des disparités territoriales importantes et des constantes dans les priorités fixées par les agences régionales de santé

Les priorités identifiées par les ARS dans la réponse aux besoins : prévention de la perte d'autonomie, domicile et milieu ordinaire, et logique de solutions modulaires

La revue des projets régionaux de santé manifeste que la majorité des stratégies développées par les ARS dans le champ médico-social reprennent quelques grands axes, illustrant ainsi les besoins prioritaires identifiés lors des diagnostics et les dynamiques qu'elles envisagent de développer pour y répondre.

Tout d'abord, plusieurs ARS identifient des territoires prioritaires dans le développement des réponses en proximité. Ceci illustre la dynamique de réponse aux besoins à une échelle locale, permettant à la personne de trouver les solutions dont elle a besoin à proximité de son lieu de vie. Cela dénote en outre d'une politique volontariste de réduction des inégalités sociales et territoriales.

Les chantiers que l'on retrouve sur le volet médico-social sont mis en œuvre principalement autour de l'organisation de la coordination territoriale pour des parcours sans ruptures tout au long de la vie, notamment en lien avec le secteur sanitaire, avec une problématique forte d'accès aux soins (le plus souvent somatiques, psychiatriques – à noter l'accès aux soins gynécologiques dans la stratégie Île-de-France), du soutien à domicile et de la prévention de la perte d'autonomie ou de son aggravation.

D'autres axes transversaux aux champs du handicap et de la perte d'autonomie se retrouvent dans une grande partie des stratégies régionales de santé : travaux autour de l'efficacité et de la qualité, anticipation de l'accompagnement et des modes d'intervention de demain, évolution de l'offre d'accueil et d'accompagnement, amélioration des pratiques professionnelles et soutien aux aidants.

Les blocs spécifiques aux deux publics ciblés par les politiques publiques de l'autonomie s'organisent généralement autour des thématiques suivantes :

Dans le champ des personnes handicapées :

- > mise en effectivité de la réponse accompagnée pour tous ;
- > repérage, dépistage, accompagnement précoce ;
- > inclusion en milieu ordinaire : scolarisation, habitat et emploi ;
- > développement de la réponse aux situations nécessitant un accompagnement renforcé, recomposition des modalités d'appui territorial ;
- > avancée en âge, âges « charnières » (passage du secteur de l'enfant à celui de l'adulte) ;
- > co-construction de la réponse avec la personne et son entourage ;
- > promotion de l'expertise d'usage et de la pair-aidance.

On note dans cet ensemble des objectifs autour des cibles nationales de transformation de l'offre sur les sujets de scolarisation, de réduction du nombre de jeunes adultes maintenus en établissement pour enfants au titre de l'« amendement Creton », ou sur l'augmentation de la part de services dans l'offre.

Dans le champ des personnes âgées :

> Prévenir la perte d'autonomie ou son aggravation :

- prévention de la dégradation de l'état de santé des personnes âgées, travail sur les déterminants de santé, repérage et dépistage des fragilités et de la perte d'autonomie,
- démarches d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins, conception de dispositifs garantissant la continuité des soins, travail sur le parcours hospitalier de la personne âgée,
- reconfiguration et/ou développement des ressources gériatriques dans les territoires, développement d'une culture commune entre les acteurs,
- soutien aux aidants et amélioration de la lisibilité de l'offre qui leur est destinée,
- accompagnement de l'évolution de l'offre en EHPAD ;

> Favoriser le maintien à domicile

- organisation de la réponse aux besoins de soins primaires des personnes âgées,
- organisation de solutions souples modulaires et articulées : développement de l'accès à des prises en charge séquentielles, le travail autour de la coordination domicile/établissement et hospitalisation, accès à des compétences spécialisées dans le cadre de l'intervention à domicile ; développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), évolution de l'offre de service des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) par exemple,
- poursuite du maillage et du rééquilibrage territorial de l'offre permettant de soutenir le maintien à domicile,
- amélioration de l'accès aux soins hospitaliers gériatriques et autres spécialités.

Certains projets régionaux de santé présentent des axes autour du développement du numérique ou de sujets tels que la santé bucco-dentaire, l'activité sportive et la nutrition.

Plusieurs régions privilégient une approche transversale, à l'image de la Corse : la déclinaison régionale de la stratégie nationale de santé pour 2018-2023 en Corse repose sur une approche transversale des thématiques médico-sociales pour assurer l'adaptation des dispositifs quel que soit le motif de dépendance (âge, pathologie, handicap) et garantir la continuité des parcours.

À ce titre, le schéma régional pour la Corse retient les orientations stratégiques suivantes :

1. le renforcement du triptyque « repérage, diagnostic et interventions précoces » comme facteur d'inclusion ;
2. le renforcement de l'offre médico-sociale à travers une organisation graduée et inclusive ;
3. l'organisation d'une offre spécialisée favorisant la qualité et la sécurité des prises en charge ;
4. la continuité des parcours de prise en charge à travers l'appréhension et le traitement anticipé des situations individuelles complexes.

Des capacités d'accompagnement différentes selon les territoires, à l'échelle tant régionale qu'infrarégionale

L'appréciation du niveau de l'offre d'accompagnement disponible, par ses disparités entre les régions et à l'intérieur des régions ainsi que par son adéquation aux besoins territoriaux, est complexe et peut être abordée sous des angles multiples. Plusieurs indicateurs sont présentés qui concourent à cette appréciation :

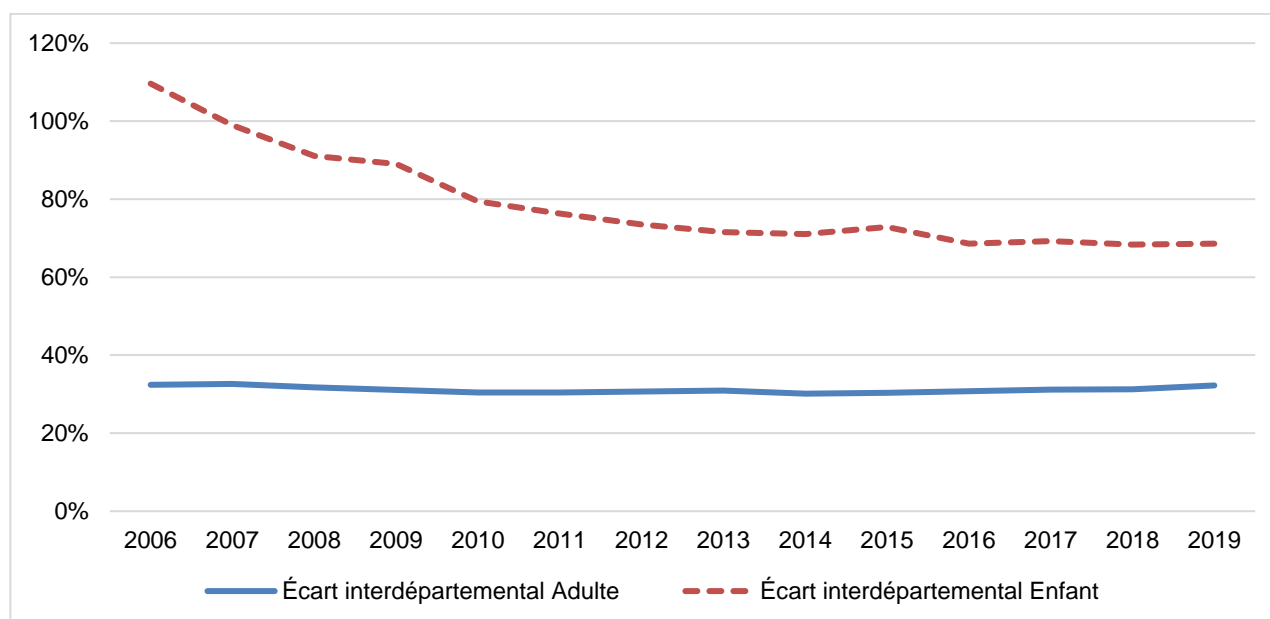
- le niveau de dépenses en euro/habitant selon les territoires ;
- le nombre d'adultes restant accompagnés au titre de l'« amendement Creton » en établissement « enfants » : cet indicateur remonté annuellement par les ARS constitue un repère sur les besoins d'accompagnement d'adultes insatisfaits ;
- le taux de dispersion des dépenses départementales ;
- les données d'équipement médico-social de chaque région dans le champ des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

L'évolution globale depuis 2006 : des écarts qui se sont amenuisés puis stabilisés

En termes de mesure des écarts à la moyenne nationale ou régionale en matière d'offre d'équipements et services en faveur des enfants et adultes handicapés, il convient de rappeler les éléments suivants :

- dans le champ des structures financées par l'assurance maladie, le nombre de places pour les enfants en France métropolitaine a augmenté de +1,2 % par an entre 2004 et 2019 (160 335 places en 2019) ;
- l'évolution du nombre de places financées et cofinancées par l'assurance maladie s'établit à +11,8 % pour les adultes suite à l'intégration des ESAT au 1^{er} janvier 2017 (334 261 places dont 118 400 places d'ESAT en 2019) ;
- les disparités interdépartementales ont eu tendance à se réduire puis à se stabiliser depuis 2013.

Figure 8 : Écarts départementaux de l'offre en ESMS pour enfants et adultes handicapés

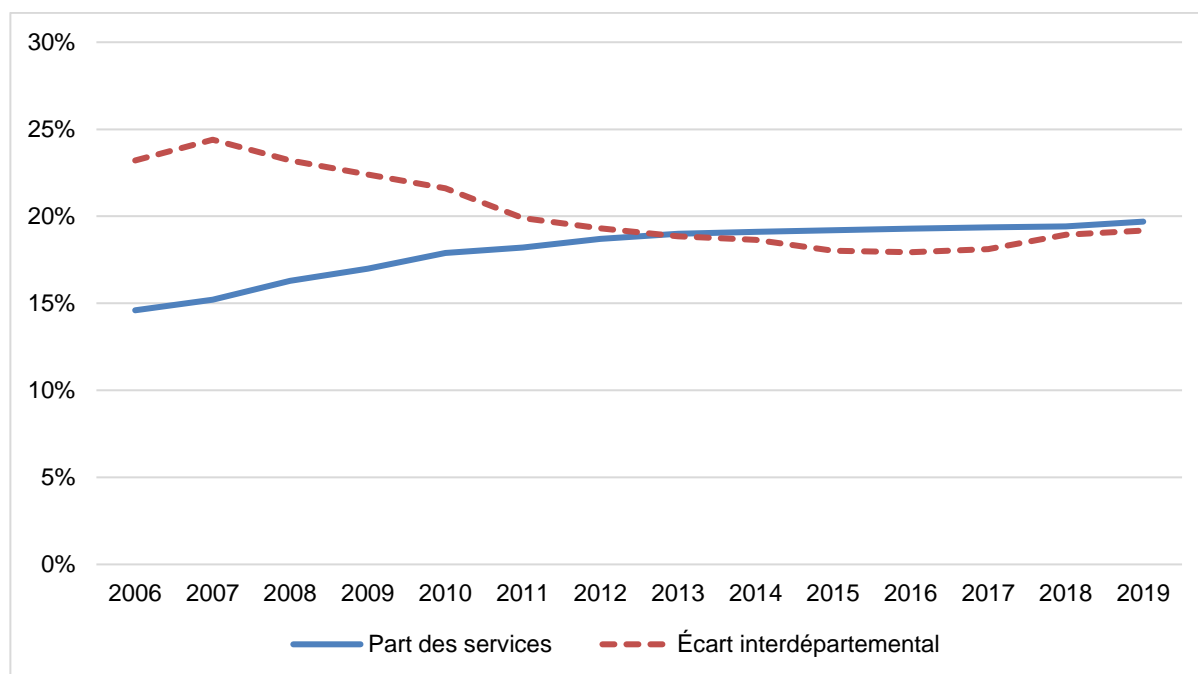


Source : Finess, traitement CNSA, champ hors ESAT.

Dans le champ des personnes âgées, il faut rappeler que :

- > sur la période 2006-2019, près de 140 400 places ont été créées ;
- > dans le champ médico-social, la part des services évolue favorablement et les disparités des taux d'équipement en établissements et services se réduisent depuis 2006.

Figure 9 : Part des services dans les structures pour personnes âgées et écarts d'équipement interdépartementaux



Source : Finess, traitement CNSA.

La dépense en euros par habitant en 2019

Euro par habitant	PA	Écart à la moyenne	PH	Écart à la moyenne	PH enfants	Écart à la moyenne	PH adultes	Écart à la moyenne
Auvergne-Rhône-Alpes	2 383	2 %	241	-41 %	444	-24 %	141	-30 %
Bourgogne-Franche-Comté	2 184	-4 %	307	49 %	621	42 %	156	1 %
Bretagne	2 485	5 %	267	-5 %	477	-11 %	164	17 %
Centre-Val de Loire	2 070	-8 %	299	38 %	605	36 %	147	-18 %
Corse	2 931	19 %	223	-65 %	500	-3 %	111	-90 %
Grand Est	2 138	-6 %	307	49 %	604	36 %	171	30 %
Hauts-de-France	2 371	2 %	307	49 %	599	34 %	157	2 %
Île-de-France	1 952	-12 %	224	-64 %	396	-41 %	143	-27 %
Normandie	2 076	-8 %	316	60 %	599	34 %	174	37 %
Nouvelle-Aquitaine	2 323	0 %	298	37 %	558	19 %	179	47 %
Occitanie	2 546	7 %	313	56 %	582	27 %	188	64 %
Pays de la Loire	2 118	-6 %	257	-20 %	473	-13 %	145	-21 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 828	16 %	251	-27 %	491	-6 %	139	-33 %
Guadeloupe	3 094	25 %	336	88 %	645	51 %	180	48 %
Martinique	3 265	30 %	320	66 %	684	66 %	154	-5 %
Guyane	2 834	16 %	220	-69 %	326	-67 %	129	-55 %
Océan Indien	3 023	22 %	195	-103 %	295	-79 %	123	-67 %
France entière	2 322	-	271	-	508	-	156	-

Définition : la dépense en euros pour une personne âgée de plus de 75 ans, pour un enfant (0-19 ans) et un adulte (20-59 ans) est calculée en rapportant la dépense d'assurance maladie relative à la prise en charge de la perte d'autonomie en faveur des personnes âgées et personnes handicapées (données CNAM), respectivement à la population âgée de 75 ans et plus, aux enfants de 0 à 19 ans et aux adultes de 20 à 59 ans (source INSEE estimée chaque année au 14 janvier 2020).

Cet indicateur financier permet de mesurer le poids des dépenses par habitant au sein d'une même région associée à l'offre globale médico-sociale « personnes âgées » et celle médico-sociale « personnes handicapées » financée par l'assurance maladie.

Dans le champ des personnes âgées, la dépense considérée intègre l'offre médico-sociale financée par l'assurance maladie (EHPAD/SSIAD et EHPA), ainsi que l'offre sanitaire (unités de soins de longue durée – USLD) et l'offre de soins en ville effectuée par les infirmiers (nombre d'actes infirmiers de soins - AIS).

Dans le champ des personnes handicapées, la dépense intègre l'offre médico-sociale financée par l'assurance maladie à destination des enfants et adultes en situation de handicap.

Le niveau de dispersion de la dépense dans le champ des personnes âgées est relativement modéré, bien qu'on puisse identifier des « profils » de situation assez différents. Ainsi, l'écart-type, en d'autres termes la dispersion autour de la moyenne, est de 412 €, soit moins de 20 % d'écart par rapport à la moyenne. Plus spécifiquement, on remarque que l'ensemble des régions dont le niveau de dépense en euros par habitant est inférieur à la moyenne nationale (Bourgogne Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Normandie et Pays de Loire) comptabilise par ailleurs un taux d'équipement en places médico-sociales supérieur à la moyenne nationale (cf. ci-après).

À l'inverse, deux tiers des entités régionales dont le niveau de dépenses en euros par habitant est supérieur à la moyenne nationale, notamment pour les régions du littoral méditerranéen et du bassin océanique sud (Corse, PACA et Occitanie) à fort volume d'AIS par habitant, se caractérisent par des taux d'équipement médico-social bas. C'est également le cas de la majeure partie des territoires ultramarins. La dispersion du nombre d'AIS par habitant de 75 ans et plus est particulièrement importante et corrélée à la densité d'infirmiers libéraux.

Le niveau de dépenses d'assurance maladie par habitant pour l'accompagnement de personnes en situation de handicap est très contrasté entre le champ de l'enfance et celui des adultes. La dépense moyenne d'assurance maladie par habitant pour enfant handicapé (508 € par habitant) s'établit au double de la dépense moyenne pour l'ensemble du champ du handicap (271 € par habitant). Celle finançant l'accompagnement des adultes (156 € par habitant) s'établit en revanche en deçà de la dépense moyenne.

Cette disparité entre les enfants et les adultes s'explique par le fait que l'intégralité du financement des établissements et services médico-sociaux à destination du public enfant est prise en charge par l'assurance maladie, tandis que l'indicateur présenté ici ne tient pas compte des structures non financées par l'assurance maladie, nombreuses dans le champ des adultes handicapés.

Pour mémoire, la dépense d'assurance maladie pour personne handicapée adulte a connu une évolution positive depuis 2017 avec l'intégration des ESAT dans son périmètre (+48 € par habitant).

Adultes maintenus en établissements « enfants » au titre de l'amendement « Creton » : reflet d'un besoin de développement de l'offre à destination des adultes

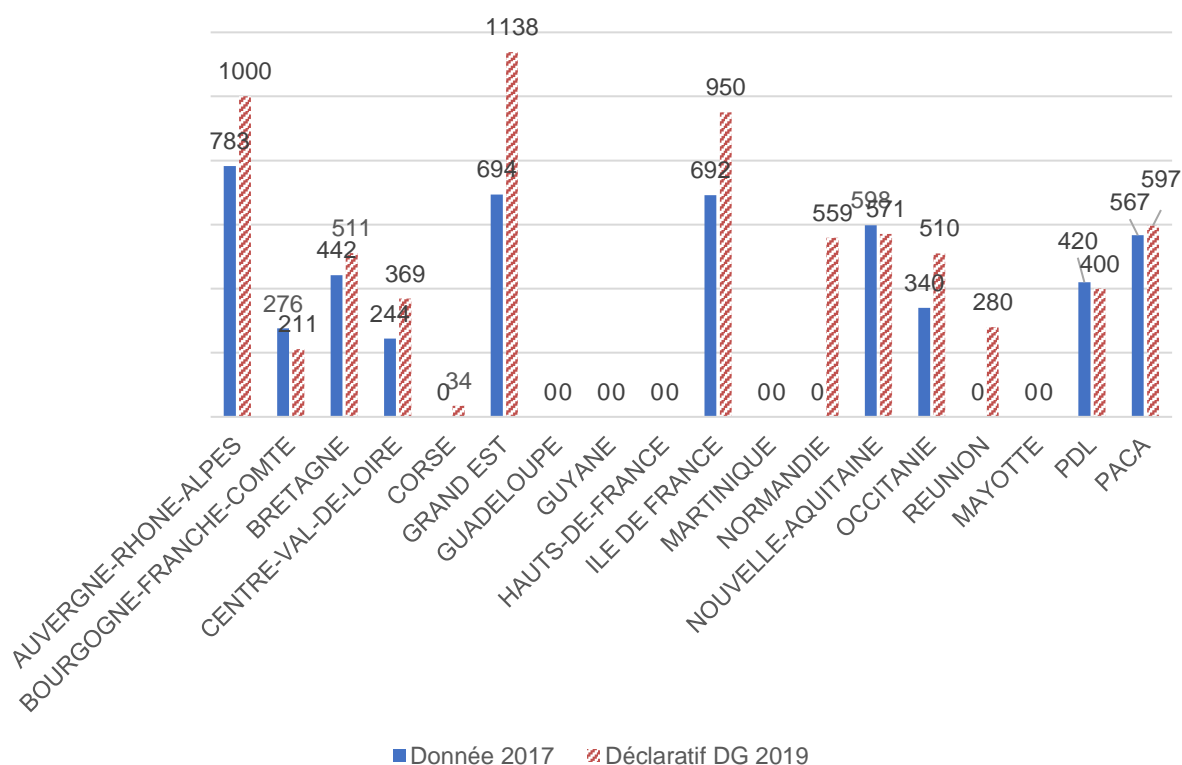
Tarification ARS au titre des adultes maintenus en établissement « enfants » au titre de l'amendement « CRETON »	Montant (€)
Auvergne-Rhône-Alpes	12 946 163
Bourgogne-Franche-Comté	184 107
Bretagne	7 474 018
Centre-Val de Loire	4 804 220
Corse	262 124
Grand Est	7 602 698
Hauts-de-France	1 565 874
Île-de-France	5 115 099
Normandie	2 534 440
Nouvelle-Aquitaine	5 137 704
Occitanie	9 010 882
Pays de la Loire	1 671 877
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5 001 056
Guadeloupe	0
Martinique	0
Guyane	0
La Réunion	4 281 430
Mayotte	0
Total général	67 591 692

Source HAPI 2019 en date du 06/10/2020.

La situation des adultes handicapés dont l'accompagnement reste exercé, à titre dérogatoire, par des professionnels d'établissements ou services autorisés au titre de l'accompagnement d'enfants fait l'objet d'un suivi spécifique depuis 2017 : « sauf exception justifiée notamment par le parcours de formation du jeune adulte, le maintien d'adultes en situation de handicap dans des établissements et services médico-sociaux pour enfants caractérise généralement une situation de tension sur l'offre d'accompagnement pour jeunes adultes »²⁰. Intégré aux CPOM conclus entre l'État et chaque ARS, le suivi du nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfant est assorti de l'objectif volontariste de diminution de 20 % par an sur la durée du projet régional de santé (PRS).

On note à la lecture de ce tableau d'une part des disparités importantes entre régions, d'autre part une absence de corrélation entre le poids populationnel d'une région et les crédits mobilisés sur ce sujet (exemple de la Réunion vs Bourgogne-Franche-Comté).

Figure 10 : Nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton



Les données communiquées par les ARS lors des dialogues de gestion 2019 illustrent par ailleurs l'écart important entre leur cible de réduction de ce nombre et leur réalisation, qui caractérise la persistance d'inadéquations entre l'offre d'accompagnement pour adultes et le besoin.

²⁰ Annexe à l'instruction n° 2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé.

Disparités intrarégionales de dépenses d'assurance maladie à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (2019)

Disparités intrarégionales des dépenses AM en ESMS en € par habitant	PA	PH
Auvergne-Rhône-Alpes	14,8 %	29,1 %
Bourgogne-Franche-Comté	13,2 %	24,5 %
Bretagne	5,9 %	20,9 %
Centre-Val de Loire	7,3 %	11,5 %
Corse	7,5 %	11,1 %
Grand Est	10,1 %	23,1 %
Hauts-de-France	7,8 %	4,3 %
Île-de-France	13,9 %	23,1 %
Normandie	11,9 %	25,0 %
Nouvelle-Aquitaine	15,8 %	43,3 %
Occitanie	14,1 %	101,2 %
Pays de la Loire	6,4 %	10,5 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13,7 %	40,0 %
Guadeloupe	NS	NS
Martinique	NS	NS
Guyane	NS	NS
La Réunion	NS	NS
Mayotte	NS	NS
France métropole	15,7 %	52,8 %

Source PQE 2020 – données 2019 – PLFSS 2021.

Sources : INSEE, CNAM, Finess.

Note de lecture : les disparités sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage). Plus le coefficient de variation est élevé, plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne.

Ces écarts intrarégionaux de dépenses d'assurance maladie à destination des personnes âgées et des personnes handicapées sont mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (0-59 ans pour les personnes handicapées ; 75 ans et plus pour les personnes âgées) à partir des décaissements des CPAM en 2019. Il s'agit de mesurer l'écart-type « écart-type population » des valeurs départementales, en tenant compte :

- > pour le secteur du handicap, de l'ensemble des versements aux ESMS par l'assurance maladie, y compris les ESAT intégrés à l'objectif global des dépenses (OGD) depuis le 1^{er} janvier 2017 ;
- > pour le secteur des personnes âgées, des mêmes versements, complétés des versements aux USLD et des actes infirmiers de soins (AIS) des infirmiers libéraux.

À l'exception de la région des Hauts-de-France, les écarts intrarégionaux de dépenses départementales d'assurance maladie dans le champ « personnes âgées » les plus faibles sont relevés dans les régions les plus petites, qui n'ont pas connu de modification de leur périmètre : Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Normandie et Pays-de-Loire. On peut supposer une corrélation entre la taille de la région et l'importance de disparités infrarégionales.

Dans le champ des personnes handicapées, les écarts de dépenses d'assurance maladie infrarégionaux sont accentués par la situation très atypique de la région Occitanie, qui enregistre une dispersion de dépense départementale d'assurance maladie supérieure à 100 % associée à l'offre d'équipement médico-social de la Lozère, fortement dotée bien que faiblement peuplée. Les plus faibles disparités interdépartementales se situent en région Hauts-de-France.

Disparités régionales en taux d'équipement : des niveaux d'équipement médico-social à mettre en regard d'autres indicateurs d'offre ou de besoins

Champ « personnes âgées »

Personnes âgées de plus de 75 ans	Démographie totale	Démographie PA>75 ans	Social	Social	Soins de ville	Soins de ville	Équipement sanitaire	Équipement sanitaire	Équipement médico-social
Contexte géographique, démographique, social et en équipement	Densité au 01/01/2018 en habitants/km ²	Part PA plus de 75 ans et plus en 2018	% pop couverte par le RSA au 31/12/2017	Bénéficiaires de l'APA/100 personnes de 75 ans ou + (France métropole)	Densité des médecins généralistes pour 100 000 hab	Qté AIS par hab de plus de 75 ans	Hospit, court séjour en médecine yc HAD nb de lits pour 1 000 hab	Tx d'équip en lits installés USLD pour 1 000 hab de 75 ans et plus 01-2018	Tx d'équip en places installées pour 1 000 hab de 75 ans et plus 01-2018
Auvergne-Rhône-Alpes	115	9,2 %	3,9	23,2	92	35,1	2,0	5,4	132,4
Bourgogne-Franche-Comté	59	10,8 %	4,2	22,5	88	10,8	2,4	4,4	140,2
Bretagne	123	10,4 %	3,3	21,5	92	31,7	2,2	5,1	147,9
Centre-Val de Loire	66	10,6 %	4,6	18,3	77	5,6	2,1	5,0	137,6
Corse	39	11,3 %	3,2	25,1	93	148,9	1,6	5,0	73,5
Grand Est	97	9,3 %	5,3	19,8	93	21,6	2,3	5,7	129,2
Guadeloupe	229	8,0 %	21,3	26,0	78	137,0	1,4	1,4	66,5
Guyane	3	1,7 %	23,2	19,0	42	94,7	1,3	6,1	72,3
Hauts-de-France	189	7,8 %	7,9	24,8	90	26,7	2,2	6,4	138,3
Île-de-France	1 020	6,7 %	5,0	16,6	77	23,7	2,0	5,9	110,7
La Réunion	346	4,7 %	25,2	39,8	98	174,0	1,6	2,3	51,2
Martinique	337	9,7 %	17,4	27,0	84	163,0	1,9	4,2	67,4
Mayotte	693	0,9 %	5,8	Nd	9	13,1	0,7	0,0	16,9
Normandie	112	9,8 %	5,0	21,1	84	9,9	2,0	4,8	133,4
Nouvelle-Aquitaine	71	11,2 %	4,7	21,3	101	34,0	2,1	5,1	136,5
Occitanie	81	10,6 %	6,2	24,4	105	60,6	1,9	5,1	126,3
Pays de la Loire	118	9,6 %	3,5	19,0	86	8,3	1,7	4,9	158,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	161	11,0 %	6,2	18,3	113	108,4	2,1	3,2	107,6
France	106	9,2 %	5,6	20,9	90	38,3	2,0	5,1	128,7

Sources : INSEE, CNAF, CNAM, Sae, Finess.

L'appréciation de la situation sociodémographique de la région considérée ainsi que celle de l'offre en soins de ville et de l'offre sanitaire permet d'enrichir l'analyse des disparités d'équipement médico-social sur le territoire. On constate tout d'abord des disparités interrégionales importantes, à régions comparables en termes de poids populationnel : pour ce qui est de l'équipement médico-social par exemple, PACA présente un taux à 107,6 places pour 1 000 habitants, contre 136,5 en Nouvelle-Aquitaine. Les Outre-mer présentent sur ce point des taux très inférieurs à la moyenne nationale. Le taux de bénéficiaires de l'APA pour 100 habitants en métropole hors Corse va de 16,6 (Île-de-France) à 24,4 (Occitanie). La densité en médecins généralistes pour 100 000 habitants est en outre de 113 en PACA, et de 77 en Île-de-France et Centre-Val-de-Loire (9 à Mayotte).

L'analyse de l'exemple de l'Île-de-France est intéressante. Cette région est très peuplée dans le champ des personnes âgées et à très forte densité, et dispose respectivement d'indicateurs sociaux, soins de villes et médico-sociaux inférieurs à la moyenne. Les indicateurs hospitaliers sont eux plus favorables, permettant d'apporter un équilibre au niveau de l'offre globale de soins et d'accompagnement. À l'inverse, la région Corse apparaît beaucoup moins peuplée et enregistre globalement un accompagnement social (hors APA), soins de villes (AIS notamment) et médico-social plus favorable que sur le secteur hospitalier.

Champ « personnes handicapées » – Enfants

Enfants handicapés de 0 à 19 ans	Démographie	Social	Social	Équipement psy infanto-juvénile (FR Métro)	Équipement psy infanto-juvénile (FR Métro)	Équipement psy générale (FR Métro)	Équipement psy générale (FR Métro)	Équipement médico-social
Contexte géographique, démographique, social et en équipement	Part des moins de 20 ans en 2018	Dépenses AEEH (pour 1 000 hab de 0-19 ans) 12-2015	Taux de bénéficiaires d'AEEH (pour 100 hab de 0-19 ans) 12-2015	Lits d'hospit complète pr 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus	Équipement global (lits et places) pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans	Lits d'hospit complète pour 1 000 habs > 16 ans	Équipement global (lits et places) pour 1 000 habs de plus de 16 ans	Taux d'équipement global en institution pour 1 000 enfants
Auvergne-Rhône-Alpes	24,4 %	41	1,4	0,2	0,7	1,1	1,5	6,3
Bourgogne-Franche-Comté	22,9 %	50	1,4	0,2	1,0	1,1	1,5	7,4
Bretagne	23,6 %	43	1,2	0,2	1,2	1,3	1,9	6,4
Centre-Val de Loire	23,6 %	42	1,3	0,1	0,9	1,1	1,6	7,7
Corse	20,3 %	52	1,5	0,2	1,0	1,2	1,5	4,7
Grand Est	23,2 %	40	1,4	0,1	0,9	0,9	1,2	8,3
Guadeloupe	25,7 %	81	2,2	0,1	0,8	0,9	1,4	7,3
Guyane	41,7 %	42	1,3	0,1	0,4	0,6	0,7	1,9
Hauts-de-France	26,0 %	57	1,9	0,1	0,8	1,0	1,4	8,0
Île-de-France	25,7 %	61	1,4	0,2	1,0	0,8	1,3	4,9
La Réunion	31,1 %	61	1,5	0,1	0,7	0,6	0,9	5,6
Martinique	22,9 %	68	2,1	0,1	0,3	0,9	1,4	8,1
Mayotte	53,8 %	0	0,2	Nd	Nd	Nd	Nd	0,7
Normandie	24,1 %	49	1,3	0,1	1,0	0,9	1,3	8,6
Nouvelle-Aquitaine	21,8 %	50	1,7	0,3	1,4	1,2	1,6	8,0
Occitanie	22,6 %	62	1,7	0,2	1,0	1,3	1,7	7,3
Pays de la Loire	25,0 %	33	1,2	0,1	0,7	0,7	1,2	5,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22,5 %	47	1,6	0,2	0,8	1,2	1,6	5,5
France	24,3 %	50	1,5	0,2	0,9	1,0	1,5	6,6

Sources : INSEE, CNAF, Sae, Finess.

Il est possible de comparer deux régions d'une taille similaire qui recensent un niveau d'accompagnement différent sur l'ensemble des champs : la région PACA enregistre des indicateurs globalement inférieurs à la moyenne nationale (voire proches de la tendance nationale). En revanche, la région Occitanie présente un ensemble d'indicateurs plutôt favorable qui semble s'expliquer notamment par le caractère atypique de la Lozère qui améliore la situation régionale ; les disparités infrarégionales sont alors un indicateur important à prendre en compte pour comprendre les besoins de la région.

Champ « personnes handicapées » – Adultes

Adultes handicapés de 20 à 59 ans	Démographie	Social	Social	Social	Social	Social	Équipement médico-social	Équipement médico-social
Contexte géographique, démographique et social	Part des 20-59 ans en 2018	Dépense PCH + ACTP en € par personne de 0 à 59 ans – 2015	Dépense AAH en € par personne de 20 à 59 ans – 2015	Dépense pension d'invalidité 2014 en € par personne de 20 à 59 ans – 2015	Nombre d'allocataires de l'AAH pour 100 habitants de 20 à 59 ans – 2015	Nombre d'allocataires de PCH ou ACTP pour 100 habitants de 0 à 59 ans – 2015	Taux d'équipement global en institution (MAS/FAM ²¹) pour 1000 adultes	Taux d'équipement en foyers financés exclusivement CD (FV, FH ²²)
Auvergne-Rhône-Alpes	50,1 %	44	220	189	2,9	0,6	2,3	2,8
Bourgogne-Franche-Comté	47,7 %	43	283	159	3,8	0,7	2,3	3,5
Bretagne	48,0 %	41	259	191	3,6	0,6	2,2	4,1
Centre-Val de Loire	47,6 %	35	236	147	3,1	0,6	2,3	3,6
Corse	50,0 %	92	321	268	4,0	1,0	1,5	3,6
Grand Est	50,4 %	40	235	151	3,1	0,6	2,3	0,6
Guadeloupe	49,1 %	70	435	54	4,2	0,9	1,5	2,8
Guyane	49,8 %	23	160	16	1,6	0,3	0,7	1,6
Hauts-de-France	50,3 %	44	294	197	3,7	0,7	2,1	0,3
Île-de-France	54,3 %	33	175	134	2,0	0,5	1,9	3,2
La Réunion	51,9 %	32	332	53	3,8	0,7	1,3	1,4
Martinique	49,3 %	76	390	51	3,7	0,9	1,8	1,1
Mayotte	41,9 %	0	0	0	0,5	0,0	0,1	0,5
Normandie	48,2 %	47	286	195	3,7	0,6	2,4	0,0
Nouvelle-Aquitaine	47,9 %	49	277	153	3,8	0,7	2,6	3,9
Occitanie	48,8 %	55	304	171	4,0	0,7	2,8	3,4
Pays de la Loire	48,5 %	37	207	162	2,9	0,6	2,3	3,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	48,5 %	50	273	223	3,4	0,7	1,9	3,4
France	50,0 %	43	245,9	165,5	3,2	0,8	2,2	2,3

Sources : INSEE, CNAF, Finess.

On constate tout d'abord des disparités interrégionales fortes, que ce soit en termes de démographie, de représentation des publics concernés par le handicap en population générale, ou d'équipement, notamment dans le champ médico-social financé par l'assurance maladie (de 0,7 à 2,8 pour 1 000).

Par ailleurs, si on observe les écarts entre deux régions de taille démographique moyenne (Bourgogne-Franche-Comté et Centre-Val de Loire), on constate un taux d'équipement en institution médico-sociale financé par l'assurance maladie et par les conseils départementaux plus favorable au détriment d'une offre sociale relativement moins favorable et inférieure au niveau national.

²¹ Maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé.

²² Foyer de vie, foyer d'hébergement.

Les priorités fixées dans la circulaire budgétaire 2019 : moyens nouveaux et réformes, les leviers de la transformation

En lien avec les besoins prioritaires ciblés par les politiques publiques de l'autonomie, la circulaire budgétaire 2019 fixe un certain nombre de chantiers faisant l'objet de financements dédiés ; les réformes et événements ayant marqué l'année 2019 sont :

- > en lien avec la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et la perspective d'une feuille de route « grand âge et autonomie », la poursuite de la mise en œuvre de la réforme tarifaire des EHPAD qui a consisté à renforcer le personnel soignant en fonction du niveau de dépendance et de soins requis des résidents (résorption des écarts depuis 2017 : 284,1 M€ dont 160,5 M€ en 2019) avec la prise en compte des effets négatifs de la convergence dépendance, le soutien ponctuel à la qualité de vie au travail (QVT), l'expérimentation de la mutualisation de postes d'infirmiers de nuit (IDE de nuit) en EHPAD ;
- > la poursuite de la contractualisation avec la signature des CPOM ;
- > la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement ;
- > la poursuite de la transformation de l'offre médico-sociale dans le cadre de la stratégie quinquennale, du développement des PCPE, de l'emploi accompagné et de l'habitat inclusif ;
- > la continuité du développement de réponses face aux situations dites critiques visant, en outre, la prévention des départs non souhaités vers la Belgique.

3 Le développement de l'offre : quels résultats et avec quels moyens financiers ?

L'objectif de cette section est de donner un aperçu de la mobilisation par les ARS des différents leviers financiers dont elles disposent, et qu'elles se créent pour faire évoluer l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées.

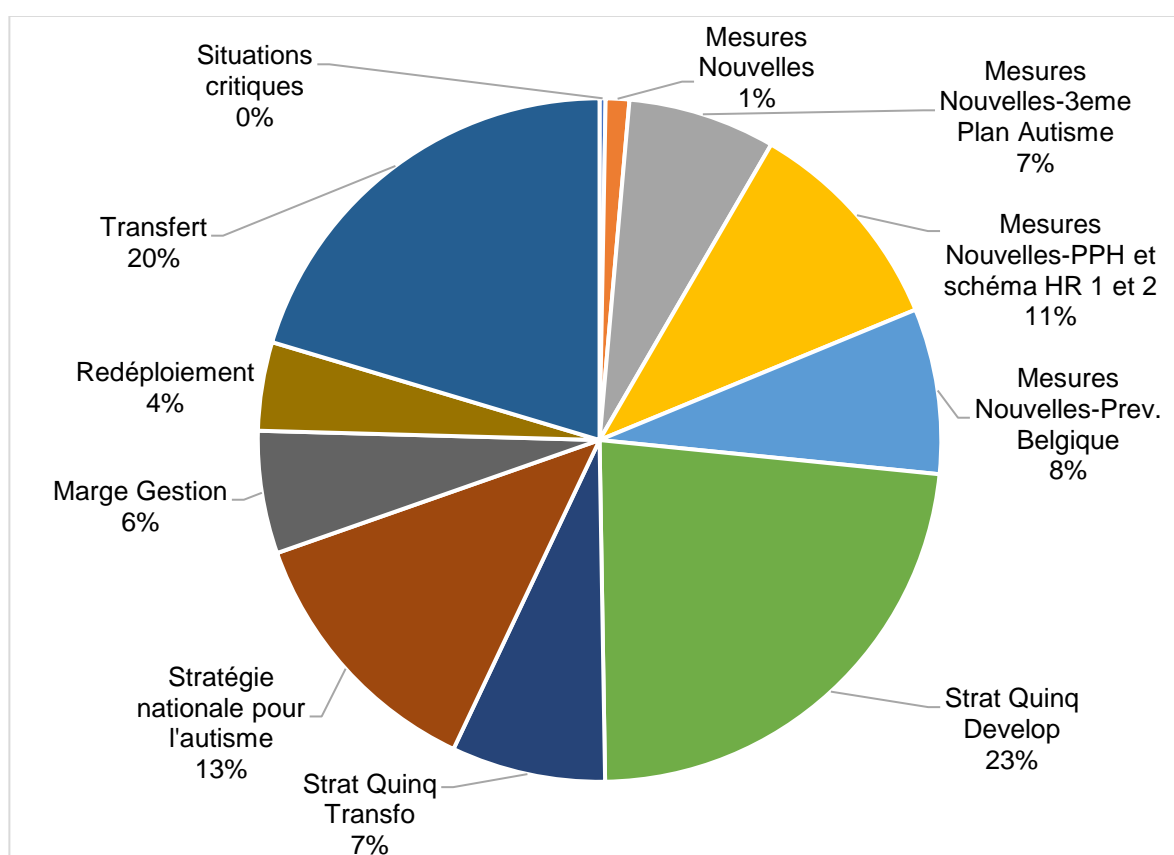
Développement général de l'offre en 2019 – champ « personnes handicapées » : la consommation des crédits en hausse de 30,6 % par rapport à 2018

Les chiffres présentés sont issus d'une extraction SEPPIA et présentent le coût des projets en année pleine.

L'autorisation de places et l'engagement des crédits dans le champ du handicap

Les autorisations délivrées par les ARS en 2019, toutes enveloppes confondues, s'élèvent à **118,5 M€** pour un total de 4 058 places supplémentaires.

Figure 11 : Répartition, par enveloppes, des crédits engagés en 2019

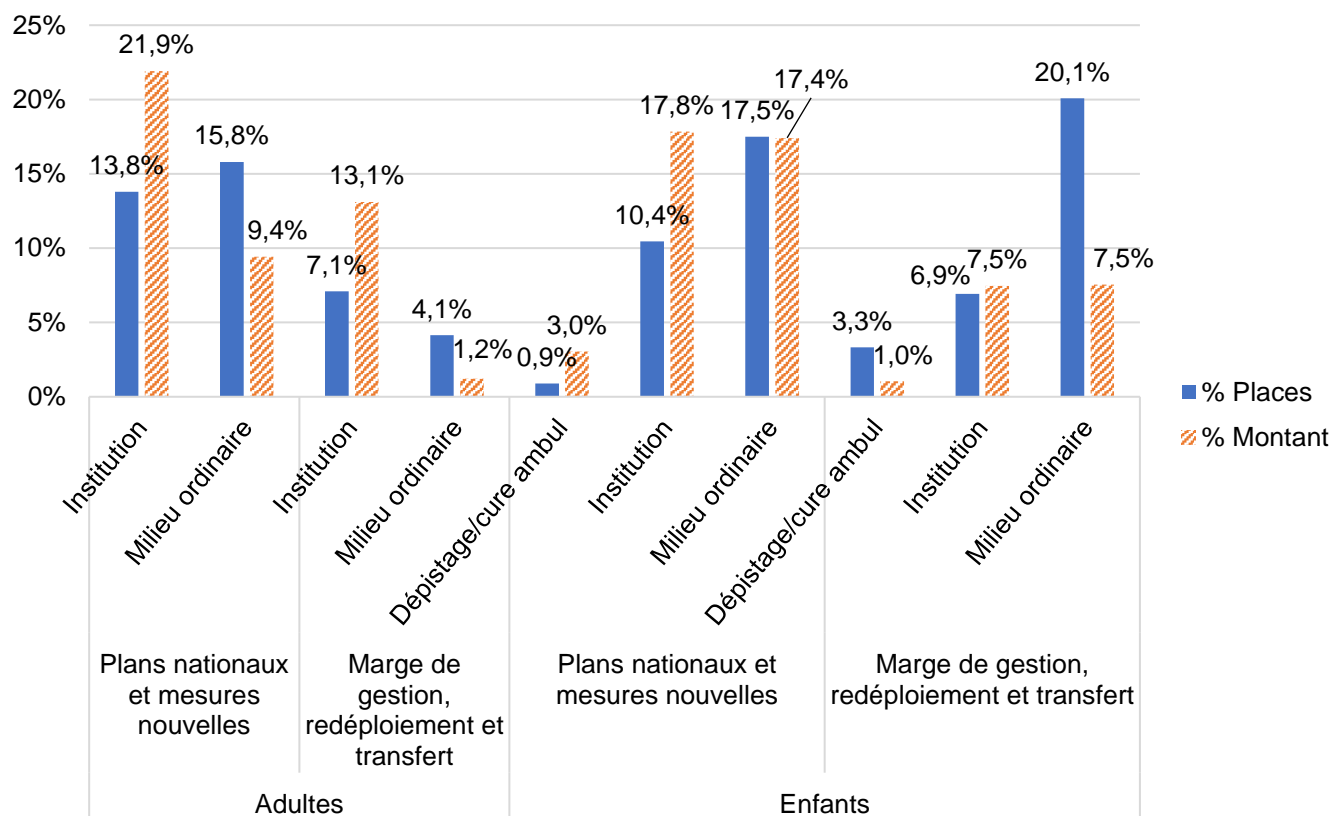


62 % des engagements pris en 2019, soit 73 M€, le sont dans le cadre des plans nationaux²³.

Par ailleurs, 30 % des engagements pris en 2019, soit **36 M€**, ont été financés par des enveloppes relatives à la marge de gestion, dans le cadre de redéploiements et par fongibilité.

²³ Mesures nouvelles, 3^e plan Autisme, PPH et Handicaps rares, stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale SQEOMS et SNA.

**Figure 12 : Répartition Institution/milieu ordinaire/dépistage
selon les enveloppes mobilisées²⁴**



Indication de lecture : 20 % des places autorisées l'ont été en milieu ordinaire pour les enfants via les enveloppes à la main des ARS.

Sur l'ensemble des autorisations prises, le public enfants représente 54 % des engagements et 59 % des places autorisées, versus 46 % des engagements et 41 % des autorisations pour les adultes.

Le poste principal des engagements pris concerne le développement de places en institutions pour adultes issu des financements dédiés dans le cadre des plans nationaux. Pour autant, l'autorisation de places en milieu ordinaire permettra, à terme, de développer plus de places pour les enfants : elles représentent 38 % des autorisations prises (dont 18 % de places issues de financements dédiés dans le cadre des plans nationaux).

La mobilisation de crédits est logiquement plus importante sur le développement de l'offre institutionnelle, en raison de coûts à la place plus importants que pour le développement de services ; ces derniers représentent en revanche une part plus importante si l'on considère l'angle du développement en termes de places.

²⁴ Les intitulés « Institution/milieu ordinaire/dépistage » sont issus du système d'information SEPPIA et correspondent à ce jour aux catégories suivies dans ce SI. Ils sont donc conservés pour la production de données dans le cadre du présent bilan. La notion d'« institution » rejoint celle d'« établissement » ; la notion de « milieu ordinaire » est plus large que celle de « services » puisqu'elle recouvre d'autres dispositifs type unités d'enseignement par exemple ; la notion de « dépistage » concerne les structures type CAMSP par exemple. Ces intitulés vont évoluer dans le système d'information afin d'être plus en adéquation avec les appellations usuelles aujourd'hui.

Dans le champ « adultes », sur les 54,1 M€ engagés, 77 % le sont pour de la création de places en établissements, et 23 % visent le milieu ordinaire :

- > 51 % des crédits sont mobilisés pour de la création de places de MAS par le biais de l'autorisation de 371 places, dont 291 d'internat, à un coût moyen à la place s'élevant à 75 k€²⁵ ;
- > 22 % des crédits engagés ont permis l'autorisation de 407 places de FAM, dont 256 d'internat, à un coût moyen à la place s'élevant à 28 k€ ;
- > Le reste des crédits a permis de soutenir l'insertion professionnelle (2 % des crédits) et le maintien en milieu de vie ordinaire avec, notamment, 12 % des crédits dédiés à la création de 476 places de SAMSAH.

Dans le champ « enfants », on observe une dynamique différente puisque sur les 64,4 M€ engagés, 7,5 % sont dédiés au dépistage, 46 % visent le milieu ordinaire et 46,5 % permettent le développement de l'offre dite institutionnelle dont une partie de l'activité a une visée « hors les murs » :

- > 33 % des engagements permettront la création de 1 229 places de SESSAD ;
- > 15 % des engagements permettront la création de 155 places d'internat, dont 72 places en établissement pour polyhandicapé, avec un coût moyen de 67 k€ à la place ; 27 places en IME avec un coût moyen à la place de 48 k€ ; 31 places en ITEP à 43 k€ à la place et 25 places expérimentales ayant un coût moyen à la place de 88 k€ ;
- > 15 % des engagements permettront la création de 305 places de semi-internat majoritairement en IME (224 places, avec un coût moyen à la place de 31 k€) ;
- > 14 % des crédits permettront le développement de soutien à la scolarisation des élèves TSA (UEM et UEEA) ;
- > 7 % des engagements permettront le développement du dépistage, dont 4 % sont destinés au déploiement des plateformes de coordination et d'orientation TND ;
- > 9 % des engagements permettront la création de 42 PCPE ;
- > 7 % des crédits permettront le développement de 128 places d'externat.

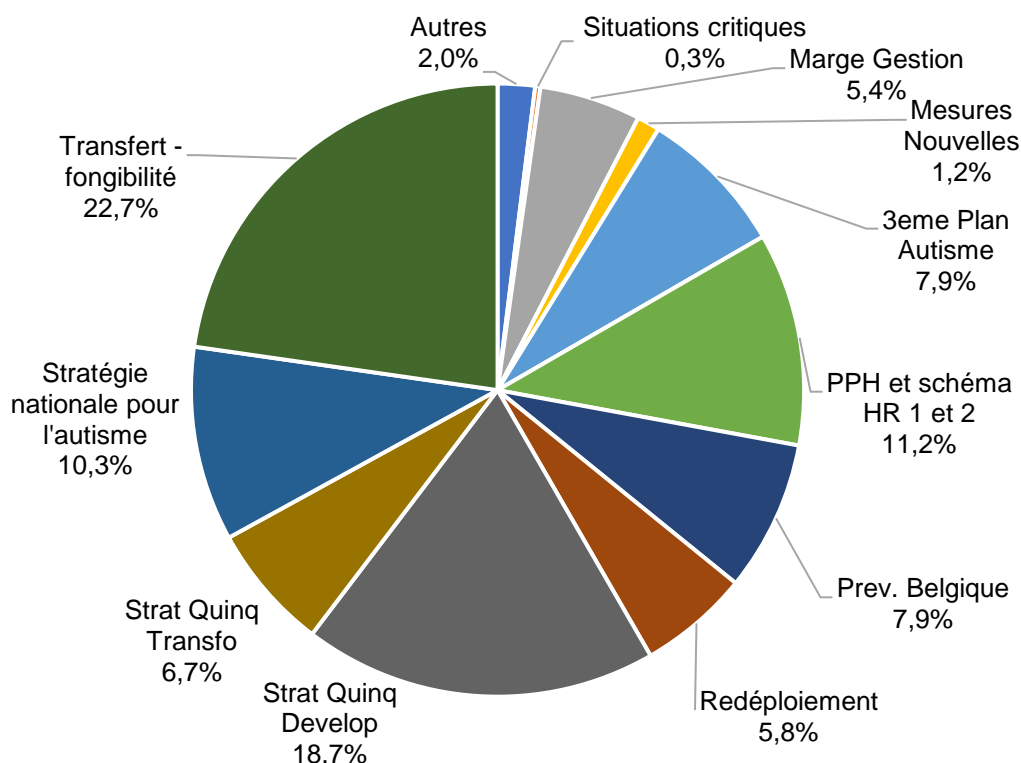
À l'horizon 2024, selon les programmations des ARS, 28,4 M€ supplémentaires devraient être engagés sur ces trois enveloppes, soit 15 % des engagements prévisionnels toutes enveloppes confondues, avec une prévalence des engagements pour le public adulte, illustrant la dynamique de nécessaire rattrapage territorial dans le champ de l'offre à destination des adultes soulignée par plusieurs ARS en commentaire de leur programmation lors des dialogues de gestion conduits début 2020.

²⁵ Coût à la place indiqué dans SEPPIA au moment de la prise de l'autorisation.

L'installation de places et la consommation de crédits dans le champ du handicap

En 2019, **121,1 M€** ont été consommés par les ARS, toutes enveloppes confondues, permettant l'installation de 3 953 places.

Figure 13 : Origine des crédits consommés en 2019



En 2018, ce montant était de **92,75 M€** pour l'installation de 2 490 places. On note donc une intensification de la consommation de crédits depuis l'année précédente.

Les dynamiques d'installations sont majoritairement portées par les engagements souscrits dans le cadre de la réalisation de plans nationaux. 58 % des installations réalisées en 2019, soit 70,1 M€, ont été financés par des crédits issus des plans nationaux²⁶. Les enveloppes d'origine mettaient l'accent sur le développement de l'offre dans le champ de l'enfance : les crédits consommés l'ont été majoritairement dans ce champ qui représente 56 % des installations (68,1 M€).

Les dynamiques d'autorisation plus récentes ont mis davantage l'accent sur le rattrapage de l'offre dans le champ des adultes.

Ce constat général doit bien entendu être nuancé au regard des spécificités et dynamiques régionales.

²⁶ Mesures nouvelles, 3^e plan Autisme, PPH et Handicap rare, SQEOMS et SNA

Pour le champ « adultes », 80 % des 53 M€ consommés ont permis la création de places en établissement et 20 % en services :

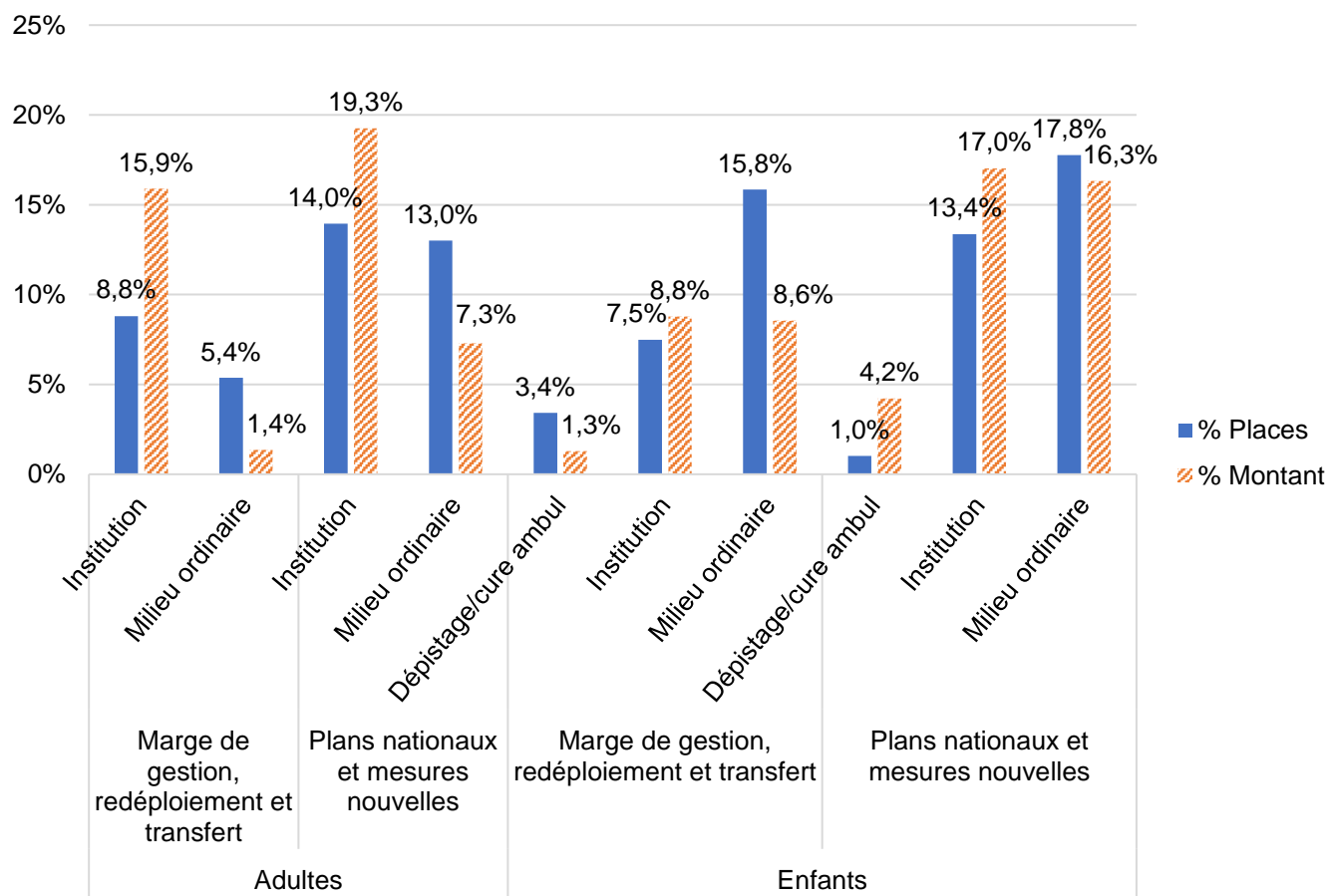
- > 64 % des crédits consommés l'ont été pour l'installation de 647 places d'internat majoritairement en MAS avec 339 places, à un coût moyen à la place s'élevant à 74 k€ ;
- > 12 % des crédits consommés l'ont été pour l'installation de 182 places de semi-internat, d'externat et d'accueil temporaire ;
- > le reste des crédits a permis de soutenir le maintien en milieu de vie ordinaire en en dédiant 17 % à l'installation de PCPE, SAMSAH et SSIAD, de soutenir l'insertion professionnelle (4 % des crédits), de développer l'offre à destination des personnes handicapées vieillissantes, et d'autoriser des établissements expérimentaux (3 % des crédits).

Pour le champ « enfants », 10 % des 68,1 M€ consommés ont été consacrés au dépistage, 44 % à renforcer l'offre de service et 46 % à développer l'offre en établissement dont une partie de l'activité est opérée « hors les murs » :

- > 33 % des crédits consommés ont permis la création de 1 025 places de SESSAD ;
- > 13 % des crédits consommés ont permis la création de 147 places d'internat majoritairement en ITEP (55 places) ;
- > 24 % des crédits consommés ont permis la création de 294 places de semi-internat et 278 places d'externat ;
- > 9 % des crédits consommés ont permis le déploiement de PCPE ;
- > 10 % des crédits consommés ont permis le développement du diagnostic ;
- > 3 % ont permis le développement de l'accueil temporaire ;
- > 9 % des crédits consommés ont permis le soutien à la scolarisation des élèves avec autisme.

Au-delà des crédits issus de plans nationaux, 34 % des installations réalisées en 2019, soit 41,1 M€, sont financés par des crédits relevant de marges de gestion, ou issus de redéploiements et de la fongibilité. La répartition entre les secteurs adulte-enfant est équilibrée.

Figure 14 : Répartition institution/milieu ordinaire/dépistage selon les enveloppes mobilisées



Les ARS mobilisent leurs marges locales de manière disparate.

À l'horizon 2024, selon les programmations des ARS, 43,6 M€ supplémentaires devraient être consommés sur ces trois enveloppes, soit 14 % des consommations prévisionnelles toutes enveloppes confondues, avec une prépondérance du secteur adulte et du public avec autisme et déficience psychique.

-	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
Marge de gestion	0,00 %	3,26 %	0,18 %	23,98 %
Redéploiement	0,00 %	1,00 %	0,00 %	7,26 %
Transfert	0,00 %	6,26 %	0,00 %	30,05 %
Autres enveloppes	67,33 %	89,48 %	91,12 %	100,00 %

Illustration régionale : les suites de l'appel à manifestation d'intérêt (AMI) visant la mise en œuvre accélérée de solutions nouvelles permettant de développer l'autonomie des personnes en situation de handicap en 2018 – Île-de-France

Engagée dans une double démarche de transformation et de développement de l'offre, l'ARS Île-de-France a mobilisé 60 M€ dans le cadre d'un AMI lancé le 2 juillet 2018 visant la mise en œuvre accélérée de solutions nouvelles permettant de développer l'autonomie des personnes en situation de handicap. L'objectif poursuivi est de s'approcher du « zéro sans solution » en 2022 en permettant l'émergence de 5 000 nouvelles solutions d'accompagnement.

L'AMI vise à soutenir des initiatives qui partent des besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants, tout en s'appuyant sur leurs capacités et leur participation. Il s'agit alors de soutenir l'émergence de dispositifs souples et modulaires pour mieux répondre à la diversité des besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants (rapprochements avec le secteur des personnes âgées, propositions de solutions d'accueil ouvertes à tous les types de handicap, fonctionnement en plateformes...).

Les projets retenus et financés dans le cadre de cet AMI ont, par exemple, permis :

- **la mise en place d'un IME itinérant pour mieux répondre aux situations complexes (91) :** une équipe mobile propose aux enfants autistes et jeunes adultes TSA âgés de 0 à 20 ans, sans solution ou en difficulté dans leur parcours, un accompagnement médico-social temporaire adapté d'une journée et demie hebdomadaire ;
- **la création d'une MAS « hors les murs » (95) :** l'AMI a permis la pérennisation d'un mode d'accompagnement « hors les murs » sous forme d'accueil de jour, expérimenté par la Fondation John Bost lors de la construction des nouveaux locaux de la MAS ;
- **de franchir les frontières entre réponses sanitaires et accompagnements médico-sociaux (75) :** la transformation de 27 lits d'un foyer post cure en une MAS handicap psychique de 23 places d'internat et 4 places de semi-internat mise en œuvre par l'ASM 13. Ou encore, la transformation par l'association L'Élan Retrouvé de 3 lits d'hôpital de jour en solutions d'accueil d'urgence pour les situations complexes adossées à un IME. L'UGECAM a également opté pour transformer des lits de SSR en maison d'accueil spécialisée pour les personnes en situation de handicap neurologique ;
- **d'apporter la dimension soin en appui de solutions inclusives d'habitat accompagné (75-94) :** l'association Simon de Cyrène a engagé un projet de médicalisation d'un foyer de vie inclusif et son extension en SAMSAH et SPASAD pour développer une solution d'habitat accompagné ;
- **de transformer des solutions institutionnelles en solutions inclusives (77) :** deux établissements publics médico-sociaux, les EPMS de l'Ourcq et de Chancepoix ont développé chacun une plateforme inclusive qui propose des solutions adaptées aux situations individuelles en organisant des partenariats visant à fluidifier les parcours et à les rendre réactifs pour s'adapter aux besoins des personnes accompagnées.

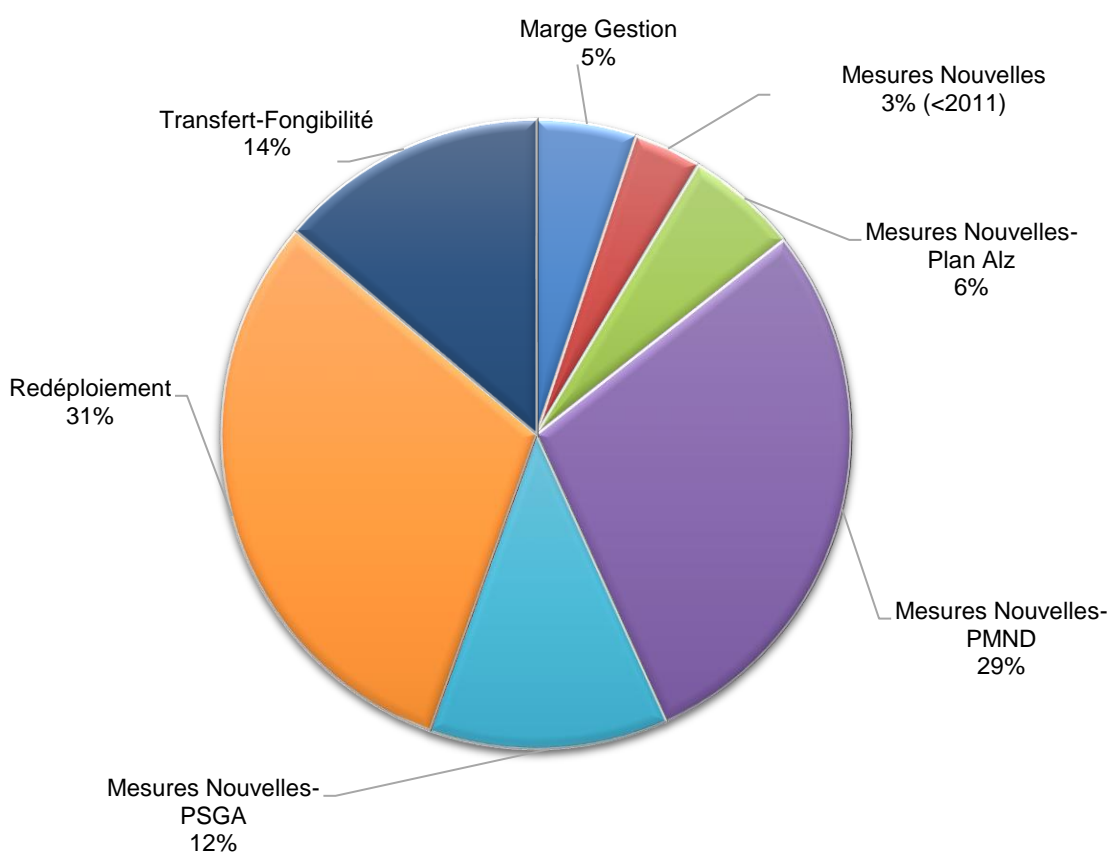
Enfin, il convient de souligner que le lancement de cet AMI a permis une forte communication sur la transformation de l'offre, conduite à la fois au niveau régional et relayée au niveau territorial par les acteurs de la démarche « Réponse accompagnée ». Par ailleurs, en 2019, a été lancé un AMI PCPE dans la perspective de couvrir l'ensemble des départements de la région de deux PCPE.

Développement général de l'offre en 2019 – champ « personnes âgées » (PA) : Une consommation de crédits importante à la faveur de l'exploitation de marges de redéploiement régionales

L'autorisation de places et l'engagement des crédits dans le champ des personnes âgées

Les autorisations prises par les ARS en 2019, **toutes enveloppes confondues**, s'élèvent à **39,7 M€** ; elles ont permis d'autoriser **2 546 places supplémentaires en ESMS** pour les personnes âgées (soit 2 % des places autorisées et des crédits engagés avant 2011).

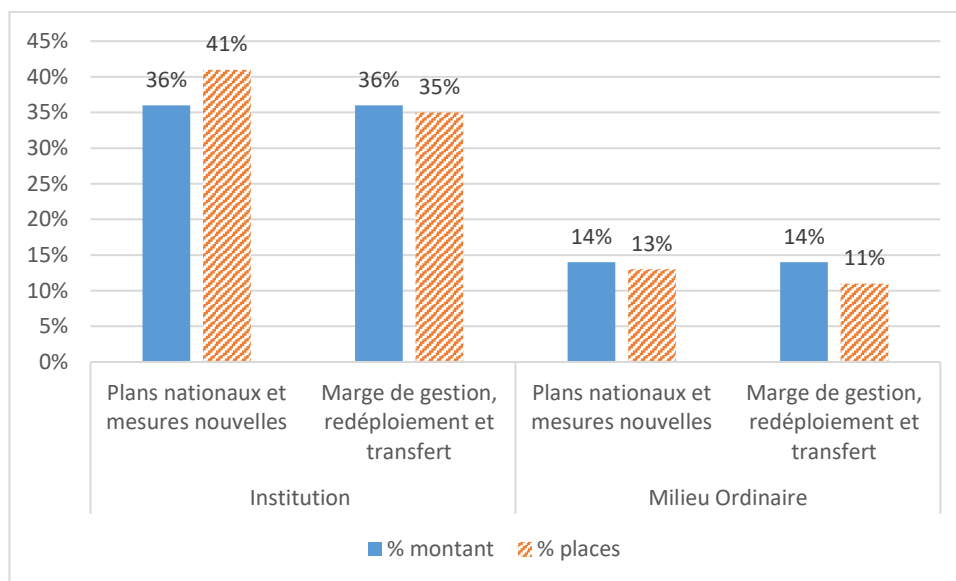
Figure 15 : Origine des autorisations d'engagement



50 % des engagements pris par les ARS en 2019, soit **19,7 M€**, ont été financés par des marges de gestion, de redéploiement et de transfert locaux, permettant de renforcer la capacité des ARS à répondre aux besoins dans le champ du grand âge, marqués par les dynamiques illustrées dans le chapitre précédent.

71 % des engagements pris par les ARS en 2019 concernent la création de places en établissement.

Figure 16 : Taux d'engagement par nature d'enveloppe en institution et/ou en milieu ordinaire dans le champ PA



En 2019, toutes enveloppes confondues, l'offre en hébergement concentre la portion la plus importante des crédits engagés par les ARS sur le territoire national. Le constat est comparable à celui de 2018.

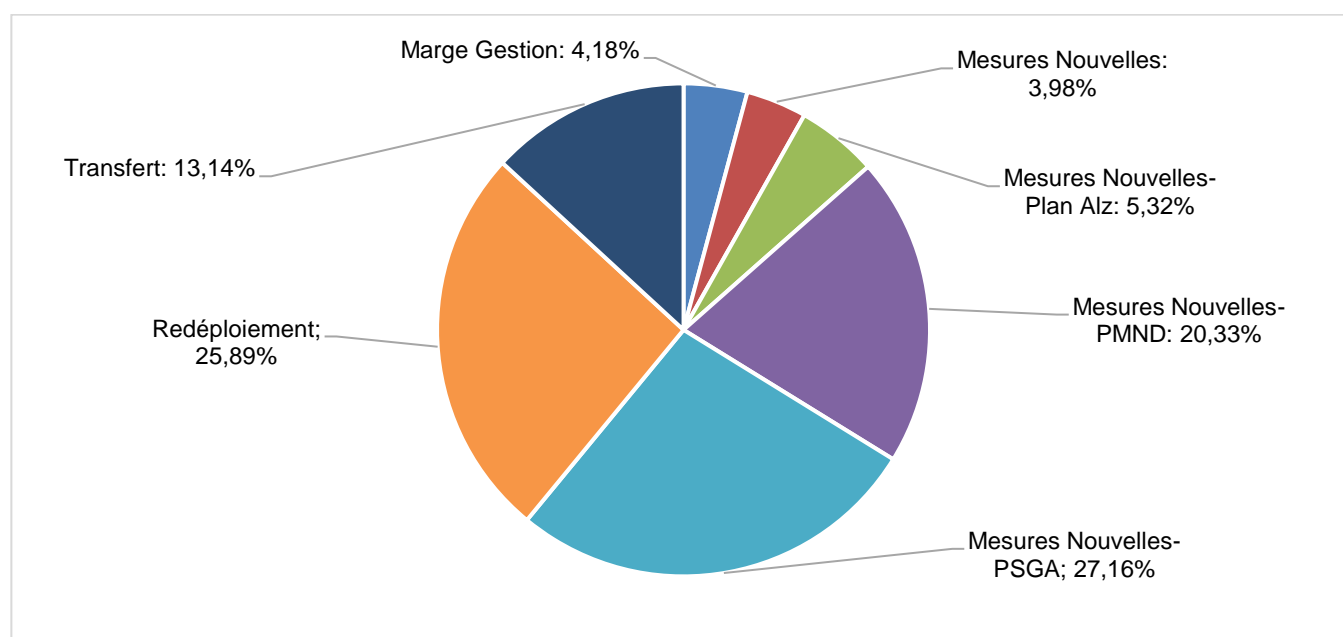
En 2019, si on observe la répartition par catégories de structure des crédits engagés, toutes enveloppes confondues :

- > **71,31 % sont mobilisés pour les établissements d'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes** qui offrent des formules adaptées aux besoins des résidents à travers une palette de dispositifs tels que les accueils de jour. Ces crédits permettront la création de 1 936 places au sein des EHPAD ;
- > **0,56 % sont mobilisés pour les accueils de jour (AJ) dits autonomes**, soit 24 places en AJ autonomes à créer ;
- > **7,17 % permettent la création de 29 plateformes de répit (PFR)**. Elles ont pour objectif de proposer des offres intégrées en répondant aux différents besoins (soutien, répit...) ainsi qu'une prise en charge de la personne aidée (accueil de jour, relayage...) durant l'activité proposée à l'aidant ;
- > **4,03 % permettent la création de 128 places de services à domicile (SPASAD)** permettant une articulation des soins infirmiers et des aides à domicile ;
- > **0,38 % sont engagés envers les équipes mobiles PA** qui ont pour objectif principal de proposer des solutions médico-psychosociales aux personnes âgées fragilisées ;
- > **16,55 % permettent de développer l'offre en SSIAD** : création de 448 places de services à domicile afin de maintenir plus longtemps les personnes âgées à domicile.

Les installations et les consommations dans le secteur « personnes âgées »

Les ARS ont consommé, toutes enveloppes confondues, en 2019, pour un montant de **52,56 M€**, soit **4 102 places (hors PASA et PFR)** pour personnes âgées en situation de perte d'autonomie. En 2018, les ARS avaient consommé pour un montant de **45,8 M€ (installation de 3 305 places hors PASA et PFR)**. Il est à noter qu'il est normal de trouver des montants consommés en 2019 supérieurs aux montants autorisés en 2019 : en effet, les consommations sont relatives aux autorisations de 2019 mais aussi à celles des années antérieures.

Figure 17 : Répartition des crédits consommés, toutes enveloppes confondues



On note donc une accélération des installations de places et de la consommation des crédits.

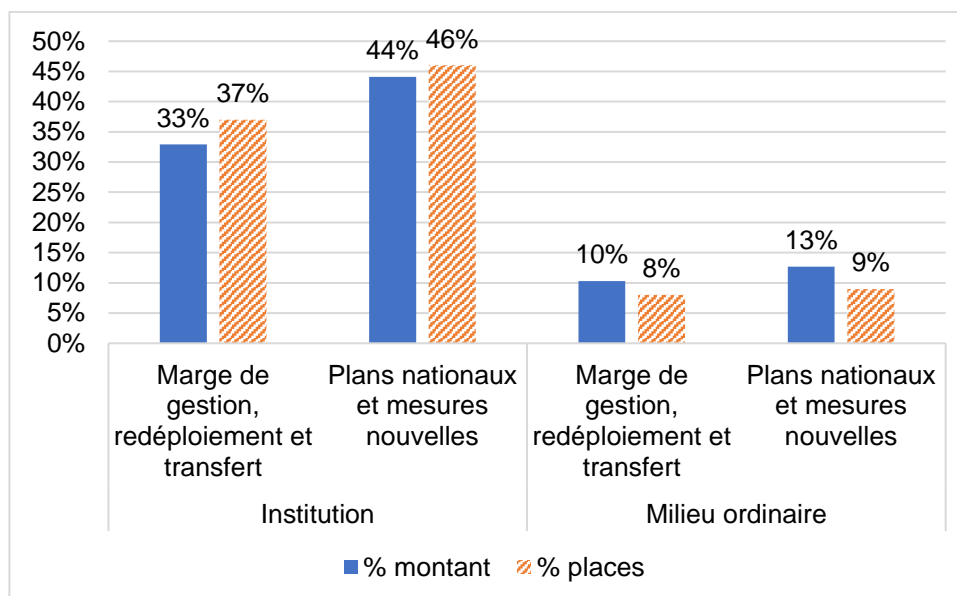
L'année 2019 est une année marquante en matière de consommation de crédits dans le champ des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Bien qu'élevées, les installations sont toutefois moins importantes que les prévisions des ARS de 2018 (5 462 places lors du bilan des plans PA 2018).

Au titre des plans dont les « mesures nouvelles » (crédits antérieurs à 2011), les ARS ont consommé en 2019 pour un montant de 29,85 M€ permettant l'installation de 2 239 places pour personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Ceci représente 56,79 % des crédits consommés par les ARS en 2019.

En 2019, le PSGA permet un nombre d'installations en places élevé (27,16 % des crédits consommés, sur sept enveloppes différentes). Ce constat peut avoir différentes origines, un travail de rectification des enveloppes au sein de l'application SEPPIA, la poursuite des échanges entre les partenaires afin de trouver des solutions au titre des anciens projets et la transformation de l'offre à travers d'anciennes opérations.

Si on s'attache aux trois enveloppes de marge de gestion, de redéploiement et de transfert, c'est 43 % de la part consommée sur le total visant l'institution, et 44 % sur le total visant le milieu ordinaire.

Figure 18 : Taux de consommation par nature d'enveloppe en institution et/ou en milieu ordinaire dans le champ PA



En 2019, les ARS ont installé **1 863 places en AJ autonome, EHPAD, SPASAD et SSIAD (hors PASA et PFR) pour personnes âgées en perte d'autonomie grâce à leurs enveloppes de marge de gestion, de redéploiement et de transfert pour un montant consommé de 22,7 M€** (soit 43,21 % du montant total consommé).

En 2019, 17,30 M€ ont été consommés en visant l'institution grâce à ces trois enveloppes pour la création de 1 534 places au sein des EHPAD, divisées ainsi :

- > 5 % ont été consommés pour la création de 77 places en AJ ;
- > 84 % ont été consommés pour installer 1 310 places en hébergement permanent ;
- > 4 % ont été consommés pour l'installation de 63 places en HT ;
- > 4 % ont été consommés pour mettre en place 58 places en PASA ;
- > et 3 % ont été consommés afin d'installer 26 places en UHR.

Pour le milieu ordinaire, en 2019, par les enveloppes de marge de gestion, de redéploiement et de transfert, les ARS ont consommé pour un montant de 5,4 M€, dont 74 % via des crédits de transfert (4,02 M€) :

- > 2 % ont été consommés pour la création de 8 places en AJ autonome ;
- > 7 % ont été consommés pour mettre en place des ESA (soit 397 662 €) ;
- > 21 % ont été consommés pour installer des PFR (soit 1,12 M€) ;
- > 70 % ont été consommés pour des SSIAD pour un total de crédits 3,78 M€.

La mobilisation par les ARS de ces enveloppes est disparate et témoigne de stratégies de pilotage diversifiées dans les régions.

-	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
Marge de gestion	2 %	11 %	6 %	38 %
Redéploiement	1 %	28 %	25 %	85 %
Transfert	3 %	22 %	15 %	60 %
Autres enveloppes	4 %	62 %	64 %	100 %

De 2020 à 2024, les prévisions d'installation de places et de consommation des crédits, toutes enveloppes confondues, dans le champ des personnes âgées s'élèvent à **175,7 M€ pour la création de 13 782 places (hors PASA et PFR)** en ESMS médico-sociaux, dont 84,56 M€ au titre des plans PSGA, plan national Alzheimer (PNA) et PMND.

Globalement, le taux d'engagement à l'horizon 2024 sera de près de 99,92 % pour ces trois derniers plans. On constate néanmoins une surprogrammation en montant sur le PNA qui devra être rectifiée dans l'application SEPPIA. Ce taux d'engagement global, toutes enveloppes confondues, est également important dans le champ PA, il est le résultat de ressources issues de nombreuses opérations au sein des régions afin de transformer l'offre sur le territoire et l'ambition des ARS pour répondre aux besoins d'une population âgée de plus en plus nombreuse.

Au total, les ARS prévoient d'avoir consommé 1,14 Mrd€ pour le financement de 96 423 places (hors PASA et PFR) au titre des plans nationaux.

Les installations programmées sur l'année 2021 représentent 39 % des crédits restant à consommer.

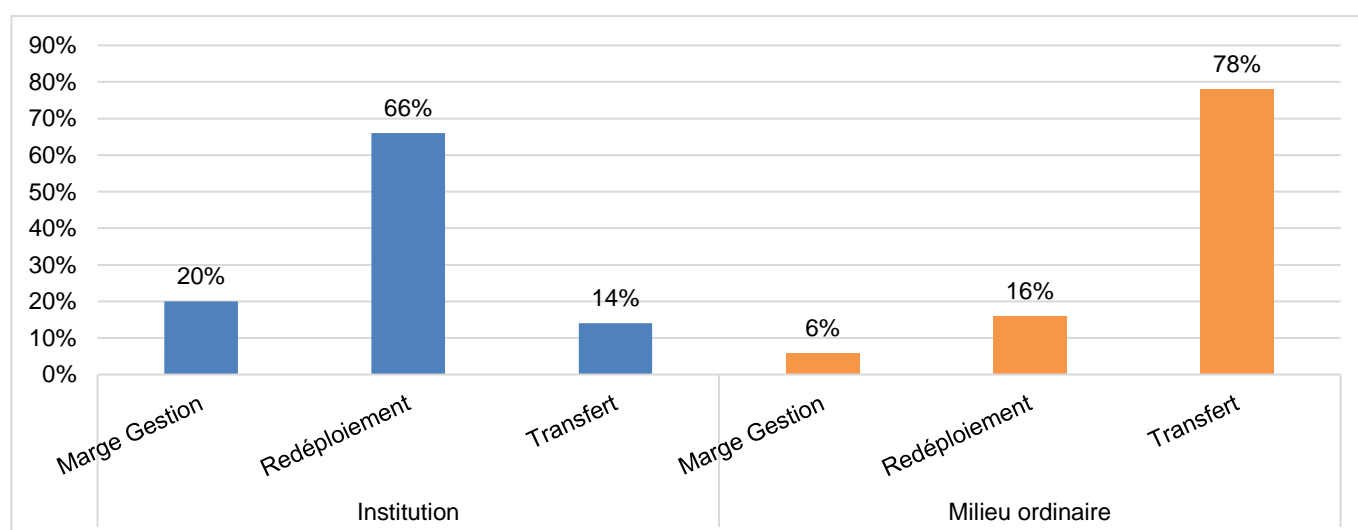
D'ici à 2024, les ARS prévoient majoritairement de développer l'offre en hébergement. Celle-ci représente 98 % de l'offre prévisionnelle de places à installer pour la seule année 2024. Entre 2020 et 2024, 65,24 M€ sont programmés pour la création de 5 548 places en établissement.

Les créations programmées de places en SSIAD et les SPASAD, pour accompagner le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, mobilisent 31,34 M€, soit 18 % du montant total programmé.

46 % des crédits programmés sur la totalité du montant prévisionnel correspondent à des crédits dits de marge de gestion, de redéploiement et de transfert, mobilisés au service du financement de 6 912 places entre 2020 et 2024.

La programmation des ARS d'ici à 2024 à partir de leurs marges de gestion, de redéploiement et de transfert est la suivante :

Figure 19 : Taux de programmation *via* des enveloppes de marge de gestion, de redéploiement et de transfert en institution et en milieu ordinaire dans le champ des personnes âgées



Sur les cinq prochaines années, les ARS doivent réaliser un effort important pour couvrir les besoins en offre d'établissements et de services pour personnes âgées. Les ARS utiliseront majoritairement des crédits de redéploiement tous les ans afin de créer des places.

4 Soutien à la qualité des accompagnements

À côté du développement quantitatif de l'offre d'accompagnement médico-social, les ARS mobilisent également les crédits de mesures nouvelles en soutien à l'évolution qualitative de l'offre. Ce chapitre rend compte de dynamiques visant à faire évoluer l'organisation des établissements et des services médico-sociaux en soutien à la qualité des prises en charge et à la qualité de vie au travail des professionnels.

Le déploiement des infirmiers de nuit : un exemple d'adaptation du secteur aux besoins des personnes en EHPAD

Des enveloppes déléguées aux agences régionales de santé pour le déploiement des IDE de nuit en EHPAD ont été déléguées en 2019. Leur consommation a été inégale (cf. infra) dès lors que plusieurs ARS ont préféré, dans un premier temps, mobiliser des crédits de manière non reconductible, dans un objectif d'expérimentation avant évaluation et éventuelle pérennisation.

ARS	IDE de nuit	
	Montant disponible	Taux de consommation
Auvergne-Rhône-Alpes	1 291 618	95,9 %
Bourgogne-Franche-Comté	1 102 522	22,9 %
Bretagne	1 340 953	39,4 %
Centre-Val de Loire	989 262	29,4 %
Corse	65 586	0,0 %
Grand Est	875 161	80,0 %
Hauts-de-France	1 301 703	62,2 %
Île-de-France	1 061 238	59,3 %
Normandie	876 468	16,0 %
Nouvelle-Aquitaine	2 309 834	0,0 %
Occitanie	1 956 823	16,2 %
Pays de la Loire	1 307 005	0,8 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 312 103	21,3 %
Guadeloupe	43 526	0,0 %
Martinique	55 106	100,0 %
Guyane	3 439	100,0 %
Océan Indien	54 856	44,0 %
Mayotte	0	0,0 %
France entière	15 947 203	33,1 %

Source : HAPI 2019 en date du 27/01/2020

➤ Appels à projets, appels à candidatures et appels à manifestation d'intérêt (AAP/AAC/AMI) visant à soutenir la généralisation des IDE de nuit

Dans le cadre des orientations de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et sous l'impulsion de la feuille de route « grand âge et autonomie » du 30/05/2018 dont l'un des axes prévoit la généralisation de l'astreinte de personnels infirmiers de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD d'un même territoire, la plupart des agences régionales de santé (13 au total) ont émis en 2019 un appel à candidatures visant à poursuivre (dans la majorité des régions) ou à déployer le dispositif.

Les objectifs sont à la fois de garantir la qualité et la sécurité des soins au sein des EHPAD et d'éviter les hospitalisations évitables (par exemple après un passage aux urgences) tout en améliorant la pertinence des hospitalisations non programmées la nuit. Il s'agit également de faciliter le retour en institution lors d'hospitalisations indispensables. Ainsi, s'il est vrai que la plupart des AAC ciblent des EHPAD, certaines ARS entendent intégrer d'autres établissements ou services dans cette mutualisation, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) en Bourgogne-Franche-Comté et en Normandie ou encore les établissements de santé, les services de soins infirmiers (SSIAD), voire les infirmiers exerçant une activité libérale (en groupement) dans la région Grand Est.

L'AAC émis par l'ARS Normandie afin de financer une nouvelle expérimentation en 2019 (suite à la première menée en 2018) porte sur une permanence infirmière de nuit mutualisée entre des EHPAD et des établissements médico-sociaux accompagnant les personnes en situation de handicap, en particulier des MAS et des foyers d'accueil médicalisés (FAM).

Si un EHPAD doit être désigné comme porteur (notamment destinataire du financement), des MAS et FAM peuvent être associés au projet en veillant à la mise en œuvre d'une sensibilisation des infirmiers diplômés d'état (IDE) à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Les objectifs poursuivis sont bien de répondre aux besoins des établissements confrontés à des situations d'urgence médicale et d'assurer la continuité de prise en charge nécessitant une intervention infirmière la nuit.

Le soutien à la qualité de vie au travail dans les établissements et services médico-sociaux : une stratégie nationale récente qui poursuit sa mise en œuvre en régions

La qualité de vie au travail (QVT) fait l'objet d'une stratégie nationale publiée en 2018 visant à mettre en place des actions qui favoriseront le renforcement des démarches de QVT dans tous les établissements.

Cette stratégie s'articule autour de quatre axes prenant acte de la nécessité de démarche de QVT partant du terrain :

- mettre en place et consolider un pilotage national et une animation territoriale ;
- accompagner les établissements dans la mise en place de démarche de QVT ;
- contribuer à la montée en compétence des équipes ;
- évaluer et suivre la mise en œuvre de la stratégie.

Le tableau ci-dessous rend compte de la mobilisation importante de crédits sur ces sujets par les ARS, qui ont consommé plus du double de l'enveloppe de 13 M€ qui leur était déléguée dans les dotations régionales limitatives.

CNR Qualité de vie au travail	PA	PH
Auvergne-Rhône-Alpes	2 708 874	1 104 744
Bourgogne-Franche-Comté	5 565 424	451 928
Bretagne	703 642	0
Centre-Val de Loire	446 508	178 800
Corse	0	0
Grand Est	1 470 455	247 533
Hauts-de-France	2 192 799	1 251 965
Île-de-France	0	34 950
Normandie	756 682	226 180
Nouvelle-Aquitaine	3 956 083	1 185 221
Occitanie	4 288 919	378 098
Pays de la Loire	2 933 564	619 850
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5 358 600	261 110
Guadeloupe	22 632	111 406
Martinique	30 718	117 959
Guyane	12 366	25 000
Océan Indien	0	0
Total général	30 447 266	6 194 744

Source HAPI 2019.

Illustration régionale : Fiche projet – Formation et qualité de vie au travail

Cluster QVT Bretagne

Région : Bretagne

Porteur du projet : ESMS en partenariat avec l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT)

Public cible : professionnels des ESMS

Année de lancement : 2019

Expérimentation : ☐ Oui ☐ Non

Contexte

PRST 2016-2020 : Mise en place d'un groupe de travail spécifique au champ sanitaire et médico-social dédié à l'accompagnement des établissements sur les enjeux liés à la santé au travail et à la prévention des risques professionnels.

2018 : l'ARS Bretagne lance un 1er appel à candidatures (AAC) à destination des EHPAD pour la mise en place des « Clusters QVT ». 7 établissements ont ainsi été accompagnés.

2019 : l'ARS Bretagne lance un 2e AAC en direction des ESMS (en l'ouvrant ainsi aux structures accompagnant des personnes en situation de handicap) pour le déploiement de « formation-action QVT ». 14 nouveaux établissements sont ainsi impliqués dans la démarche, soit 21 ESMS depuis 2018. Ils sont rassemblés en 3 regroupements/clusters, lancés par différentes vagues.

Objectifs du projet

Fondements

- Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail du ministère de la Santé de décembre 2016.
- PRST 2016-2020.
- Instruction de la DGCS du 17 juillet 2018 relative à la mise en œuvre d'une stratégie de promotion de la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux.

Objectifs

Accompagner les ESMS en leur permettant d'acquérir des méthodes et des outils pour expérimenter une démarche d'action en faveur de la qualité de vie au travail.

Partenaires impliqués

L'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) est le partenaire de l'ARS pour le déploiement du projet.

Le comité de pilotage (COPIL) régional a été créé au démarrage du premier cluster QVT Établissements de santé en 2016 et s'est réuni plusieurs fois pour le suivi des clusters médico-sociaux. Animé par l'ARACT et l'ARS, il comprend plusieurs partenaires régionaux : DIRECCTE, CARSAT, UNIFAF, Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), Coordination pour l'amélioration des pratiques professionnelles en Bretagne (CAPPS) Bretagne, Fonds national de prévention (FNP).

De plus, le travail partenarial est composé de deux instances :

- un groupe technique régional : ARS, ARACT, DIRECCTE, CARSAT, ANFH ;
- un comité de suivi : membres du groupe de travail relatif au secteur sanitaire dans le cadre du PRST avec une composition paritaire.

Fonctionnement du projet

Le déploiement de clusters QVT en Bretagne permet d'accompagner les établissements en vue de la production d'un état des lieux, de la priorisation des problématiques à prendre en compte, de la construction et de la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Cela se traduit par l'organisation d'espaces de discussions sur le travail. Ils sont fondés sur l'organisation d'un dialogue à plusieurs niveaux au sein de l'établissement avec la mise en place de COPIL QVT et d'un groupe de travail. Des échanges interétablissements ont été effectués afin de partager des expériences et des méthodes pour améliorer la QVT.

Résultats du projet

Points positifs	Points d'amélioration
<ul style="list-style-type: none">- Forte implication des acteurs.- Touche à la fois la QVT et la qualité des soins.- Renforcement du dialogue social et des modes de coopération avec les équipes.	<ul style="list-style-type: none">- Renforcer l'utilité du COPIL QVT dans chaque établissement (notamment les plus petits et les plus autonomes).- Favoriser la promotion et la communication de ce type d'actions sur les établissements non participants aux actions collectives.

Perspectives

Lancement en 2019 d'un AAC pour la mise en place de contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, destiné à poursuivre l'accompagnement des EHPAD sur le déploiement de la démarche QVT.

Réflexions sur les dispositifs de soutien de l'ARS en matière de conditions de travail et de qualité de vie au travail.

Illustration régionale : Fiche projet – Formation et qualité de vie au travail

Prix « EHPAD DE DEMAIN » – Bourgogne–Franche-Comté

Porteur du projet : ARS Bourgogne–Franche-Comté

Public cible : EHPAD

Région : Bourgogne–Franche-Comté

Date de lancement : 7 octobre 2019 (par AAC)

Expérimentation : ☐ Oui ☐ Non – si Oui, durée de l'expérimentation :

Contexte

Travaux de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) sur l'EHPAD de demain (qui relève d'une démarche plus large que le prix proposé par l'ARS Bourgogne–Franche-Comté).

Le prix « EHPAD de demain » de l'ARS Bourgogne–Franche-Comté a pour but d'identifier des actions ponctuelles, afin de challenger les EHPAD pour :

- les faire sortir de l'ordinaire par des initiatives citoyennes, durables ou attractives pour le personnel ;
- communiquer sur la vie dans ces structures, les faire s'ouvrir davantage sur l'extérieur ;
- développer les « essaimages » de bonnes pratiques entre EHPAD et donc favoriser des échanges interétablissements.

L'ARS Bourgogne–Franche-Comté attribue déjà annuellement un prix « Qualité » dans le secteur ESMS, le prix « EHPAD de demain » est une démarche complémentaire.

Objectifs du projet

Fondements	Objectif
<i>Plans nationaux, régionaux...</i> <ul style="list-style-type: none">- Rapport Libault- PRS ARS Bourgogne–Franche-Comté 2018-2028	Promouvoir l'engagement de structures dans la mise en œuvre de démarches innovantes et structurantes en lien avec la modernisation des EHPAD

Partenaires impliqués

Des partenaires sont membres du jury qui décerne le prix, notamment la directrice du Pôle de gérontologie et d'innovation (réseau d'acteurs qui vise à améliorer la qualité de vie des personnes âgées à domicile, en institution ou en milieu hospitalier).

Fonctionnement du projet

Les démarches proposées doivent traduire l'implication effective des établissements dans une démarche structurelle d'amélioration de la qualité des soins, des pratiques professionnelles et des organisations de travail, et ayant associé les résidents et/ou les seniors du territoire d'implantation de l'EHPAD.

Le prix « EHPAD de demain » valorise l'efficacité d'une action déjà mise en œuvre et effective au sein de l'EHPAD selon trois thématiques prioritaires identifiées :

- valorisation des métiers du grand âge ;
- développement durable ;
- innovation et citoyenneté de la personne âgée vivant en établissement.

Le montant du prix « EHPAD de demain » est fixé à 5 000 € (un par thématique, financé en CNR) et le lauréat s'engage à mobiliser ces fonds pour diffuser son action auprès de trois EHPAD de la région, en veillant à impliquer les professionnels et usagers des établissements concernés.

Résultats du projet

Points positifs	Points d'amélioration
<ul style="list-style-type: none">- 3 projets innovants ont été identifiés- Premier niveau d'une réflexion de fond sur la citoyenneté, le développement durable et l'attractivité des métiers du grand âge	<ul style="list-style-type: none">- La communication sur le prix pour attirer plus de candidats- Mobiliser les usagers et leurs représentants dans le jury

Premier bilan et perspectives

Les trois lauréats du prix ont été désignés en juin 2020 :

- Thématique : Valorisation et attractivité des métiers du grand âge
EHPAD départemental du Creusot (71) – Mise en place d'un pôle de rééducation et d'activité physique adaptée
« Mise en place d'actions visant à développer la qualité de l'accompagnement des résidents autour de la rééducation (et de la prévention des chutes) et à développer la politique de prévention des TMS à destination des professionnels. »
- Thématique : Citoyenneté de la personne âgée vivant en établissement
EHPAD Mémoires de Bourgogne (89) – « Vivre comme chez soi »
« Les objectifs de cette action sont d'ouvrir l'EHPAD sur l'extérieur en proposant aux résidents une vie citoyenne, dans un cadre de vie sociale comme à leur domicile antérieur. Ainsi, sont mis en place des ateliers (littérature, création d'un livre, atelier zoothérapie, atelier informatique, atelier épistolaire, groupe de réflexion éthique...) avec une volonté de maintien de liens intergénérationnels (collégiens, enseignants, médiateurs animaliers...). »
- Thématique : Développement durable
EHPAD GH70 (70) – « Mieux manger, moins jeter : stop au gaspillage, oui au plaisir des papilles »
« L'objectif de l'action est de lutter contre le gaspillage alimentaire (ajustement des menus en créant des grammages "anti gaspi"), de favoriser la production maison, de diminuer la production des déchets et de permettre leur revalorisation (compostage). »

En raison de la crise sanitaire, la communication en région autour du prix « EHPAD de demain » n'a pas pu être mise en œuvre en 2020, mais les prix ont pu être décernés aux EHPAD sélectionnés.

L'objectif de l'ARS Bourgogne–Franche-Comté est de renouveler la démarche en montant en puissance. Ainsi, de nouveaux critères seront intégrés, comme la valorisation de projets coconstruits ou encore la viabilité des projets et leur évaluation.

5 Le développement d'accompagnements en milieu ordinaire

L'essentiel en chiffres

Les plans et stratégies nationaux qui poursuivent ou amorcent leur mise en œuvre en 2019, en particulier dans le champ des personnes handicapées, visent à amplifier un virage inclusif observable dans les objectifs fixés par la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale, mais aussi dans la stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND. Au-delà de ces plans, comme évoqué dans le chapitre 3 du présent rapport, les ARS mobilisent des leviers financiers qui leur sont propres pour amplifier ce mouvement.

Aussi est-il important de rendre compte de cette dynamique en l'observant sous divers angles : les dispositifs nouveaux déployés (PCPE par exemple), le renforcement de dispositifs hors champ de l'OGD mais soutenus par la CNSA et identifiés comme contribuant pleinement à la vie en milieu ordinaire des personnes (habitat inclusif, emploi accompagné...), ou encore en suivant les indicateurs de transformation de l'offre que renseignent les ARS sur une base annuelle : scolarisation des enfants en situation de handicap, nombre de jeunes adultes en situation de handicap continuant d'être accompagnés par des établissements du champ de l'enfance sur la base de « l'amendement Creton », part des services dans l'offre.

Le bilan 2019 ne pourra pas rendre compte des créations de Groupes d'entraide mutuelle (GEM) pour lesquelles des crédits ont été délégués par la CNSA dans le FIR, complétés par des crédits propres des ARS. En effet la remontée de données a été effectuée avec retard et ne permet pas de disposer de données fiables et consolidées à ce stade. Le bilan d'activité des GEM pour 2019 sera cependant disponible ultérieurement.

Taux d'équipement en services 2019 : un indicateur du soutien au domicile et de l'accès au milieu ordinaire

Taux d'équipement en services (installés)	PA SSSIAD	PH Adulte Offre AM (SSIAD-SPASAD/SAMSAH)	PH Adulte Offre AM + CD (SAVS)
Auvergne-Rhône-Alpes	17,47	0,43	1,83
Bourgogne-Franche-Comté	21,77	0,71	3,11
Bretagne	19,41	0,51	2,94
Centre-Val de Loire	20,49	0,56	1,97
Corse	14,52	1,08	1,15
Grand Est	19,10	0,53	1,65
Hauts-de-France	28,53	0,56	1,68
Île-de-France	21,48	0,34	0,94
Normandie	20,10	0,47	2,09
Nouvelle-Aquitaine	20,77	0,55	2,18
Occitanie	19,43	0,38	1,91
Pays de la Loire	18,82	0,48	1,81
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17,62	0,49	1,41
Guadeloupe	21,60	0,71	7,24
Martinique	12,60	0,43	0,43
Guyane	20,63	0,90	1,19
La Réunion	12,59	0,41	1,22
Mayotte	16,33	0,00	0,00
France entière	20,20	0,47	1,76

Source : traitement CNSA sur données DREES (FINESS).

Les taux d'équipement régionaux sont respectivement calculés en rapportant, d'une part, pour les SSIAD PA le nombre de places installées à la population âgée de 75 ans et plus (selon l'estimation INSEE au 15 janvier 2019), multiplié par 1 000 et, d'autre part, s'agissant des places de services à destination des personnes handicapées, à la population par tranche d'âge (0-19 ans pour les enfants et 20-59 ans pour les adultes).

Cet indicateur vise à mesurer la diversification des accompagnements, en repérant la part des places financées par l'assurance maladie dédiées à l'accompagnement et aux soins des personnes âgées par des services exerçant au domicile. Dans le champ du handicap, il mesure la part des places financées par l'assurance maladie et le conseil départemental dédiées à l'accompagnement des personnes handicapées par des services exerçant au domicile ou, plus largement, en milieu ouvert, y compris en matière d'intégration scolaire ou d'insertion professionnelle.

Le taux d'équipement moyen en SSIAD s'établit à 20,2 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans dans le champ des personnes âgées pour l'ensemble du territoire national. Environ 40 % des régions affichent une offre d'équipement en services supérieure. La valeur maximale s'observe en région Hauts-de-France.

Le taux d'équipement moyen en services pour adulte émanant du périmètre assurance maladie s'établit à 0,47 place pour 1 000 adultes pour l'ensemble du territoire national. Un peu plus de 60 % des régions présentent un taux supérieur à cette moyenne.

Le taux d'équipement en services pour adulte handicapé progresse significativement en intégrant l'offre en services pour adultes financée par les départements : il s'établit alors à 1,76 place pour 1 000 adultes.

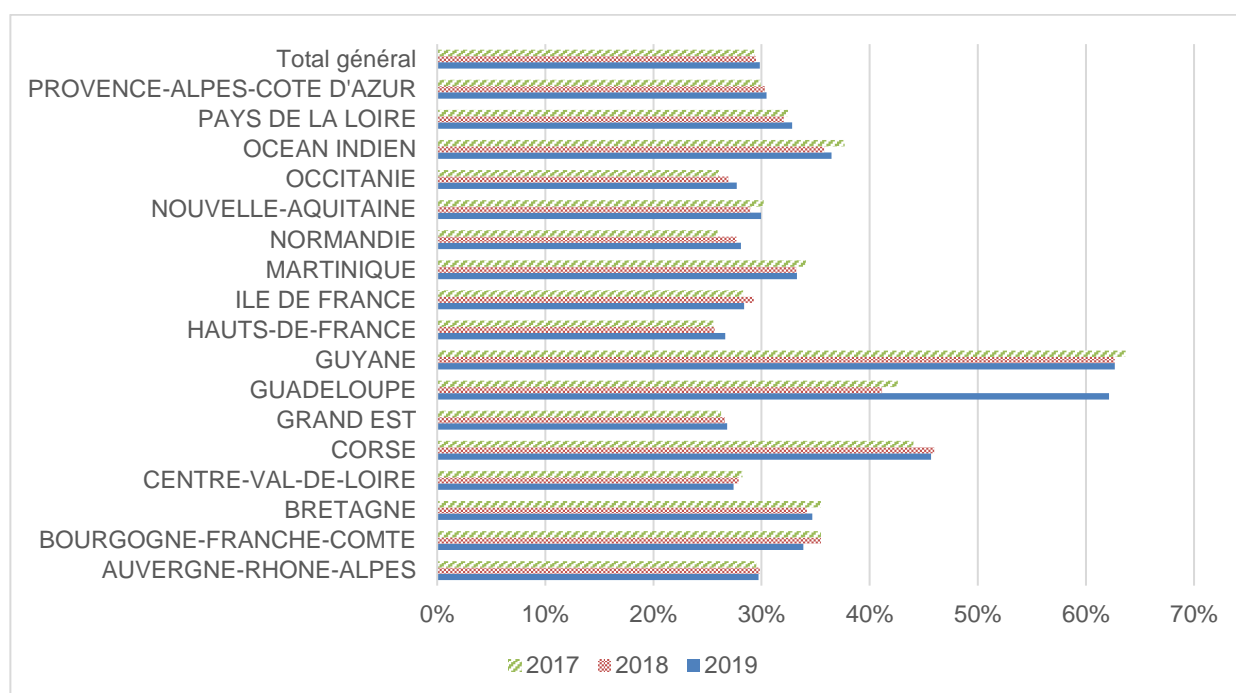
Il reste que le taux d'équipement en services est beaucoup plus élevé dans le champ des personnes âgées que dans le champ des personnes handicapées, ce qui reflète une politique volontariste sur le maintien à domicile pour les personnes âgées.

Part des services dans l'offre à destination des personnes en situation de handicap : une évolution attendue mais peu visible

La part dans l'offre médico-sociale de services proposant un accompagnement un milieu ordinaire fait partie des indicateurs de transformation de l'offre portés par les CPOM, aussi bien État-ARS que dans les CPOM territoriaux qui comportent ainsi des objectifs d'accompagnement en milieu ordinaire.

Au niveau national, la progression de la part de services dans l'offre médico-sociale, qui devrait marquer le mouvement de réorientation des accompagnements vers le milieu ordinaire, est encore peu visible dans les données disponibles. D'après FINESS, la part de services dans l'offre médico-sociale demeure ainsi depuis 2017 de l'ordre de 26 % (pour l'ensemble des ESMS, compétence ARS et CD). Elle atteint 30 % si l'on s'intéresse exclusivement aux ESMS à compétence ARS, mais sans progression marquée de l'indicateur.

Figure 20 : Évolution de la part de services dans l'offre, tous publics, compétence ARS et CD



La part de services est calculée en ramenant le nombre de places de services au nombre total de places en ESMS (public adulte et enfant, compétence ARS et CD, ESAT non pris en compte dans le calcul).

Focus sur l'offre financée par l'assurance maladie (compétence ARS)

-	Évolution 2018-2019 du nombre de places de services (hors ESAT)	Évolution 2018-2019 du nombre de places en établissement	Part de services dans l'offre financée par l'AM (hors ESAT)
Auvergne-Rhône-Alpes	-348,00	116,00	29 %
Bourgogne-Franche-Comté	-275,00	437,00	32 %
Bretagne	-149,00	195,00	28 %
Centre-Val de Loire	-282,00	-55,00	26 %
Corse	-3,00	4,00	50 %
Grand Est	-112,00	149,00	26 %
Guadeloupe	0,00	-25,00	45 %
Guyane	0,00	0,00	64 %
Hauts-de-France	116,00	65,00	27 %
Île-de-France	-332,00	969,00	27 %
Martinique	0,00	-2,00	35 %
Normandie	-39,00	49,00	27 %
Nouvelle-Aquitaine	213,00	-143,00	27 %
Occitanie	33,00	127,00	25 %
Océan Indien	180,00	82,00	37 %
Pays de la Loire	43,00	117,00	35 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-156,00	14,00	30 %
Total	-1111	2099,00	28 %

Pour les places de services, on constate dans la plupart des régions une évolution négative, soit une diminution du nombre de places en services.

La stabilité apparente de l'indicateur contraste avec les objectifs de transformation de l'offre relayés par l'ensemble des ARS, et notamment déclinés dans les CPOM qu'elles concluent avec les ESMS.

Ce décalage pourrait tenir à une désynchronisation entre l'évolution effective de l'offre d'accompagnement, marquée notamment par la capacité à accompagner les personnes « hors les murs », et la capacité à mesurer de façon homogène cette offre plus individualisée et modulaire. Un suivi plus fin de ces évolutions, au-delà du suivi des « places », apparaît nécessaire ; il renvoie aux évolutions des SI, en particulier de FINESS, et à la mesure de l'activité.

La montée en charge prononcée des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) : une consommation des crédits en hausse de 36 % depuis fin 2018

L'état des lieux fin 2018

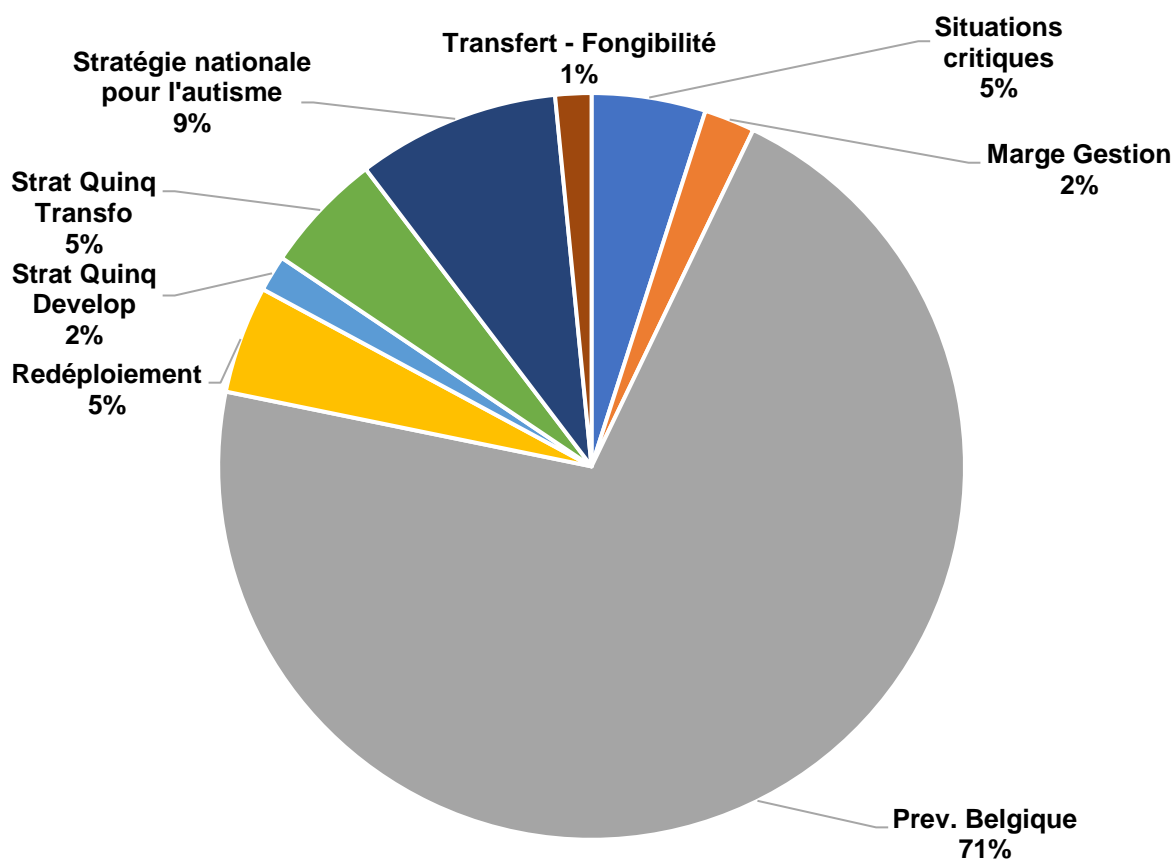
Au 31 décembre 2018, toutes enveloppes confondues, 20,4 M€ au niveau national ont été engagés pour la création de PCPE. 19,5 M€ ont été consommés, représentant un taux d'installation de 95 %.

L'autorisation de PCPE et l'engagement des crédits en 2019

Le système d'information SEPPIA ne permet pas à ce jour de comptabiliser le nombre de dispositifs ou la file active concernée par les PCPE.

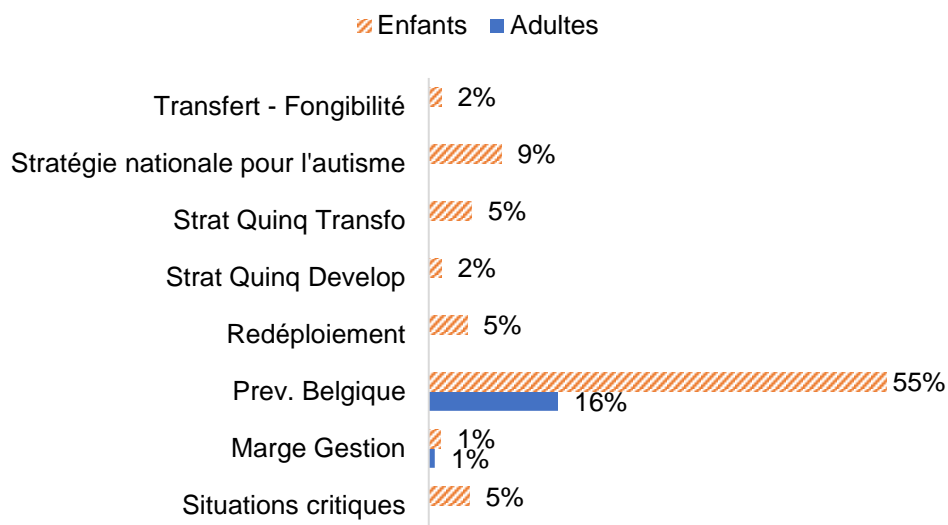
En 2019, les ARS ont mobilisé +6,84 M€ toutes enveloppes confondues, notamment les crédits relatifs à la prévention des départs en Belgique, pour autoriser le développement de l'accompagnement par des PCPE. Ces crédits représentent près de 6 % de l'ensemble des crédits engagés par les ARS en 2019.

Figure 21 : Répartition, par enveloppes, des engagements 2019 relatifs aux PCPE



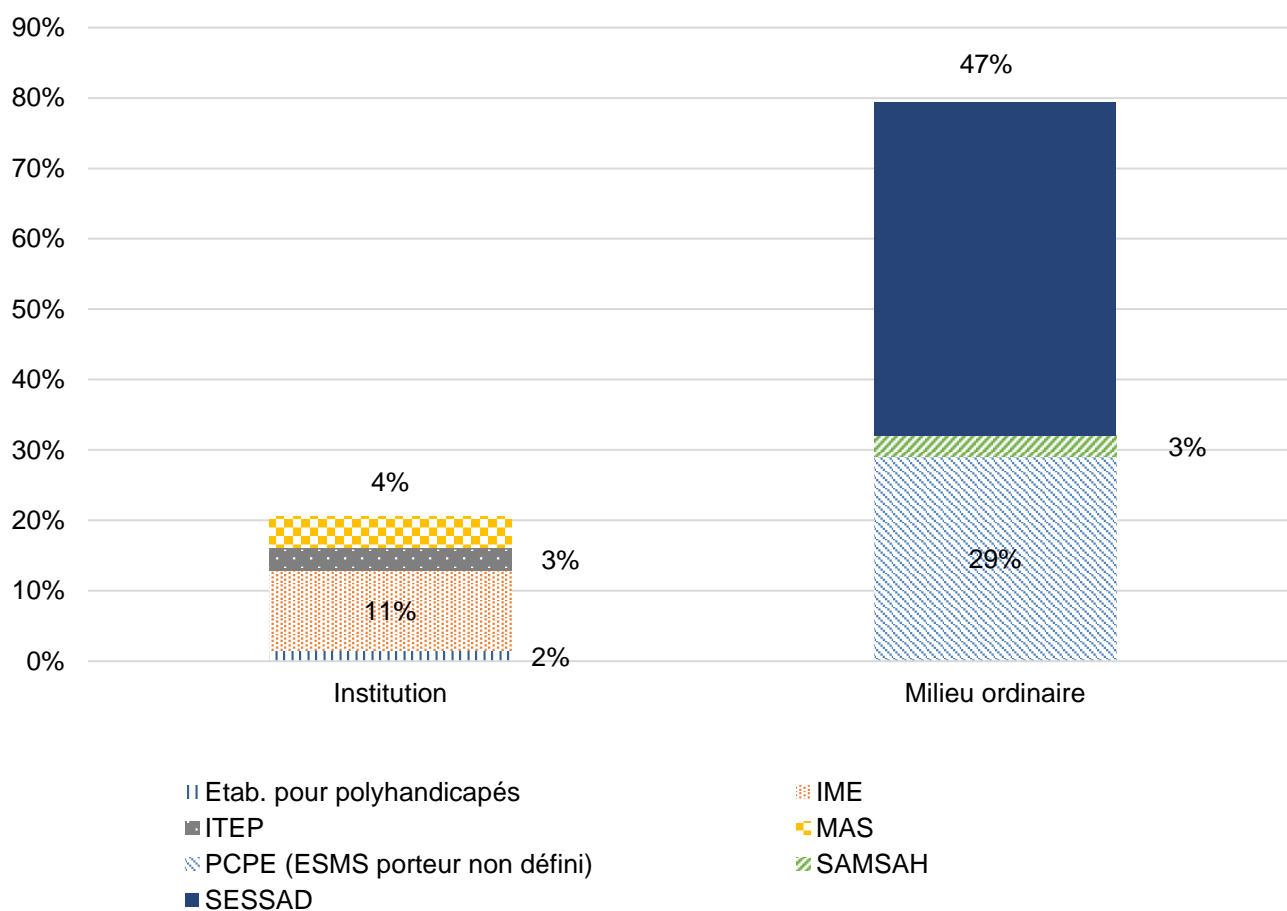
Une part prépondérante des crédits engagés (84 %) est destinée à l'accompagnement des enfants en situation de handicap (5,7 M€).

Figure 22 : Répartition enfants/adultes des engagements 2019 relatifs aux PCPE



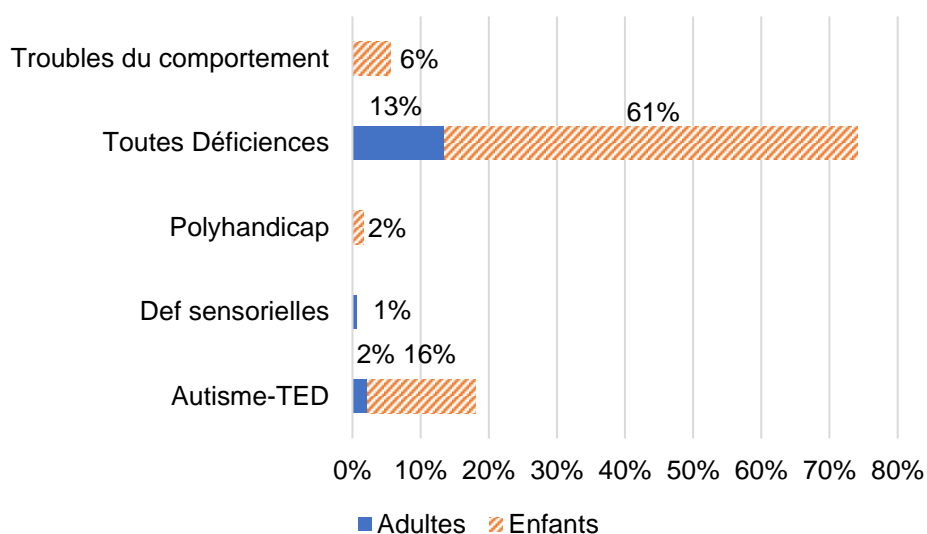
Par ailleurs, les PCPE autorisés en 2019 sont majoritairement portés par des services médico-sociaux intervenant en milieu ordinaire.

Figure 23 : Répartition, par structures, des engagements 2019 relatifs aux PCPE



Le développement d'une offre d'accompagnement par des PCPE généralistes est privilégié, en lien avec l'objectif de développer des réponses de proximité à destination de tous.

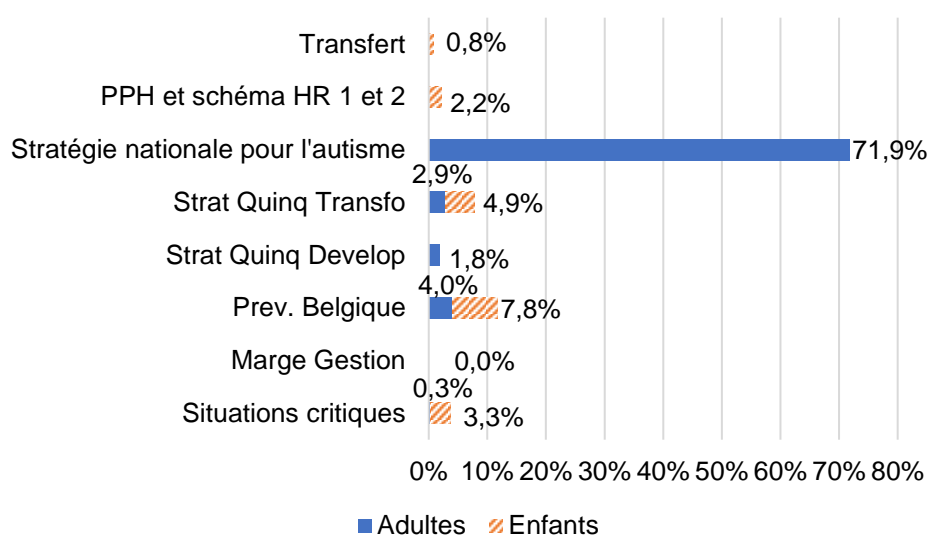
Figure 24 : Répartition, par déficiences, des engagements 2019 relatifs aux PCPE



La capacité des PCPE à accompagner des personnes quelles que soient leurs déficiences rejoint leur objectif de répondre rapidement et de manière souple aux besoins des publics quel que soit le handicap concerné, et de prévenir les ruptures de parcours. À côté de ces PCPE généralistes, la présence relative forte de l'autisme dans les publics ciblés témoigne de la pertinence de ce dispositif dans la réponse aux besoins des personnes avec autisme, notamment quand une solution institutionnelle ne peut être proposée.

À l'horizon 2024, selon les programmations des ARS, 17,9 M€ supplémentaires devraient être engagés pour poursuivre le déploiement des PCPE, soit 10 % des engagements prévisionnels toutes enveloppes confondues. Les engagements pour le public adulte représentent 81 % des engagements programmés en matière de PCPE, au moyen notamment d'une forte mobilisation des crédits issus de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement.

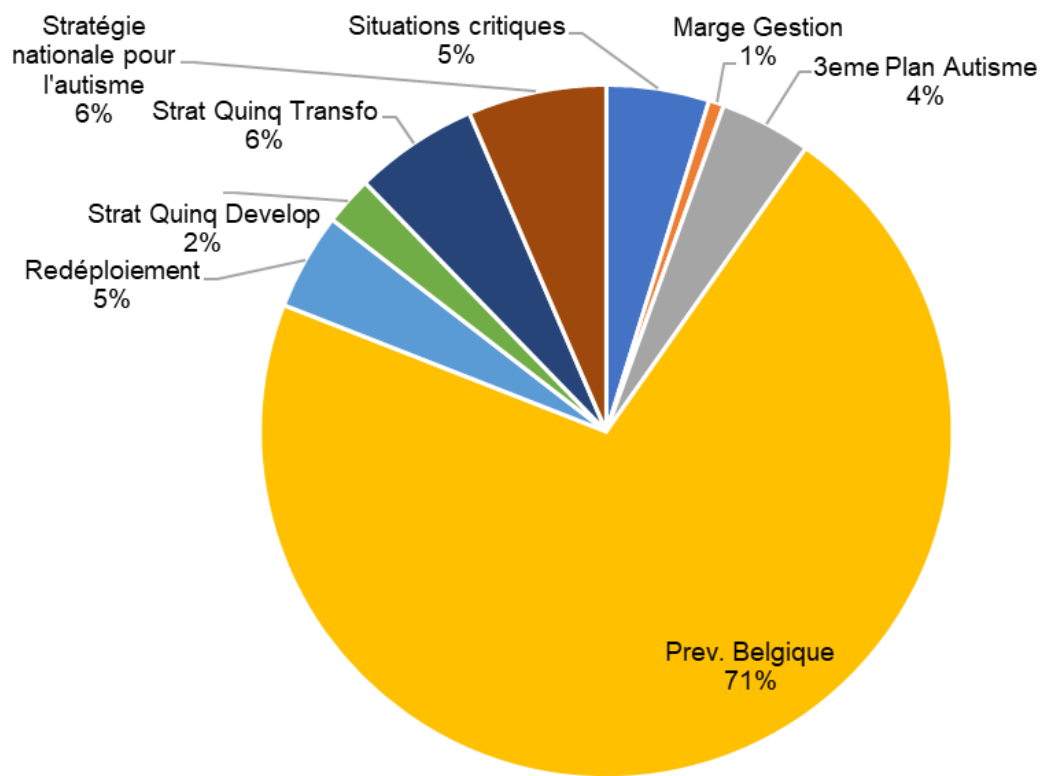
Figure 25 : Répartition, par enveloppes, des engagements programmés relatifs aux PCPE



L'installation de PCPE et la consommation des crédits

En 2019, les ARS ont consommé 7 M€ en soutien à l'installation de PCPE (6 % des crédits consommés) mobilisant fortement les crédits relatifs à la prévention des départs en Belgique.

Figure 26 : Répartition, par enveloppes, des consommations 2019 relatives aux PCPE

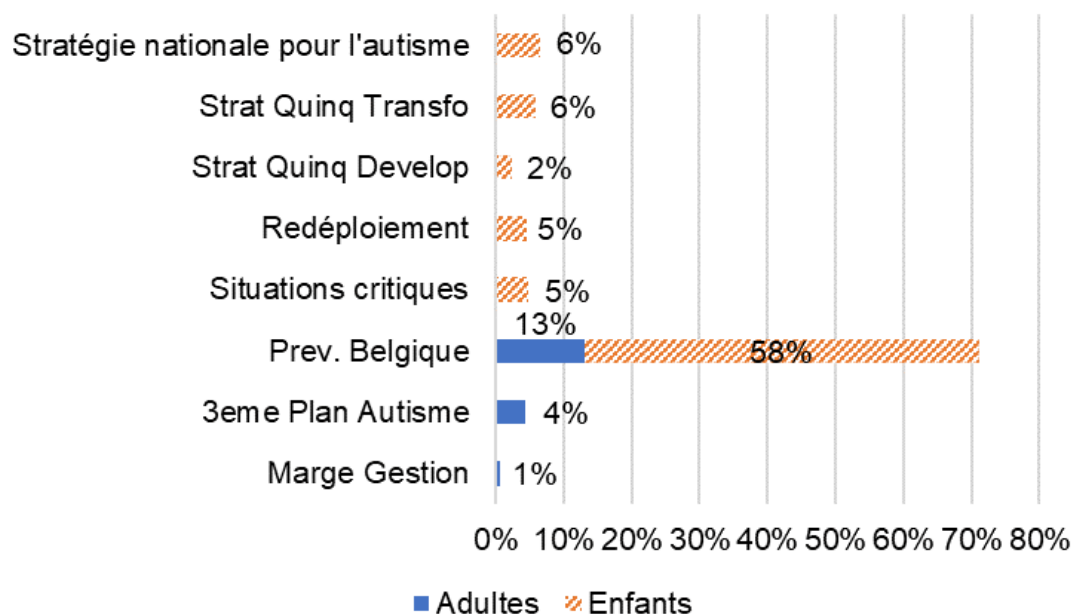


Le développement des PCPE reste hétérogène selon les régions. La part relative aux installations de PCPE en 2019 varie de moins de 1 % à près de 30 % de l'ensemble des crédits consommés par les ARS, pour s'établir en moyenne à près de 10 % :

-	ARS concernées	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
PCPE, 2019	11	0,48 %	9,77 %	7,46 %	29,35 %

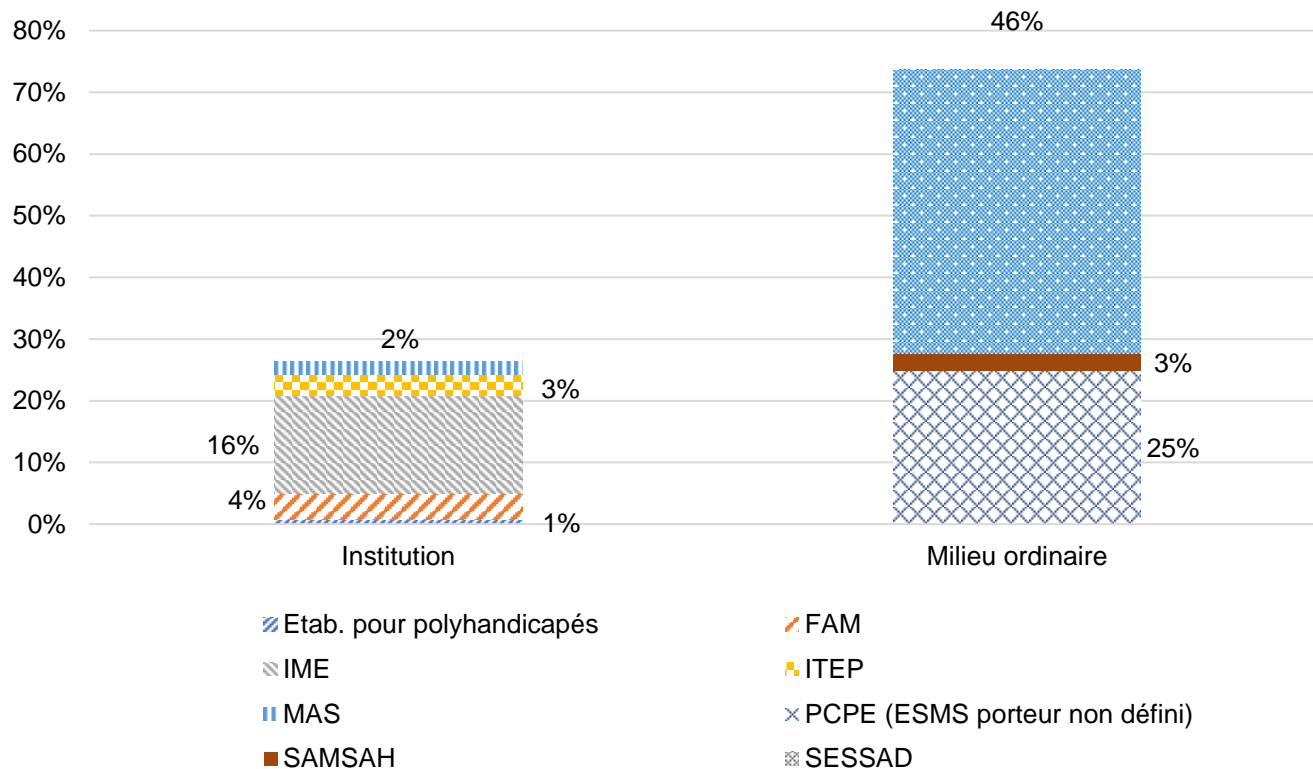
Les installations de PCPE, en 2019, concernent majoritairement le public enfant : 82 % des crédits consommés.

Figure 27 : Répartition enfants/adultes des consommations 2019 relatives aux PCPE



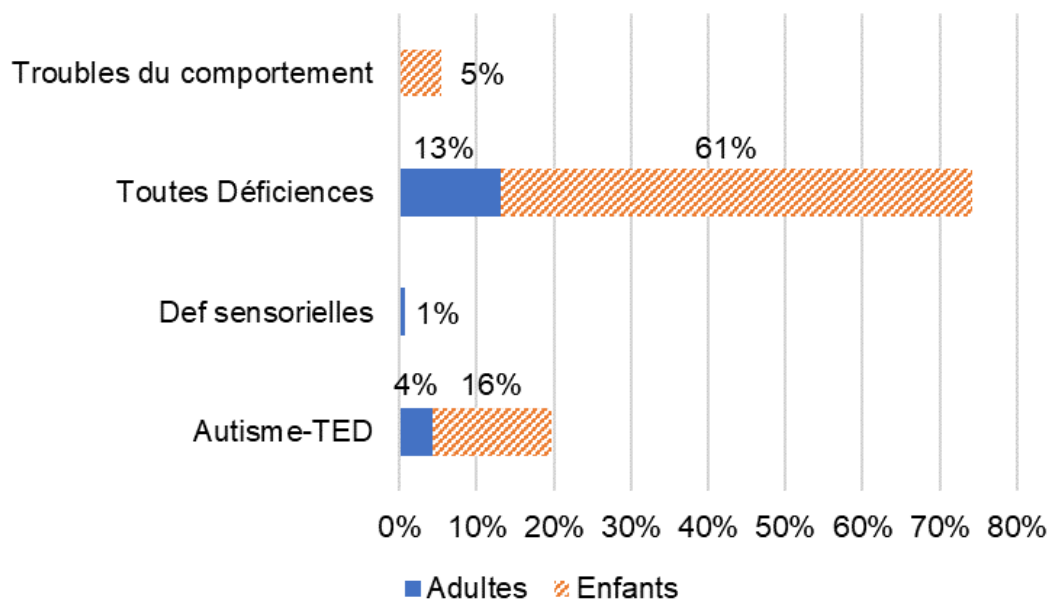
Par ailleurs, les PCPE installés en 2019 sont majoritairement portés par des services médico-sociaux intervenant en milieu ordinaire.

Figure 28 : Répartition, par structures, des consommations 2019 relatives aux PCPE



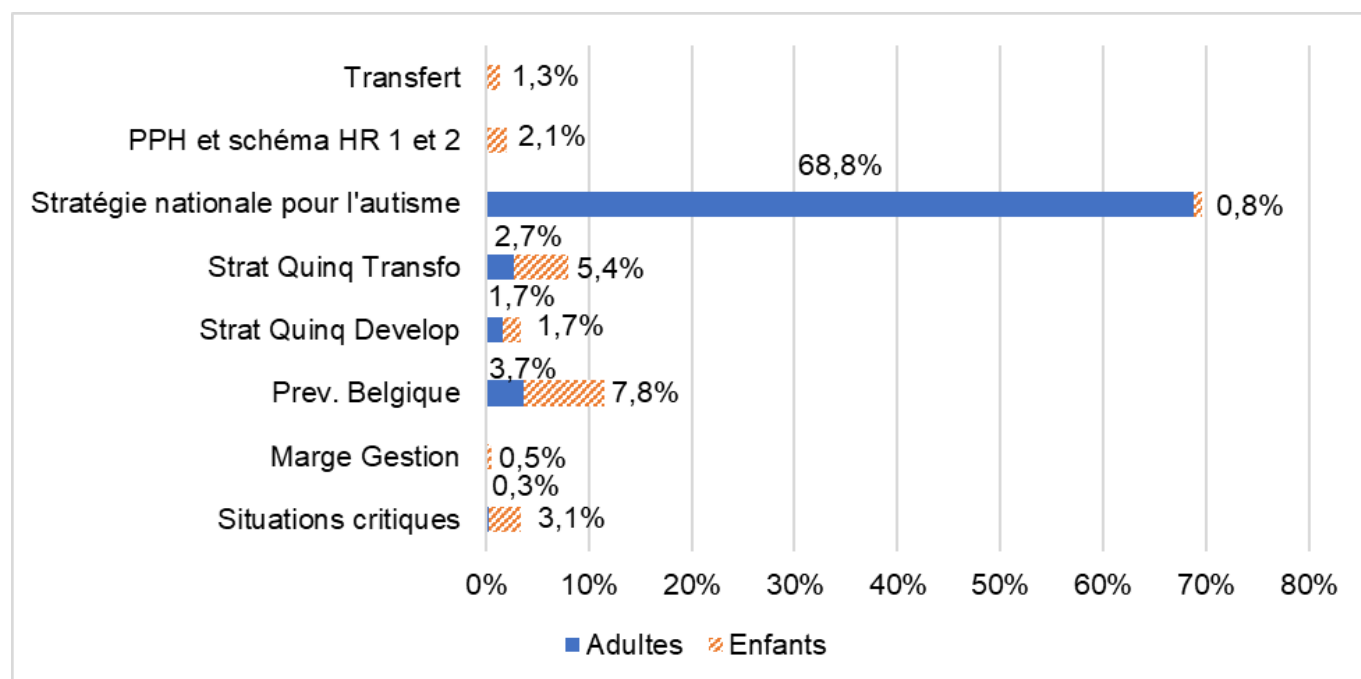
La mise en œuvre effective de PCPE peu spécialisés permet de favoriser le développement de réponses territoriales à destination de tous.

Figure 29 : Répartition, par public, des consommations 2019 relatives aux PCPE



À l'horizon 2024, 19,2 M€ supplémentaires devraient être consommés pour poursuivre le déploiement des PCPE selon les programmations des ARS, soit 6 % des consommations prévisionnelles toutes enveloppes confondues. Les installations pour le public adulte devraient représenter 77,2 % des engagements relatifs aux PCPE au moyen d'une forte mobilisation des crédits de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement.

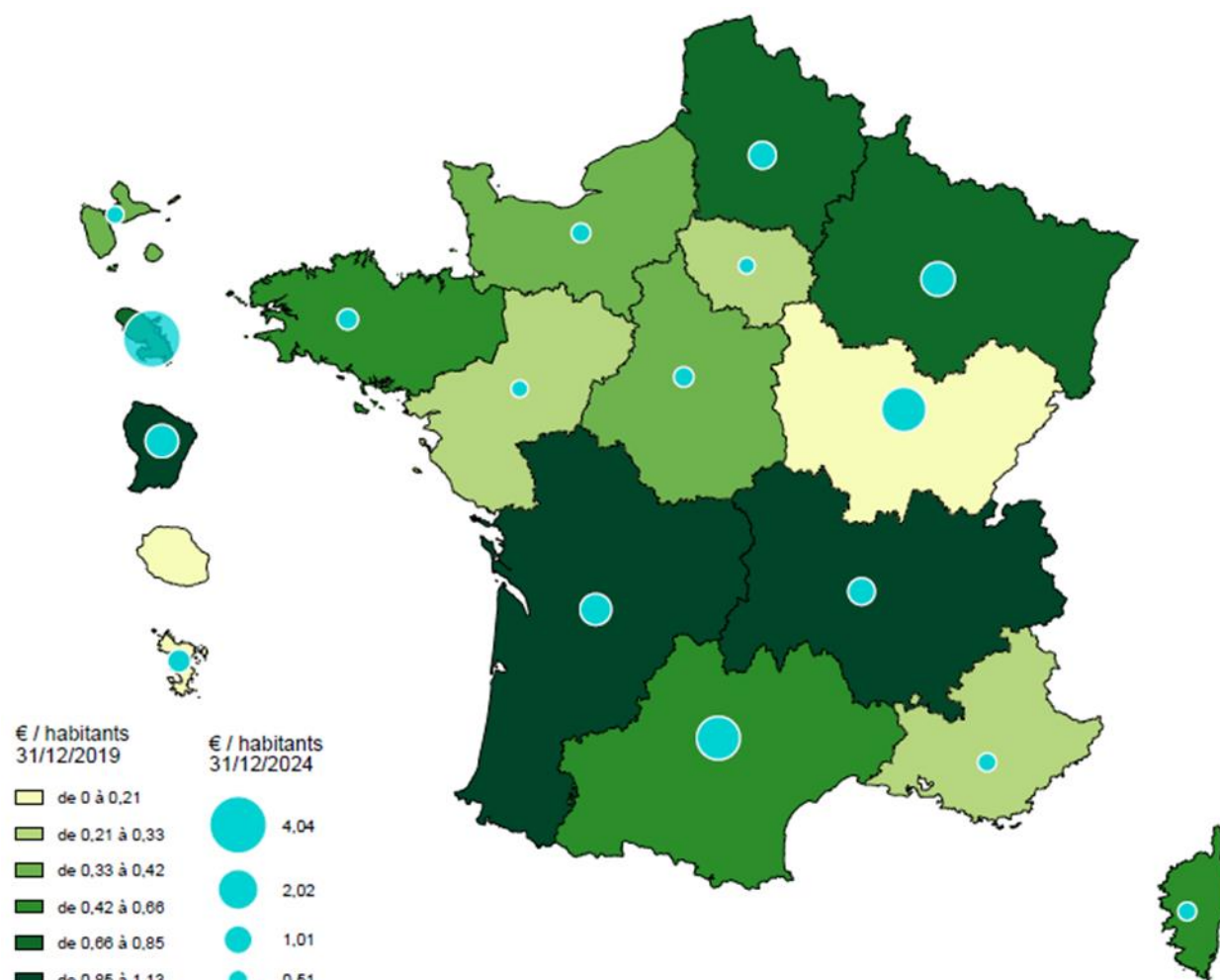
Figure 30 : Répartition, par enveloppes, des consommations programmées relatives aux PCPE



Le développement de l'offre d'accompagnement par des PCPE sur la période 2020-24 sera également très variable selon les régions, en rapport avec le niveau hétérogène de l'offre actuelle :

-	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
PCPE, 2020-2024	1,20 %	7,77 %	2,86 %	27,15 %

Figure 31 : PCPE, euros par habitant au 31 décembre 2019 et projection au 31 décembre 2024, population de 0-60 ans



Plateformes de coordination et d'orientation (PCO) : l'amorçage rapide du déploiement d'un nouveau dispositif

L'année 2019 est également marquée par le déploiement « pionnier » d'un certain nombre de mesures nouvelles de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement. La mise en place d'un parcours de bilan et d'intervention précoce TND soutenu par le déploiement de plateformes de coordination et d'orientation précoce (PCO), mesure-phare de la stratégie, a été effective. 15 M€ ont été notifiés aux ARS à cette fin en 2019, dont 9,9 M€ au titre de l'ONDAM médico-social.

Pour rappel, 24,8 M€ de crédits de paiement ont été octroyés aux ARS en 2019 afin d'impulser les installations effectives au titre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement.

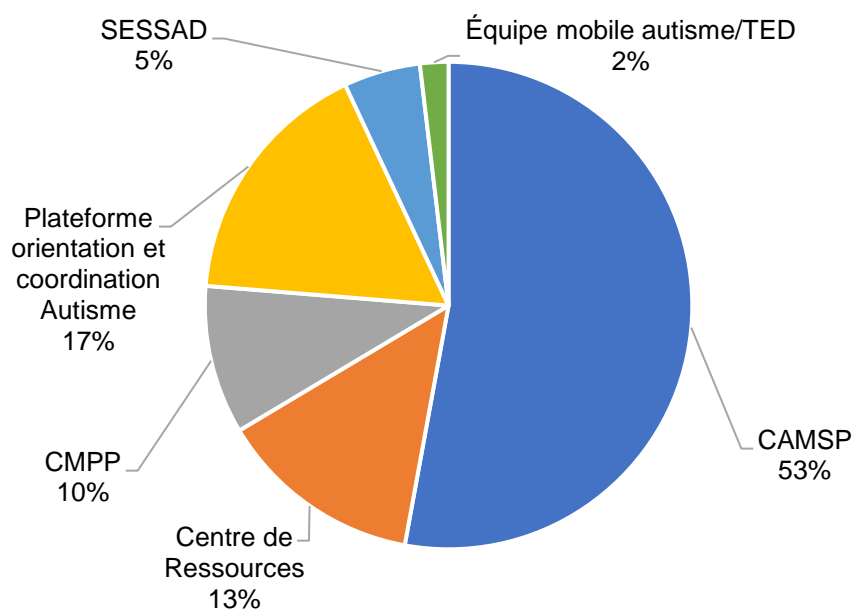
Les autorisations et l'engagement des crédits en 2019

L'année 2019 a permis l'engagement de 3,91 M€ pour le déploiement des PCO au 31 décembre 2019, soit 39 % des crédits médico-sociaux notifiés.

Le système d'information SEPPIA ne permet pas de comptabiliser le nombre de dispositifs ou leur file active à ce stade.

Les PCO autorisées sont majoritairement portées par des CAMSP.

Figure 32 : Répartition, par catégories de structures, des PCO engagées



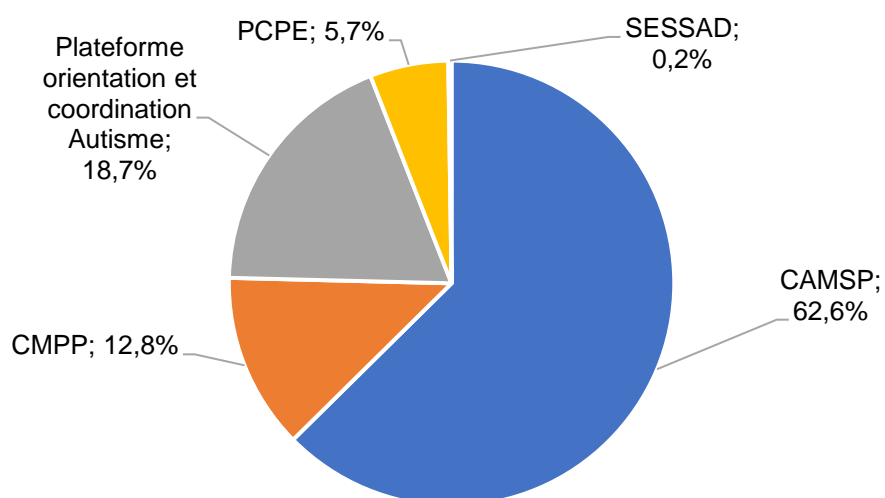
À l'horizon 2024, selon les programmations des ARS, 5,3 M€ supplémentaires devraient être engagés pour le déploiement des PCO, représentant un taux d'engagement prévisionnel des crédits notifiés de 93 % (9,2 M€).

Les CAMSP mobilisent 63 % des crédits destinés à soutenir le développement des plateformes.

Les installations et la consommation des crédits en 2019

Les PCO effectivement installées ont mobilisé 2,72 M€ de crédits au 31 décembre 2019, soit 27 % des crédits notifiés.

Figure 33 : Répartition, par catégories de structures, des PCO installées



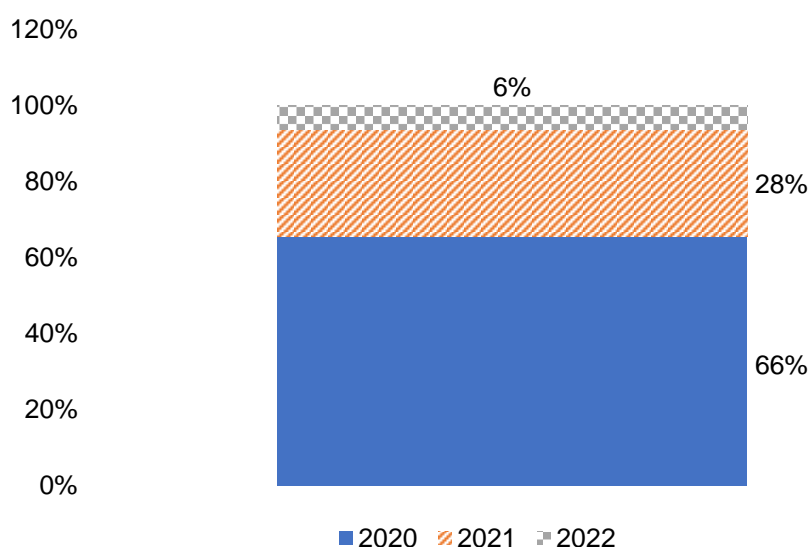
Le taux de consommation des crédits notifiés à fin 2019 est très variable selon les ARS.

-	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
PCO, fin 2019	15 %	48 %	26 %	257 %

À l'horizon 2024, selon les programmations des ARS, 7,4 M€ supplémentaires devraient être consommés, représentant un taux d'exécution prévisionnel de 102 % (pour un total de 10,1 M€ consommés).

94 % des installations devraient être effectives dès 2021.

Figure 34 : Années d'installation prévisionnelles des PCO



Le taux de consommation prévisionnel à fin 2024 des crédits notifiés varie également entre les ARS.

-	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
PCO, fin 2024	0 %	93 %	100 %	257 %

La surconsommation annoncée dans certaines régions peut notamment s'expliquer comme l'expression d'un besoin de crédits médico-sociaux supplémentaires pour mettre en œuvre les PCO.

Les ARS ont ainsi fait état dans le cadre de leurs dialogues de gestion d'une surreprésentation des porteurs issus du secteur médico-social, et notamment des CAMSP par rapport aux autres ESMS enfants et aux structures sanitaires pour cette première année de mise en œuvre.

Par ailleurs, deux régions ont programmé des plateformes de coordination permettant l'orientation diagnostique et l'intervention auprès d'enfants de plus de 7 ans et présentant des troubles Dys :

- la Bretagne, avec une PCO élargie aux enfants âgés jusqu'à 12 ans ;
- l'Occitanie, avec le projet Occitadys financé dans le cadre de l'article 51, destiné aux enfants de 6 à 12 ans et aux troubles Dys.

Habitat inclusif : un levier de la vie autonome qui poursuit son déploiement

L'offre nouvelle de logement en milieu ordinaire proposée à l'attention des personnes âgées ou handicapées sous le vocable d'« habitat inclusif » ne constitue pas une structure médico-sociale. Elle consiste à rendre possible, selon les termes du rapport Piveteau-Wolfrom²⁷, le projet de « vivre chez soi sans être seul », en organisant, dans des domiciles ordinaires aménagés à cette fin, formant de petites unités de vie (couramment de l'ordre de huit à dix personnes), une solidarité de type familial, sécurisée en services, et ouverte sur l'extérieur.

Les appels à candidatures lancés par les ARS en 2019 ont permis le financement de **147 projets permettant d'offrir un habitat inclusif à plus de 1 100 personnes** sur l'ensemble du territoire, avec une **forte prédominance des projets à destination de personnes en situation de handicap**. **7 ARS** ont par ailleurs déjà lancé un AAC sur **leurs crédits 2020** ou souhaitent le lancer d'ici fin 2020.

[Source : enquête DGCS – 17 ARS répondantes]

Il faut signaler que le contexte de crise sanitaire a retardé l'installation **des conférences des financeurs de l'habitat inclusif** prévues par la loi ÉLAN pour renforcer la coordination des acteurs autour de nouveaux types de réponses. Si beaucoup de départements ont déjà pu la mettre en place, les installations s'échelonnent encore jusqu'au début de 2021. Les remontées des premières données 2019 font état du financement de 255 habitats inclusifs en 2019, avec ou sans forfait, par les membres des conférences.

[Source : enquête DGCS]

²⁷ Rapport au Premier ministre de D. Piveteau et J. Wolfrom « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous » juin 2020.

Type d'habitat	Nombre d'habitats financés	Dont nombre d'habitats cofinancés	Nombre de personnes vivant dans l'habitat	Montant financier global 2019
Financement de l'ARS sur les crédits forfait habitat inclusif* – Habitats inclusifs à destination des personnes handicapées	54	18	287	1 136 085
Financement de l'ARS hors forfait habitat – Habitats inclusifs à destination des personnes handicapées	33	0	209	874 424
Financement de l'ARS hors forfait habitat inclusif – Habitats inclusifs à destination des deux publics	1	0	3	4 800
<i>Financements du conseil départemental – Habitats inclusifs à destination des personnes âgées</i>	20	2	162	437 500
<i>Financements du conseil départemental – Habitats inclusifs à destination des personnes handicapées</i>	98	20	321	1 460 652
<i>Financements du conseil départemental – Habitats inclusifs à destination des deux publics</i>	25	13	67	384 116
<i>Financements des autres membres** – Habitats inclusifs à destination des personnes âgées</i>	3	2	37	301 642
<i>Financements des autres membres** – Habitats inclusifs à destination des personnes handicapées</i>	21	21	31	172 000
Total des financements	255	76	1117	4 777 219,30

Source : CNSA, données provisoires par les conférences pour l'année 2019, septembre 2020.

*Concernant les crédits « forfait habitat inclusif » alloués par les ARS, le nombre d'habitats à destination des personnes avec un TSA n'est pas identifié ; les habitats se situent plutôt dans le parc locatif social.

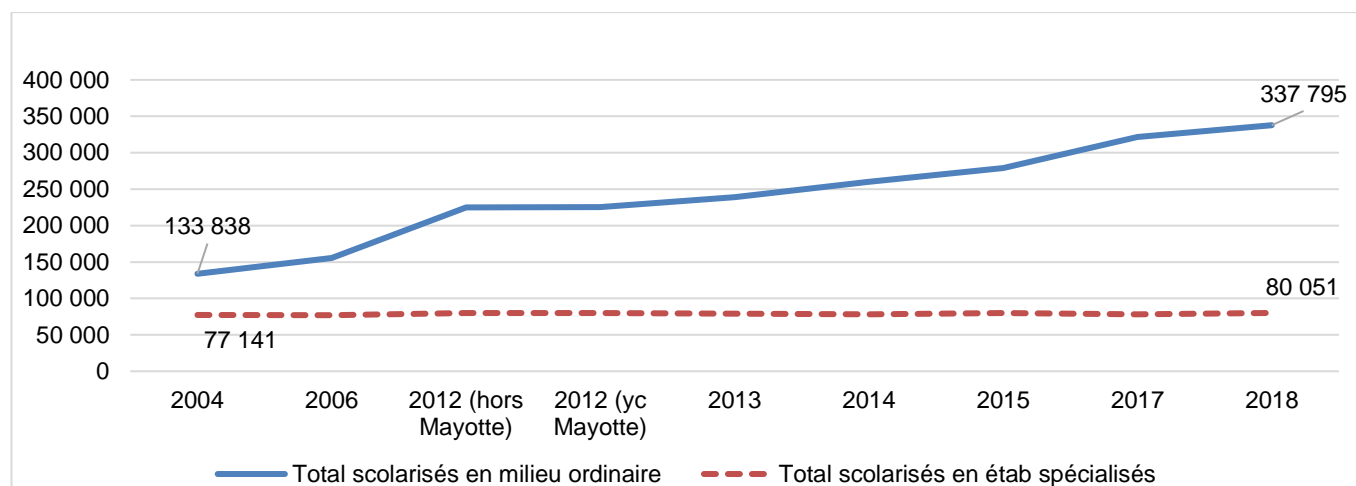
**Autres membres : 2 CARSAT, 1 CPAM.

Soutien à la scolarisation des enfants en situation de handicap

Indicateur de transformation de l'offre remonté par les ARS consolidé : une évolution positive mais des marges de progrès

Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire a progressé de manière très significative depuis 2004. L'étude du taux de scolarisation en milieu ordinaire des enfants accompagnés en établissement spécialisé souligne la marge de progrès qui demeure.

Figure 35 : Scolarisation des enfants en situation de handicap

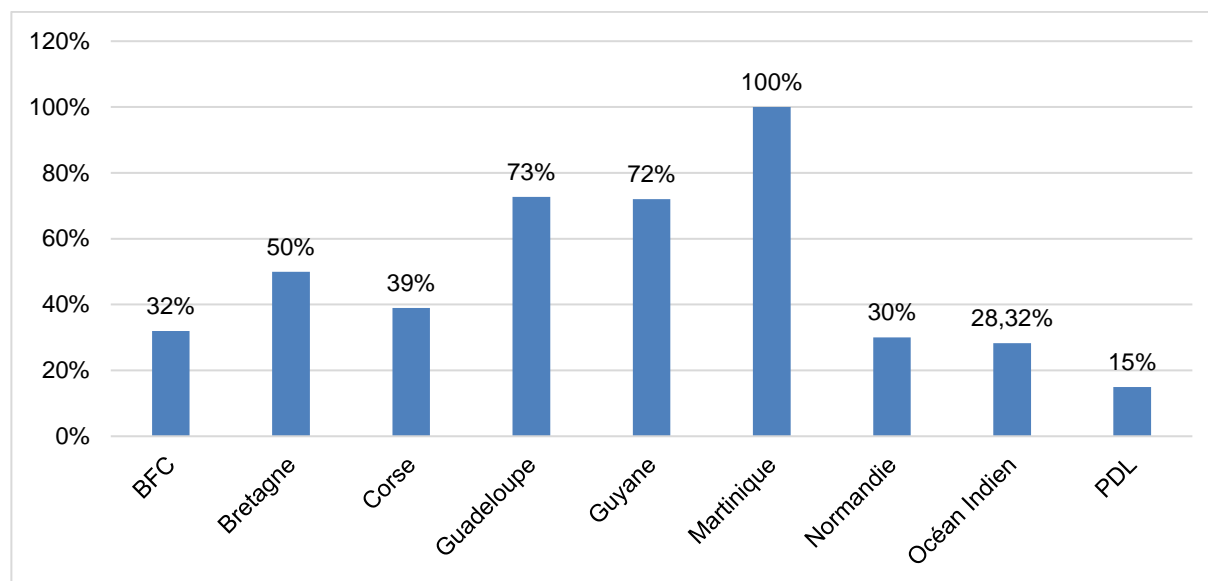


Source : DEPP.

L'objectif assigné aux ARS est d'accompagner la transformation de l'accompagnement par les établissements spécialisés afin de permettre la scolarisation en milieu ordinaire de 50 % des enfants qu'ils accompagnent en 2020, et de 80 % après 2022. Cet objectif est exigeant et mobilise conjointement les organismes gestionnaires, les ARS, les rectorats et les collectivités, au travers notamment des groupes techniques départementaux de suivi de la scolarisation (GTD). Il repose, selon les territoires, sur l'ouverture d'équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation (EMAS), le développement d'unités externalisées, l'organisation de l'accompagnement en dispositif intégré...

Le taux de scolarisation en milieu ordinaire des enfants accompagnés en ESMS était compris entre 25 et 35 % en 2019, excepté en Outre-mer où il est généralement très supérieur. Les régions pointent toutefois la fragilité de cet indicateur qui repose sur des données dont elles ne disposent pas toutes.

Figure 36 : Taux de scolarisation en milieu ordinaire des enfants accompagnés en établissement spécialisé (données régionales déclaratives ARS pour 2019)



Source : guides d'entretien des dialogues de gestion 2019 – Le manque de données est lié à la difficulté de compilation de ces données en région, en particulier dans le contexte de crise.

Autres données chiffrées

Les unités d'enseignement maternelle et élémentaire : une consommation prévisionnelle proche de 100 % à horizon 2024

L'état des lieux à fin 2018

Pour rappel, le troisième plan Autisme a officialisé le déploiement d'unités d'enseignement en maternelle (UEM) implantées dans des écoles maternelles en 2014. 28 M€ ont été notifiés pour financer au moins une UEM par département.

Au 31 décembre 2018, 116 UEM étaient autorisées et installées pour un montant total de 32 M€, dont 29 M€ au titre du troisième plan Autisme, le solde étant issu des marges régionales de gestion et de redéploiement.

Concernant les unités d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA), la rentrée scolaire 2018 a permis leur préfiguration en amont d'une généralisation à compter de la rentrée scolaire 2019. Dans ce cadre, cinq régions ont déployé une UEEA dans la perspective de modéliser le cahier des charges national (Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie, Normandie, Île-de-France, Hauts-de-France).

Dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme, 180 UEM et 45 UEEA doivent être déployées à horizon 2022²⁸.

En 2019, les ARS avaient pour objectif la création de 30 UEM et 15 UEEA.

²⁸ AE de 54,9 M€ notifiée aux ARS.

Les autorisations et l'engagement des crédits en 2019

Sur l'année 2019, 8,9 M€ ont été engagés dont 7,2 M€ pour l'autorisation de 26 unités enseignement en maternelle Autisme UEMA et 1,7 M€ pour l'autorisation de 17 UEEA.

À horizon 2024, selon la programmation des ARS, ce sont 41,85 M€ supplémentaires qui devraient être engagés, dont 38,55 M€ pour la création d'UEMA et 3,3 M€ pour la création d'UEEA. Ces programmations émergent entièrement sur la SNA.

Au regard des notifications, le taux d'engagement prévisionnel devrait être élevé pour s'établir à 92 %, avec 50,77 M€ qui seraient engagés. Plus précisément, le taux d'engagement prévisionnel des UEMA s'élèverait à 91 % (45,79 M€ d'engagés pour 50,4 M€ de notifiés), et celui des UEEA s'élèverait à 111 % (4,98 M€ d'engagés pour 4,5 M€ de notifiés).

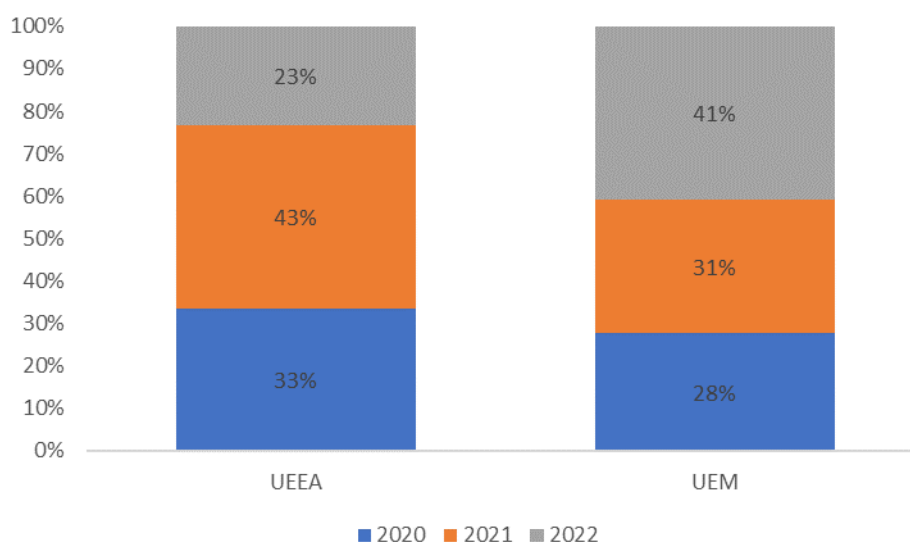
Les installations et la consommation des crédits en 2019

En 2019, ce sont 8,84 M€ qui ont été consommés permettant l'installation de 26 UEM (7,24 M€) et de 16 UEEA (1,6 M€). Parmi les installations, une UEM a été installée sur des crédits issus du redéploiement (Nouvelle-Aquitaine).

À horizon 2024, selon la programmation des ARS, ce sont 45,19 M€ supplémentaires qui devraient être consommés, dont 3 M€ pour la création de 10 UEEA, et 42,19 M€ pour la création de 144 UEM.

Au regard des notifications, le taux de consommation prévisionnelle s'élèverait à 102 % sur les UEEA (4,6 M€ consommés pour 4,5 M€ notifiés), et à 98 % sur les UEMA (49,15 M€ consommés pour 50,4 M€ notifiés).

Figure 37 : Années d'installation prévisionnelles



Au regard des notifications, le taux de consommation à fin 2024 par ARS est élevé, avec des moyennes, pour les UEEA et UEM, respectivement de 97 et 96 %.

-	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
UEEA, fin 2024	67 %	97 %	100 %	100 %
UEM, fin 2024	50 %	96 %	100 %	101 %

Taux d'équipement SESSAD : d'importantes disparités interrégionales

Taux d'équipement en SESSAD	PH Enfants
Auvergne-Rhône-Alpes	3,45
Bourgogne-Franche-Comté	4,34
Bretagne	3,19
Centre-Val de Loire	3,09
Corse	5,15
Grand Est	3,51
Hauts-de-France	3,27
Île-de-France	2,56
Normandie	3,70
Nouvelle-Aquitaine	3,74
Occitanie	3,38
Pays de la Loire	4,32
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2,96
Guadeloupe	6,42
Martinique	5,23
Guyane	3,96
La Réunion	3,49
Mayotte	1,24
France métropole	3,37

Source : traitement CNSA sur données DREES (FINES).

Note de lecture : il s'agit du nombre de places en SESSAD rapporté à la population de 0 à 19 ans : équipement pour 1 000 personnes.

En 2019, le taux moyen d'équipement moyen en SESSAD pour l'ensemble du territoire s'élève à 3,37 places pour 1 000 enfants.

On observe des disparités importantes entre régions comparables, le taux d'équipement étant de 2,56 pour 1 000 en Île-de-France et de 3,74 pour 1 000 en Nouvelle-Aquitaine. L'Outre-mer hors Mayotte présente des taux supérieurs à la moyenne nationale.

Deux tiers des ARS disposent d'un taux d'équipement en services pour enfant supérieur à la moyenne nationale ; l'Île-de-France et Mayotte connaissent les taux les plus faibles. Pour l'Île-de-France, cela est à relier à un taux d'équipement médico-social global enfant très inférieur au niveau national qui fait l'objet d'une politique de rattrapage. Par ailleurs, Mayotte est un territoire où l'ensemble de l'offre est aujourd'hui à développer.

Le taux national diminue en tendance, ce qui s'explique notamment par une démographie particulièrement dynamique dans certains départements, des créations de places en internat (plus chères et donc moins nombreuses, mais répondant à des besoins spécifiques), ou enfin une baisse progressive des places antérieurement occupées par des enfants en provenance d'autres régions qui ont désormais la capacité d'offrir une solution à proximité du domicile de leurs ressortissants.

Une dynamique de développement de places en SESSAD forte et tournée majoritairement vers les publics avec autisme

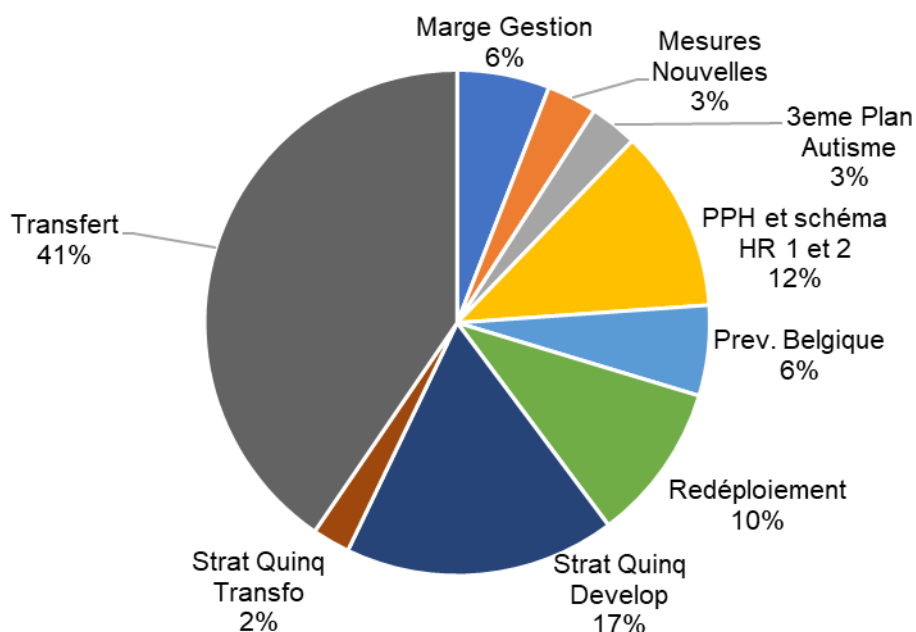
Le suivi de la programmation de places en SESSAD marque à quel point ces structures constituent un outil essentiel de l'accompagnement des enfants en situation de handicap sur leurs lieux de vie, d'activité et de scolarisation.

Les chiffres présentés excluent les dispositifs spécifiques déjà évoqués (PCO, PCPE, UEEA et UEM), même s'ils sont portés par un SESSAD.

L'autorisation de SESSAD et l'engagement de crédits en 2019

En 2019, les ARS ont engagé 15,5 M€ afin d'autoriser la création de 1 138 places de SESSAD supplémentaires en mobilisant fortement les crédits issus de la fongibilité (41 % des crédits).

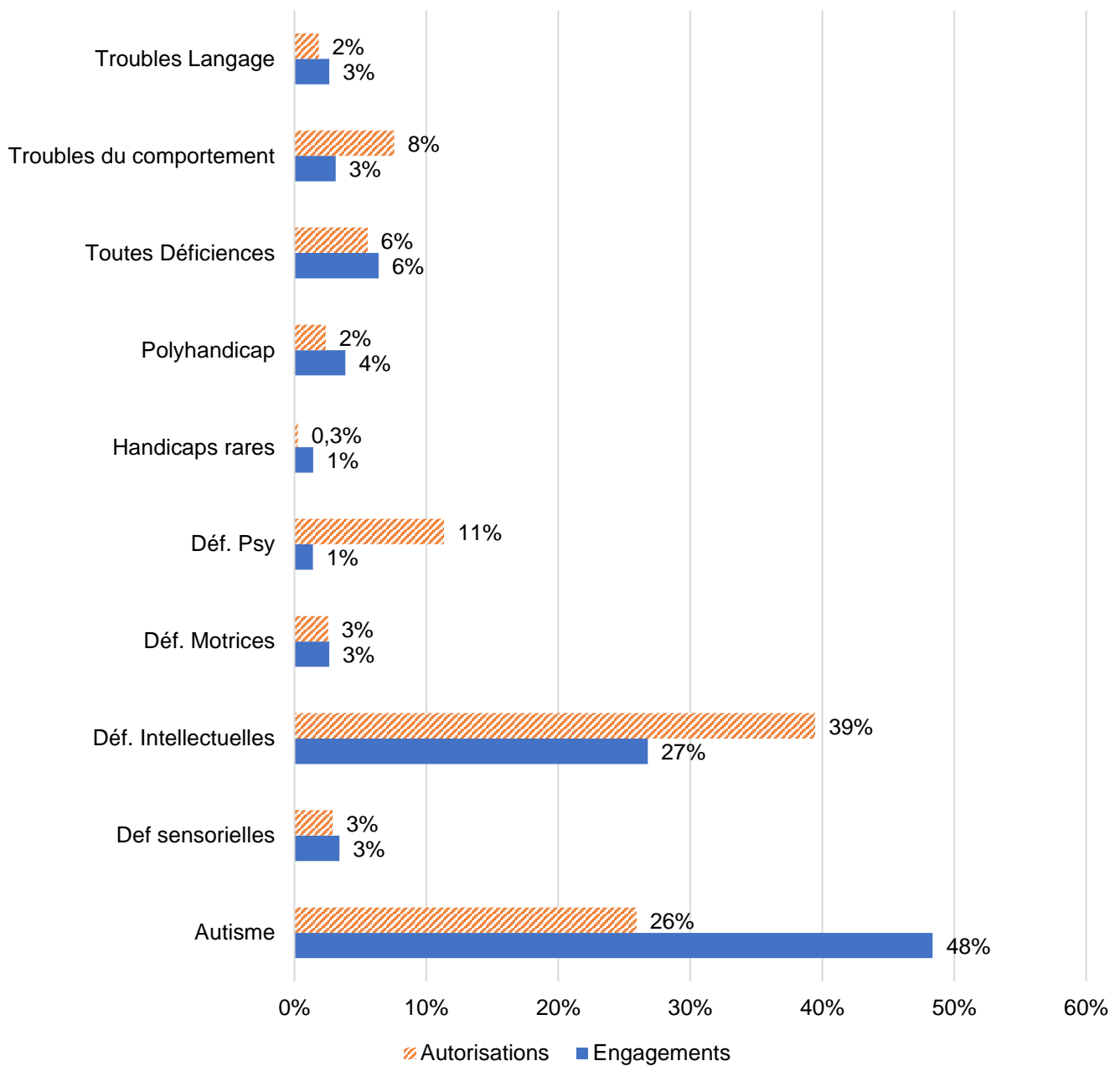
Figure 38 : Répartition, par enveloppes, des engagements 2019 de SESSAD



Les autorisations de SESSAD représentent 47 % des places autorisées en 2019 pour 24 % des crédits engagés. Cet écart s'explique par le coût moyen à la place (13,6 k€) moins élevé qu'en établissement.

Les engagements (en AE) concernent majoritairement des structures destinées à accompagner des publics concernés par l'autisme même si les autorisations (en places) ciblent majoritairement les publics atteints de déficience intellectuelle ; ceci s'explique par un coût à la place supérieur dans le champ de l'autisme.

Figure 39 : Répartition, par type de déficiences, des engagements et autorisations 2019 de SESSAD

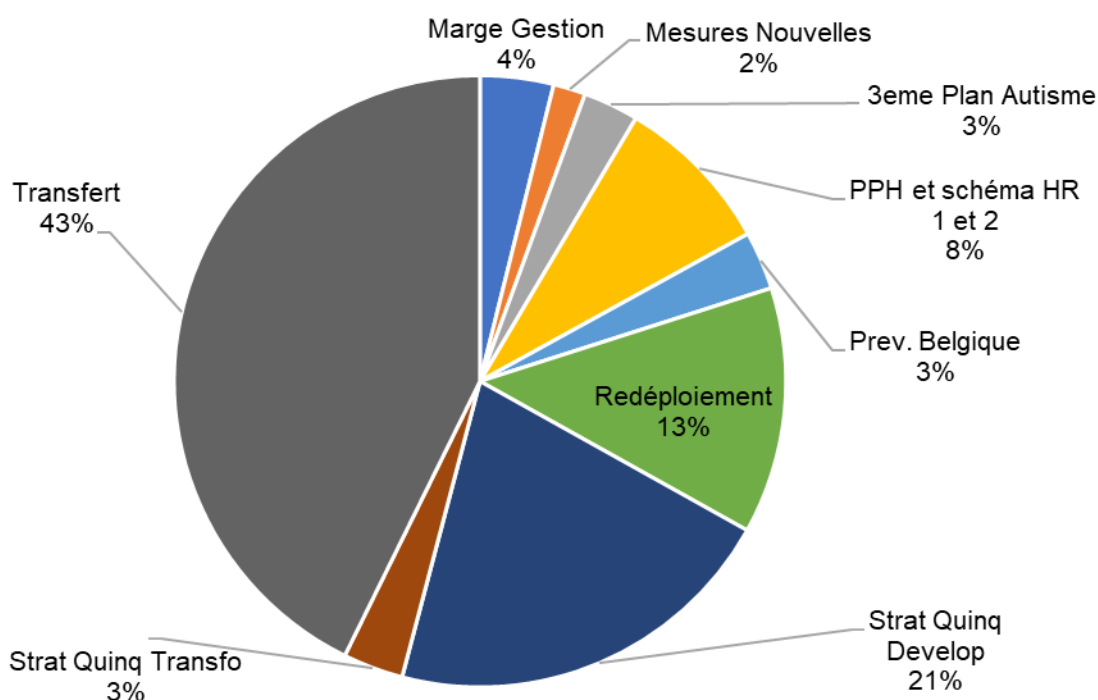


À l'horizon 2024, selon les programmations des ARS, 624 places supplémentaires devraient être autorisées, mobilisant 10,5 M€. Le public avec autisme restera majoritaire avec 56 % des places autorisées et 51 % des crédits dédiés. Le coût à la place devrait diminuer par rapport aux autorisations prises en 2019 (15 k€ versus 25 k€).

Au regard de l'ensemble des programmations, cela représenterait 6 % des engagements pour 12 % des places.

En 2019, les ARS ont consommé 14,7 M€ permettant l'installation de 925 places de SESSAD avec une forte mobilisation de l'enveloppe relative aux transferts de fongibilité.

Figure 40 : Répartition, par enveloppes, des consommations 2019 relatives aux SESSAD



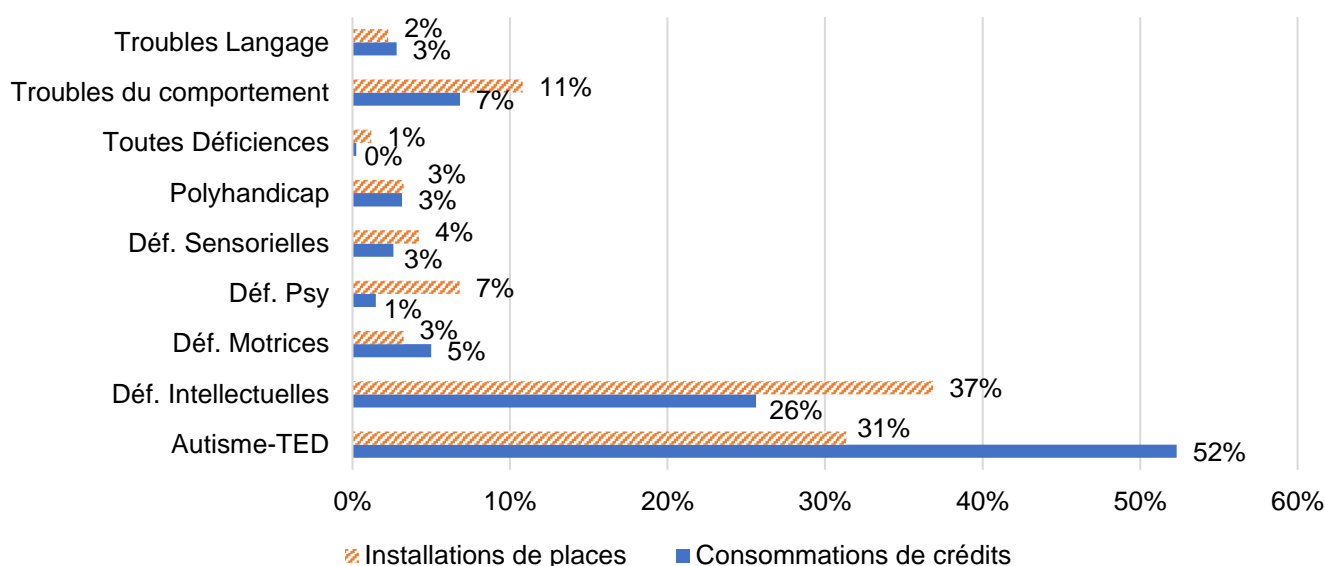
10 ARS ont consommé des crédits pour le déploiement de places de SESSAD en 2019. Dans ces régions, le poids des consommations SESSAD au regard de l'ensemble des engagements enfants pris est important.

-	ARS concernées	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
SESSAD, 2019	10	13,06 %	84,62 %	88,32 %	100,00 %

Par ailleurs, les installations de SESSAD représentent 23 % des places installées pour 12 % des crédits consommés en 2019. Cela s'explique par le coût moyen à la place (15,9 k€) moins élevé qu'en établissement.

Le financement des SESSAD spécialisés pour l'accompagnement des publics avec autisme mobilise la majorité des crédits dédiés à ce type de places, compte tenu de leur coût relatif plus élevé, même si les installations de places concernent majoritairement les publics atteints de déficience intellectuelle.

Figure 41 : Répartition, par type de déficiences, des consommations et installations 2019 de SESSAD



À l'horizon 2024, les ARS ont programmé 1 033 places supplémentaires consommant 13,2 M€. Le public avec autisme restera majoritaire, représentant 38 % des places et 44 % des crédits.

Au regard de l'ensemble des programmations, cela représenterait 4 % des consommations pour 13 % des places à installer.

La quasi-totalité des ARS (13) a prévu de développer l'offre d'accompagnement par des SESSAD entre 2020 et 2024, dans des proportions variables par rapport à l'ensemble des engagements souscrits dans le champ de l'enfance handicapée.

-	ARS concernées	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
SESSAD, fin 2024	13	2,38 %	13,87 %	11,85 %	36,69 %

84 % des crédits devraient être consommés dès 2020, et 99 % en 2021.

Soutien à l'accès à l'emploi : une évolution du secteur tournée vers le milieu ordinaire

La poursuite du déploiement des dispositifs d'emploi accompagné : un nombre de personnes accompagnées en constante évolution

Comme l'habitat inclusif, les dispositifs d'emploi accompagné, qui visent à accompagner vers et dans l'emploi des personnes en situation de handicap puis à proposer à la personne comme à son employeur un suivi dans une durée aussi longue que nécessaire, sont des leviers essentiels de l'évolution de l'offre à destination des personnes handicapées aujourd'hui dans une optique d'accès à l'emploi en milieu ordinaire.

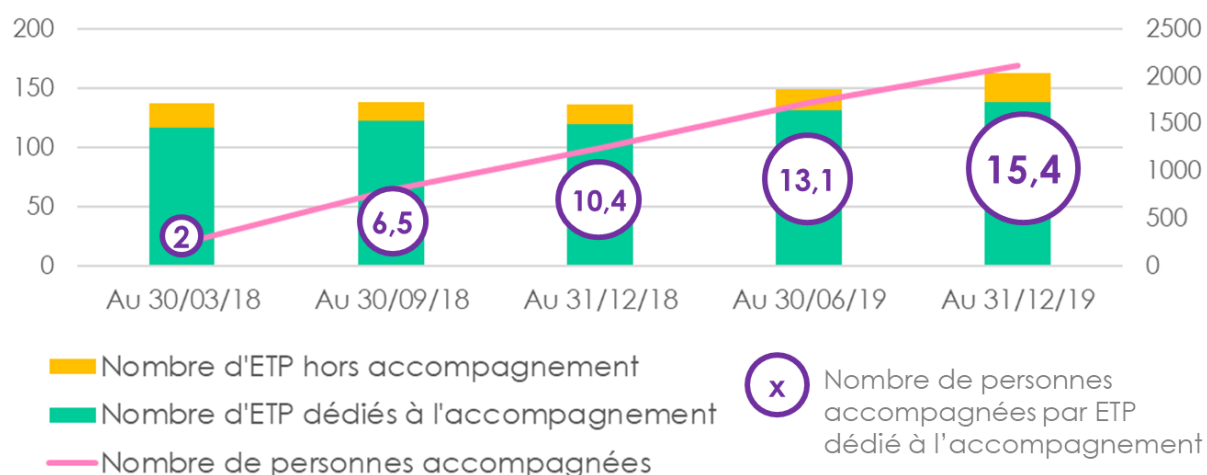
Le dispositif d'emploi accompagné a été introduit dans le Code du travail par l'article 52 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Il est financé par l'État sur le programme 157 de la loi de finances. En complément, l'article D. 5213-91 du Code du travail prévoit la participation du Fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés mentionné à l'article L. 5214-1 (l'AGEFIPH) et du Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique mentionné à l'article L. 323-8-6-1 (le FIPHFP) au financement des dispositifs d'emploi accompagné.

Tout organisme bénéficiant d'une personnalité morale peut être désigné gestionnaire d'un dispositif d'emploi accompagné mais devra avoir établi une convention de gestion avec un ESAT, CRP/CPO, SAVS ou SAMSAH et un opérateur du service public de l'emploi (SPE). Un organisme de placement spécialisé (OPS) ne peut pas être porteur d'un dispositif d'emploi accompagné en tant qu'OPS puisque les OPS Cap emploi sont opérateurs du SPE. Les structures porteuses des Cap emploi peuvent en revanche également porter un dispositif d'emploi accompagné mais elles doivent conventionner avec un acteur du SPE.

Le dispositif d'emploi accompagné « DEA » est une réponse pour les travailleurs rencontrant un besoin spécifique d'accompagnement médico-social et d'un soutien à l'insertion professionnelle. Les situations de handicaps psychiques, troubles de l'autisme et déficience intellectuelle sont privilégiées. Trois publics sont éligibles : demandeurs d'emploi handicapés, salariés ou agents en poste (dont apprentis), travailleurs d'ESAT.

Il s'agit d'un accompagnement spécifique qui s'inscrit en subsidiarité avec les autres formes d'accompagnement proposées par le service public de l'emploi. Il est activé en dernier lieu quand l'accompagnement classique de droit commun atteint ses limites. Il est mobilisable à tout moment du parcours professionnel et peut intervenir au moment de la recherche d'emploi, lors de l'embauche, de l'intégration, puis en fonction des besoins et des évolutions du projet de vie de la personne en situation de handicap accompagnée et, le cas échéant, de son handicap.

Figure 42 : Évolution du volume de personnes accompagnées et du nombre d'ETP mobilisés au titre de l'emploi accompagné de mars 2018 à aujourd'hui (pour les 54 structures sélectionnées durant la première vague d'appels à candidatures)



En moyenne, chaque référent Emploi accompagné (dans les structures conventionnées de la première vague d'appel à candidatures) accompagne à fin 2019 une quinzaine de personnes.

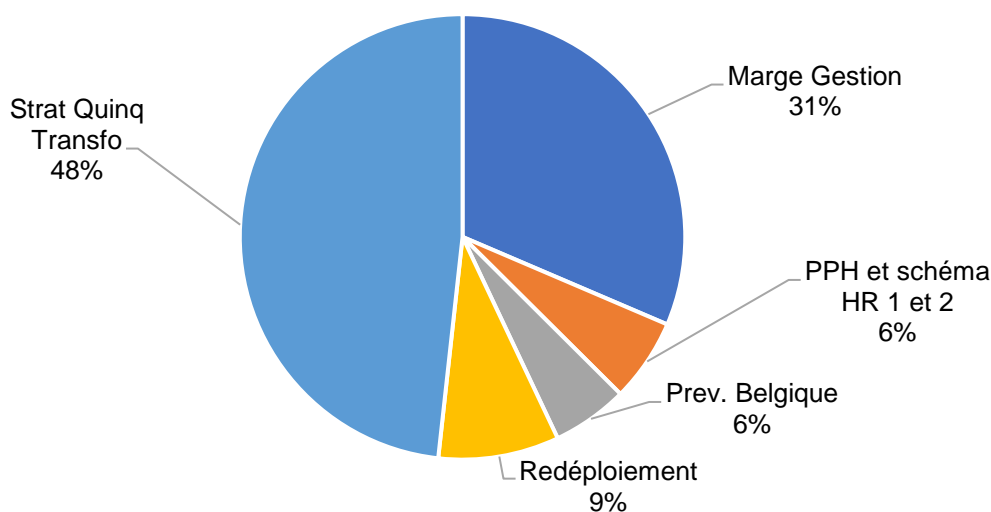
Ainsi, plus de 2 300 personnes ont été accompagnées par environ 150 professionnels en 2019.

Les autres dispositifs dans le champ médico-social : une utilisation majoritaire des crédits pour transformer l'offre

Les autorisations et l'engagement des crédits en 2019

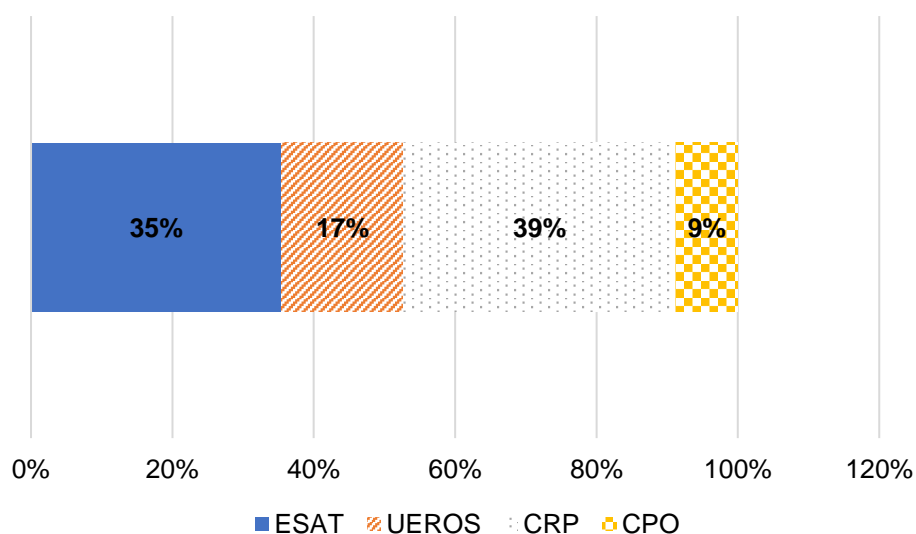
En 2019, au-delà du déploiement de dispositif relatif à l'emploi accompagné, les ARS ont poursuivi le maillage territorial relatif à l'emploi des personnes en situation de handicap, au travers, notamment, de la mobilisation des enveloppes relatives à la marge de gestion et à la stratégie quinquennale. Ce sont 1,7 M€, représentant 1 % des engagements 2019, qui y sont dédiés.

Figure 43 : Répartition, par enveloppes, des engagements 2019 relatifs au soutien à l'emploi des personnes handicapées



Dans les engagements pris, il est à noter l'apparition de missions nouvelles à la faveur de l'emploi dans le milieu ordinaire des personnes en situation de handicap. En effet, 25 % des crédits sont engagés pour un fonctionnement « hors les murs » des ESMS usuels.

Figure 444 : Répartition, par catégories de structures, des engagements 2019 relatifs au soutien à l'emploi des personnes handicapées

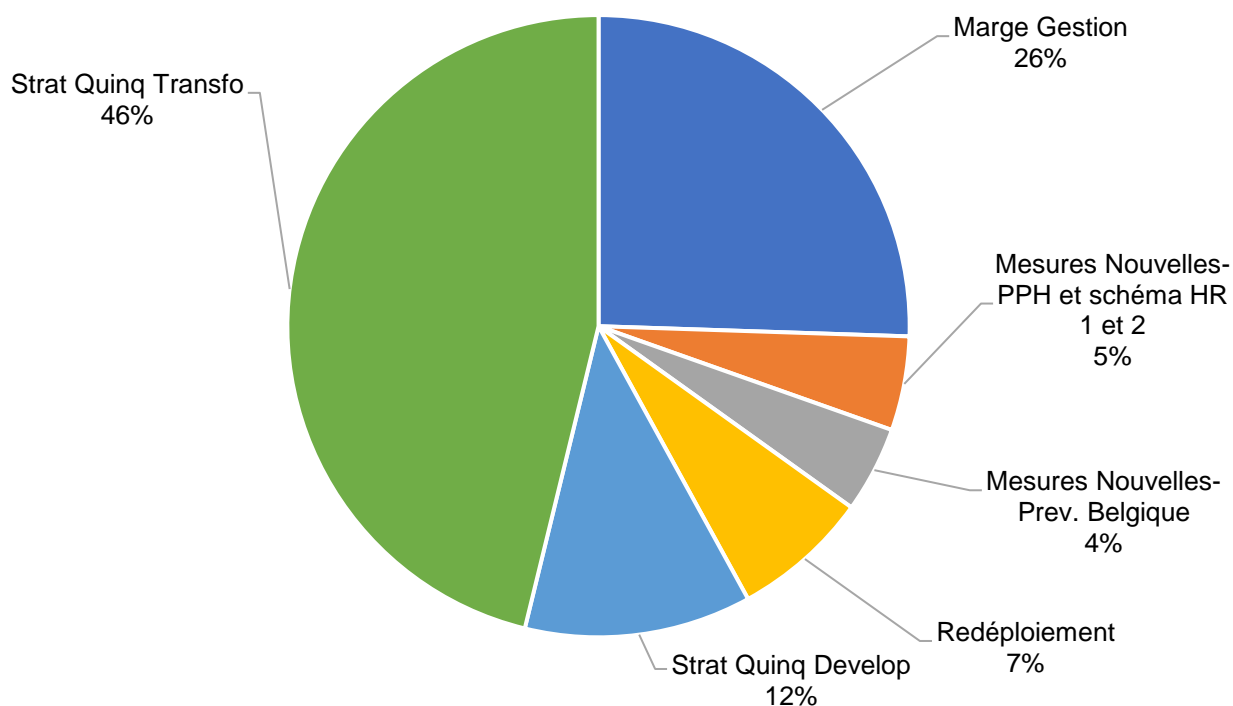


À l'horizon 2024, selon les programmations des ARS, 930 k€ supplémentaires devraient être engagés, dont 58 % au titre de la marge de gestion et du redéploiement.

Les installations et la consommation des crédits en 2019

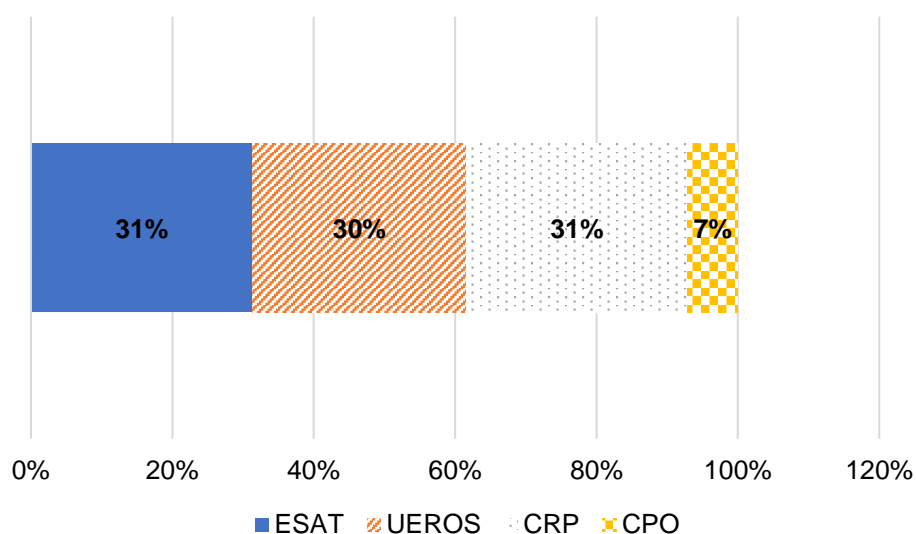
L'année 2019 a permis la consommation de 2,1 M€, soit 2 % des consommations totales, mobilisant majoritairement l'enveloppe relative à la stratégie quinquennale.

Figure 45 : Répartition, par enveloppes, des consommations 2019 relatives au soutien à l'emploi des personnes handicapées



Dans les consommations effectuées apparaissent des missions nouvelles liées à l'emploi dans le milieu ordinaire des personnes en situation de handicap.

Figure 46 : Répartition, par catégories de structures, de la consommation 2019



À l'horizon 2024, selon les programmations des ARS, ce sont 1,8 M€ supplémentaires qui devraient être consommés, dont 63 % au titre du redéploiement et de la marge de gestion.

L'accès aux soins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, un sujet central dans les stratégies régionales de santé

La CNSA n'est pas en mesure de produire seule un état des lieux précis des consommations de crédits afférents à la consommation de soins des personnes âgées ou en situation de handicap. Ceci nécessitera d'être travaillé ultérieurement.

Il est toutefois important d'apporter un bref éclairage sur cette question lorsqu'il s'agit d'évoquer l'accès au droit commun pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Cette focale est issue des dialogues de gestion conduits avec les ARS début 2020.

Dans les dialogues de gestion, les ARS font état de l'intégration d'objectifs dans les CPOM relatifs à l'accès aux soins des personnes âgées et des personnes handicapées – le degré de priorisation étant cependant variable, avec un focus souvent mis sur l'accès aux soins somatiques et plus largement sur l'articulation avec le secteur sanitaire et la santé bucco-dentaire.

Ces objectifs peuvent par exemple couvrir les champs suivants :

- > accès aux dispositifs de dépistage organisé des cancers ;
- > modalités d'articulation et de coopération des ESMS avec les professionnels libéraux ;
- > accès aux dispositifs de droit commun ;
- > coordination avec les partenaires sanitaires, notamment les services d'hospitalisation ;
coordination avec les services de psychiatrie ;
- > développement des soins bucco-dentaires ;
- > amélioration de la prise en charge des résidents atteints de MND ;
- > amélioration de la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et diminution de la polymédication ;
- > amélioration de la prévention et de la prise en charge des chutes ;
- > prise en charge des besoins en soins médicaux et infirmiers à visée préventive, curative et palliative ;
- > partenariat avec les ressources gériatriques du territoire ;
- > déploiement du dispositif d'astreinte IDE de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD ;
- > organisation des admissions directes dans les services en cas d'hospitalisation des résidents ;
- > déploiement de la télémédecine et de la téléconsultation ;
- > amélioration de la qualité des pratiques professionnelles en lien avec les recommandations de la HAS ;
- > développement de l'activité physique ;
- > amélioration de la couverture vaccinale contre la grippe ;
- > amélioration de la prévention de la dénutrition...

Des actions ont pu être menées directement par les ARS sur certains de ces axes selon les régions, ainsi que le développement de dispositifs Handiconsult, de consultations dédiées aux personnes sourdes, ou de la mise en œuvre de la charte Romain Jacob, par exemple.

Certaines ARS soulignent le fait que l'accès aux soins reste une démarche territoriale de mobilisation des acteurs locaux, dans laquelle les ESMS peuvent jouer un rôle de repérage et d'appui-ressource pour les acteurs de leurs territoires.

En Bretagne, par exemple, des travaux sont menés depuis 2019 pour schématiser l'offre de santé pour les personnes en situation de handicap, en distinguant d'une part les effecteurs de soins et d'autre part l'offre d'appui (coordination territoriale). L'offre de prévention et de soins doit répondre à la notion de gradation des soins, avec différents niveaux permettant d'offrir une réponse adaptée aux spécificités et au degré de gravité de handicap de chaque personne.

En Île-de-France, quatre actions ont été généralisées en 2019 : formation d'un référent bucco-dentaire dans chaque ESMS handicap, déploiement de projets de téléodontologie, parcours gynécologique des femmes en situation de handicap et déploiement de nouveaux centres de consultation en soins somatiques dédiés aux personnes en situation de handicap n'ayant pas accès à l'offre de droit commun. Des projets de télémedecine sont également mis en place, notamment l'accès à une expertise par des neuropédiatres dans les services et établissements médico-sociaux accueillant des enfants polyhandicapés. Enfin, des actions visant à majorer la qualité de la prise en charge des usagers handicapés en ESMS handicap sont déployées sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et sur la prévention des infections associées aux soins.

Enfin dans l'ensemble des régions le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) au sein des ESMS, ainsi que la télémedecine sont des axes de travail importants pour améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées et des personnes âgées en institution.

Quelques exemples régionaux

Appels à projets, appels à candidatures et appels à manifestation d'intérêt (AAP/AAC/AMI) en soutien aux dispositifs d'emploi accompagné (DEA)

Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, plusieurs ARS ont émis en 2019, souvent dans la continuité d'AAC déjà initiés en 2017, des AAC en vue du développement du dispositif d'emploi accompagné (DEA). Il s'agit des ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes, du Centre-Val de Loire, de Corse, des Hauts-de-France, de Nouvelle-Aquitaine, d'Occitanie, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire. L'ARS Île-de-France a également émis un AMI visant le développement d'un DEA.

L'objectif des DEA est la sécurisation sur le long terme du parcours professionnel des personnes en situation de handicap souhaitant travailler ou travaillant déjà en milieu ordinaire. Il s'agit de permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder et de se maintenir dans l'emploi rémunéré sur le marché du travail en proposant un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle de la personne, tout en accompagnant son employeur. Ce dispositif se situe donc en complémentarité des missions exercées par les partenaires de droit commun et des services, des aides ou des prestations déjà existantes. L'ensemble des AAC et AMI émis par les ARS en 2019 en lien avec le DEA ciblent le développement du dispositif afin de couvrir l'ensemble du territoire régional, les premiers projets ayant été initiés dans ces régions dès 2017.

S'il est vrai que l'ensemble des AAC et AMI évoqués s'ancrent dans la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022 qui prévoit de faciliter l'accès des personnes autistes à l'emploi en milieu ordinaire, l'ARS Nouvelle-Aquitaine prévoit dans son AAC une spécialisation des DEA déjà labélisés pour l'accompagnement des personnes autistes. L'objectif étant d'évaluer et de reconnaître la capacité des structures et professionnels portant le DEA à accompagner les personnes avec TSA dans le cadre de l'emploi accompagné. De même, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a choisi de renforcer certains dispositifs ouverts depuis 2017 afin d'élargir au public TSA, mais aussi d'accueillir de nouveaux opérateurs, spécialistes du champ de l'autisme.

Appels à projets, appels à candidatures et appels à manifestation d'intérêt (AAP/AAC/AMI) dédiés à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Au cours de l'année 2019, 5 ARS ont lancé des AAC ou AAP pour déployer des projets et des dispositifs favorisant l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Ce sont les ARS des Hauts-de-France, d'Île-de-France, de la Martinique, de Normandie et de l'Océan indien pour la Réunion.

Les AAC émis par les ARS des Hauts-de-France, d'Île-de-France, de la Martinique et de Normandie portent sur la création ou le renforcement de dispositifs de consultation dédiés aux personnes en situation de handicap. Ces dispositifs de consultation portent à la fois sur des soins de santé courants (soins dentaires, gynécologiques, dermatologiques, ophtalmologiques...) et sur des soins spécialisés n'étant pas liés au handicap de la personne. En Normandie, l'objectif de l'ARS est de poursuivre le déploiement de ces dispositifs de consultation dédiés, en ciblant certains territoires de santé afin d'améliorer l'offre régionale existante. De plus, les ARS des Hauts-de-France, de Martinique et de Normandie évoquent dans leurs AAC la possibilité de mise en place d'une équipe mobile pour venir compléter la consultation sur site au sein de l'établissement d'accueil ou à domicile. Par ailleurs, l'ensemble des AAC intègrent une forte dimension partenariale en évoquant la nécessité d'associer aux dispositifs les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, tout comme les personnes en situation de handicap et leurs représentants.

La démarche réunionnaise est légèrement différente des dispositifs évoqués précédemment, puisque dans son AAP, l'ARS propose des financements pour des actions participant à un meilleur accès aux soins des personnes en situation de handicap. Sans mentionner la création ou la consolidation de dispositifs de consultation dédiés, l'AAP s'ancre dans une dimension plus large. En effet, il s'agit de financer tout type d'actions ayant pour but de répondre aux besoins non couverts, ou difficilement couverts, des personnes en situation de handicap, à la fois pour la prévention et pour les soins courants (non liés au handicap de la personne). Ainsi les actions financées peuvent porter sur l'accessibilité aux soins, l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de handicap ou encore la formation des professionnels et le développement d'une culture professionnelle commune.

Offre inclusive en Outre-mer – L'exemple d'un AAP pour la mise en place d'une plateforme de services expérimentale en faveur d'adultes en situation de handicap en Guyane

En réponse aux besoins identifiés par les acteurs de terrain, notamment par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), l'ARS Guyane a engagé depuis plusieurs années un travail de développement de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap. Cela se traduit notamment par la création de structures expérimentales sur l'ouest du territoire, d'une plateforme dédiée à l'accompagnement du handicap psychiatrique, ou encore par la mise en place d'un dispositif expérimental d'habitat inclusif avec PCPE.

Dans la perspective de poursuivre cette évolution de l'offre, l'ARS Guyane a émis en décembre 2019, un AAP visant la création d'un établissement dédié à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Il s'agit de mettre en place une plateforme de services expérimentale destinée à l'accompagnement de 50 adultes. Porté par des objectifs de renforcement de l'inclusion sociale et des liens entre les structures sanitaires et les structures sociales et médico-sociales, le projet attendu doit allier une offre de répit pour les aidants, un accompagnement personnalisé adapté aux besoins des personnes et un renforcement de la formation des intervenants à domicile, en favorisant le lien entre services à domicile et accompagnement en établissement. Destiné à tout type d'ESMS, ce projet a vocation à couvrir le territoire de l'Ouest guyanais en proposant la mise en place d'antennes délocalisées.

En raison de la crise sanitaire, les dates de réception des candidatures ont été repoussées à deux reprises. Le projet devrait alors commencer à se déployer en 2021.

Des illustrations régionales

Fiche projet : Habitat inclusif

Habitat inclusif – Deux dispositifs expérimentaux de « Familles gouvernantes »

Porteur du projet : Union départementale des associations familiales de Loire-Atlantique (UDAF 44)

Public cible : adultes en situation de handicap psychique

Région, département : Pays de la Loire, Loire-Atlantique (44)

Date de lancement : 2015

Expérimentation : ☐ Oui ☐ Non

Constats de départs

L'UDAF 44 se rapproche de plusieurs acteurs pour lancer l'expérimentation :

- le centre hospitalier Saint-Jacques en demande de solution sur les sorties d'hospitalisation et le centre médico-psychologique (CMP) Beaumanoir ;
- les bailleurs sociaux (Nantes Métropole Habitat et CDC Habitat avec qui l'UDAF 44 a déjà des liens), la direction départementale de la cohésion sociale – DDCS (qui gère le budget « Programme 177 ») ;
- le CD 44 et la MDPH 44 ;
- l'association d'aide à domicile ADAR (membre de l'UDAF 44) ;

Objectifs du projet

Fondements

Plans nationaux, régionaux...

- Appel à contribution « Habitat inclusif » en partenariat avec la CNSA
- BOP 177

Objectifs

- Proposer à des personnes en situation de handicap psychique de partager des logements du parc social en étant accompagnées quotidiennement par une « gouvernante »
- Favoriser l'inclusion sociale
- Favoriser l'autonomie

Partenaires impliqués

Ce projet est le résultat d'un partenariat actif animé par l'UDAF 44 avec le secteur de la psychiatrie, des bailleurs sociaux de l'agglomération nantaise, le service d'aide à domicile qui emploie les gouvernantes et le conseil départemental de Loire-Atlantique.

Ensemble ils ont un COPIL et travaillent à la mise en œuvre opérationnelle du projet : les bailleurs mettent à disposition de l'UDAF 5 appartements, le CD travaille à la mise en commun de la PCH (pour les colocataires éligibles) et la DDCS finance les deux dispositifs expérimentaux et un poste de coordinatrice. De plus, des conventions sont signées entre l'UDAF et ses partenaires.

Fonctionnement du projet

2 habitats expérimentaux installés sur deux sites différents sur le territoire de Nantes Métropole (le premier site se situe en centre-ville de Nantes, le second dans un quartier sensible/QPV)

Lieux de vie organisés sur le même modèle : espaces partagés (cuisine, salon, salle à manger, salles de bain) et espaces privés (chambres). À noter que l'UDAF 44 a meublé et équipé les espaces communs et que chaque colocataire a installé sa chambre avec ses meubles et l'a décorée selon ses goûts.

Le dispositif « Famille gouvernante » consiste en la présence 8 h/jour et 365 jours/an d'une auxiliaire de vie sociale (appelée « gouvernante ») au sein de chaque lieu de vie pour accompagner les personnes dans les actes de la vie quotidienne (aide à l'entretien des chambres, veille à leur hygiène, accompagnement des colocataires dans leurs prises de rendez-vous et leurs déplacements si besoin, proposition d'activités partagées entre colocataires le week-end...).

Résultats du projet

Points positifs

- Colocataires se sentent en sécurité
- Gain d'autonomie ressenti par les colocataires
- Renforcement des liens et de la confiance entre les partenaires
- Peu d'hospitalisations d'urgence

Points d'attention

- Financement du poste de coordination
- Réticences initiales du secteur de la psychiatrie

Perspectives

Suite à l'expérimentation de ces deux dispositifs, un AAP conjoint CD 44/ARS/Nantes Métropole a été publié en 2018 pour le déploiement de l'habitat inclusif.

Le projet de plateforme de coordination a été retenu pour porter l'implantation de 4 nouveaux projets (dispositif « Familles gouvernantes » en zone rurale, un habitat de proximité, un programme immobilier de centre-ville et 6 nouveaux logements individuels)

Notons également que ce projet, lancé en 2015, a continué son développement ces dernières années, notamment avec l'ouverture en 2019 d'un appartement permettant d'accueillir un couple plus autonome, mais bénéficiant du dispositif « Familles gouvernantes » (sur le second site).

Par ailleurs, en juillet 2020, l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS) a lancé le « [Laboratoire de l'Autonomie](#) » ([Lab'AU](#)) recensant différentes initiatives en matière de soutien à l'autonomie des personnes, dont celles relatives à l'habitat inclusif. Un site internet y est dédié : <https://odas.labau.org/>.

Fiche – Unité d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA)

Unité d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA) d'Albi

Porteur du projet : AGAPEI – École Rochegude

Public cible : enfants autistes scolarisés en élémentaire

Région : Occitanie

Date de lancement : janvier 2019

Expérimentation : ☐ Oui ☐ Non

Constats de départs

La stratégie de l'ARS Occitanie en matière de scolarisation des enfants en situation de handicap repose sur plusieurs éléments structurants :

- signature d'une convention régionale cadre avec les deux académies de la région en faveur de l'école inclusive ;
- réalisation d'un diagnostic régional partagé sur la scolarisation des élèves en situation de handicap et sur les différents dispositifs mis en place pour les élèves avec autisme et organisation d'événements régionaux pour promouvoir les enjeux et objectifs du grand service public pour une école inclusive ;
- orientations régionales déclinées au plus près des territoires avec, par exemple, l'installation de comités de pilotage départementaux dédiés aux dispositifs de scolarisation pour les élèves autistes (ARS, Éducation nationale, collectivité territoriale, MDPH, acteurs du diagnostic et du repérage – centre ressources autisme [CRA], CAMSP – gestionnaire...) ;
- adaptation du calendrier de travail de l'ARS à celui de l'Éducation nationale et du calendrier scolaire, axée sur l'anticipation de la rentrée (anticipation des orientations et formation des professionnels) ;
- politique volontariste forte de l'ARS pour sensibiliser les acteurs pour une société plus inclusive, au-delà de la sphère de l'école.

L'UEEA d'Albi a en outre bénéficié d'un contexte facilitateur :

- l'expérience de l'AGAPEI qui disposait déjà d'une unité d'enseignement en maternelle autisme (UEMA) ;
- une école déjà largement sensibilisée à la scolarisation des élèves en situation de handicap qui disposait d'une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) et UEMA déjà en place dans la circonscription ;
- une municipalité sensibilisée à la thématique du handicap et volontariste en faveur d'une société plus inclusive.

Objectifs du projet : favoriser la scolarisation des élèves autistes

Partenaires impliqués

Outre les partenaires institutionnels naturels des UEEA (ARS, Éducation nationale, municipalité, MDPH), l'unité s'inscrit dans une dynamique partenariale impulsée par l'ARS mobilisant notamment le CRA et les acteurs de la petite enfance (CAMSP...), qui se matérialise au sein de COPIL territoriaux.

Un partenariat avec la médecine scolaire a été mis en œuvre dès le début du projet et une collaboration renforcée avec la CPAM est recherchée, afin de mettre en œuvre des parcours sans rupture (intervention du SESSAD et de l'UEEA, prise en charge de l'orthophonie libérale...).

Enfin, la collaboration avec les familles est une autre composante structurante du projet.

Fonctionnement du projet

L'UEEA d'Albi a adapté ses modalités de fonctionnement avec notamment :

- une ouverture 190 jours par an, au-delà du calendrier scolaire (180 jours par an) ;
- l'intervention d'un éducateur supplémentaire et d'un psychologue mutualisé avec l'ESMS support ;
- l'intervention d'un AESH supplémentaire sur les temps méridiens pris en charge par la municipalité ;
- l'intervention d'une orthophoniste libérale, au sein de locaux mis à disposition par l'école, dans le cadre d'une convention avec l'ESMS ;
- des actions de sensibilisation/formation proposées par l'UEEA avec le soutien de l'ARS, auprès de l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir dans le parcours des enfants (équipe pédagogique de l'école, équipe extrascolaire, chauffeurs des transports scolaires...) ;
- une communication adaptée auprès de toutes les familles de l'école avant l'ouverture du dispositif ;
- l'animation d'un café des parents au sein des locaux de l'école en fin de journée.

L'admission au sein de l'UEEA se décide de manière concertée dans une équipe composée de la directrice de l'école, du directeur de l'ESMS, de l'ARS, de l'Éducation nationale, de la MDPH et du CRA, avant un passage en commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Des actions spécifiquement déployées pour favoriser l'inclusion des élèves de l'unité. C'est notamment le cas du programme « Supers Copains » visant à déployer du tutorat entre les élèves des classes ordinaires et ceux de l'unité. Dans ce cadre, les élèves ont bénéficié de temps de sensibilisation.

Résultats du projet

Points positifs

- la mobilisation forte de la municipalité avec la mise à disposition de moyens ;
- une école qui a particulièrement bien accueilli le projet ;
- une coordination très étroite entre les directeurs de l'école et de l'ESMS ;
- un groupe scolaire de grande taille qui permet de ne pas concentrer les temps d'inclusion ;
- la généralisation des stratégies pédagogiques de l'UEEA au sein de l'école ;
- le projet les « Supers Copains » ;
- une dynamique partenariale forte (médecine scolaire, libéraux, CPAM...) ;
- une volonté d'élargir la sensibilisation des acteurs au-delà de l'école.

Points d'amélioration/perspectives

- poursuivre l'anticipation de la rentrée scolaire afin de préparer au mieux les orientations et d'appuyer les familles ;
- poursuivre la collaboration avec les acteurs du repérage et notamment les CMPP ;
- séminaire régional sur l'école inclusive.

Fiche projet – Plateforme de coordination et d'orientation

Déploiement des PCO en Auvergne-Rhône-Alpes – Focus sur la PCO de l'Isère

Public cible : enfants de moins de 7 ans susceptibles de présenter des TND et leurs familles/professionnels du sanitaire et du médico-social

Région : Auvergne-Rhône-Alpes

Date de lancement : 2019

Expérimentation : ☐ Oui ☐ Non

Objectifs du projet : structurer le parcours de bilan et d'intervention précoce TND

Stratégie de déploiement de l'ARS

La stratégie de déploiement de l'ARS repose sur les principes suivants :

- la mobilisation d'acteurs légitimes et particulièrement dynamiques en termes de respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) et de la place des familles pour le portage des PCO ;
- une diversification des porteurs en termes de compétences, de pratiques et d'outils qui seront partagés entre plateformes ;
- un découpage territorial des PCO en fonction du poids populationnel des territoires, avec des plateformes infradépartementales et d'autres interdépartementales ;
- la mise en synergie des différentes plateformes ;
- l'implication des différents acteurs impliqués dans le projet.

2017 : participation de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes aux travaux préparatoires de la stratégie nationale Autisme qui permet d'identifier les acteurs particulièrement actifs en termes de respect des RBPP et de la place des familles.

2018 : lancement d'un AAC auprès de ces acteurs afin qu'ils se conforment au cahier des charges national, avec un comité de validation associant les familles et les experts.

Principaux critères d'analyse : les pratiques conformes aux RBPP et la place des familles.

2019 : lancement de deux premières PCO en juillet puis de trois nouvelles PCO au cours du dernier trimestre.

Partenaires impliqués/outils déployés

Mise en place d'un comité de pilotage (COPIL) régional afin d'uniformiser le déploiement des PCO avec une représentation large des différents acteurs impliqués (porteurs des PCO, représentants des familles, CPAM, ARS...).

Mise en place, par l'ARS, d'une démarche d'appui à la structuration des PCO avec un cabinet de consultants afin d'initier une dynamique collective entre les PCO permettant d'avoir une même lecture du CdC, d'harmoniser leurs pratiques et d'appuyer l'élaboration des conventions constitutives.

Mobilisation du GCS SARA (e-santé) pour déployer la messagerie sécurisée au sein des PCO.

Mobilisation des CPOM afin de rendre effectif le partenariat avec les professionnels de deuxième ligne.

L'exemple de la PCO de l'Isère

En Isère, c'est le réseau de santé Anaïs qui a été désigné pour porter la PCO. Historiquement porté sur l'accompagnement des troubles DYS, le réseau de santé, de par ses missions, dispose d'une expérience avérée de fonctionnement en réseau et de travail partenarial.

Cette plateforme a notamment partagé ses compétences en termes de publics et de pratiques avec les autres porteurs.

Selon un premier bilan a été réalisé pour la PCO de l'Isère , plus de 130 dossiers ont été accompagnés avec des parcours validés en externe (libéral exclusivement) pour 89 % des situations, des parcours validés en interne (au sein des structures signataires : CMP et CAMSP) pour 8 % des situations et des parcours validés en interne avec forfait précoce (parcours libéral avec attente d'entrée en structure) pour 4 % des situations.

Résultats du projet

Points positifs

- promotion des bonnes pratiques dans le choix des porteurs ;
- travail partenarial territorial en amont de la mise en œuvre du projet permettant d'identifier des porteurs légitimes ;
- déploiement d'outils et de prestations permettant une convergence et une coopération entre PCO (prestation d'appui-conseil, messagerie sécurisée...) ;
- coopération sanitaire/médico-social ; certaines PCO notent déjà à ce stade une évolution des pratiques et une collaboration qui se renforce entre secteur sanitaire et médico-social ;
- les PCO ont rapidement reçu de nombreuses demandes des familles ;
- les professionnels paramédicaux se rapprochent spontanément des PCO.

Points d'amélioration/perspectives

- renforcer les moyens des PCO pour pouvoir répondre aux nombreuses demandes des familles ;
- réflexion à engager sur le rôle des médecins coordonnateurs qui sont particulièrement sollicités (formation, coordination, évaluation...) ;
- parvenir à impliquer davantage les structures de niveau 2 dans le fonctionnement des PCO ;
- développer la formation des médecins libéraux ;
- impliquer davantage les médecins traitants dans le parcours des enfants ;
- harmoniser les pratiques des CPAM ;
- renforcer les liens avec les MDPH (articulation entre l'AEEH et le forfait précoce...) ;
- développer une offre d'aval pour les enfants (SESSAD...) ;
- poursuivre et renforcer le portage institutionnel (COPIL...).

Accès aux soins – Exemple de l'ARS Hauts-de-France – extrait du guide d'entretien

L'ARS Hauts-de-France a publié en 2015 un programme spécifique visant à améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap.

Parmi les actions mises en œuvre :

- > le déploiement de dispositifs de consultations dédiées, conformément à l'instruction du 20 octobre 2015 et au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap (PRAPS-PH). Ces dispositifs ont vocation à répondre aux besoins des personnes lourdement handicapées en rupture de soins dans le système de droit commun en raison de leurs handicaps (dyscommunication, comportements problèmes...). Deux dispositifs fonctionnent depuis fin 2018, début 2019 au sein des hôpitaux du groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille (GHICL) d'une part (équipe mobile d'accès aux soins pour personnes en situation de handicap : EMAH) et du CHU d'Amiens d'autre part (Handiconsult). Deux autres seront opérationnels au cours de l'année 2020 : un situé au CH de Boulogne-sur-Mer, mais porté par le groupement hospitalier de territoire (GHT) Côte d'Opale (trois établissements), et l'autre porté par le CH d'Arras ;
- > la mise en ligne d'un site dédié à l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap : Handisoins. À l'initiative de l'agence, il s'inscrit dans le cadre du PRAPS-PH qui faisait de l'accès à l'information et à la communication l'action prioritaire à mener. Cette plateforme en cours de développement sera accessible à tous types de handicaps (audio description, lecture Dys...) et permettra aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants de se repérer sur différents parcours de soins particulièrement complexes (gynéco, bucco-dentaire, ophtalmo), de préparer une hospitalisation, un examen de santé... Un espace professionnel sera également disponible. Handisoins devrait être en ligne en avril 2020 ;
- > le développement d'actions de sensibilisation de professionnels de santé à l'accompagnement en consultation d'une personne en situation de handicap en fonction de ses troubles (autisme, polyhandicap, déficience intellectuelle, handicap psychique...) au moyen de soirées déployées sur chaque territoire de proximité à destination des professionnels de santé libéraux ;
- > le développement d'actions de formations dans le cadre de l'accès à la prévention. À titre d'exemple, l'agence finance le planning familial pour des actions de formation de professionnels médico-sociaux à l'accompagnement à la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap.

6 L'offre de répit

L'essentiel en chiffres

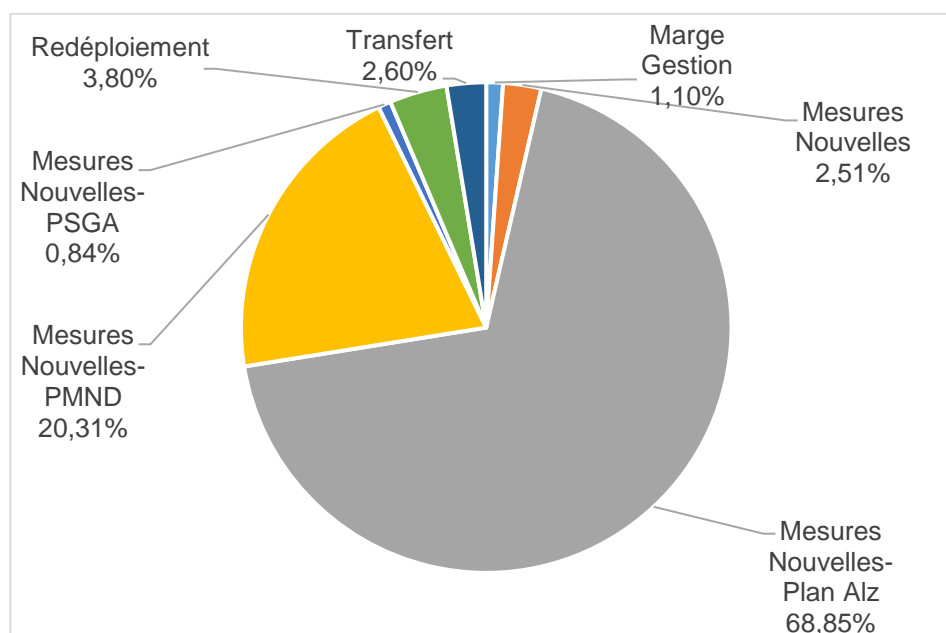
Dans le secteur des personnes âgées, plusieurs plans ont pour objectif de développer des mesures afin de soutenir les proches aidants. Ces mesures permettent notamment la création de dispositifs d'accompagnement et de soutien à domicile des aidants tels que les plateformes de répit.

Les plateformes d'accompagnement et de répit : un maillage territorial qui s'est poursuivi en 2019

Dans le cadre du plan national Alzheimer et du plan Maladies neurodégénératives, les plateformes d'accompagnement de répit ont été notifiées pour un montant de 21,5 M€ (soit 15 M€ pour le PNA et 6,5 M€ pour le PMND), correspondant à 215 plateformes financées à hauteur de 100 000 € (montant de référence²⁹), financées au titre des deux derniers plans personnes âgées (PA) au 31 décembre 2019.

Ainsi, les ARS ont engagé au 31 décembre 2019 pour un montant de 23,88 M€, toutes enveloppes confondues, pour près de 289 PFR sur le territoire national. Les ARS ont donc dégagé des crédits supplémentaires et installé des PFR au-delà des crédits qui leur ont été notifiés.

Figure 47 : répartition des crédits engagés par enveloppe au titre des PFR



Au 31 décembre 2019, 94 % des départements ont au moins une PFR. Au minimum, un département a une PFR et au maximum 13 ; la valeur médiane est de 2 PFR par département. Pour la seule année 2019, les ARS ont engagé 2,85 M€, toutes enveloppes confondues, au titre des PFR, dont 1,50 M€ au titre des plans PSGA et PMND.

Si on s'intéresse aux installations, au 31 décembre 2019, 23,46 M€ ont été consommés au titre des PFR toutes enveloppes confondues. Sur l'année 2019, 2,43 M€ ont été consommés.

Entre 2020 et 2024, les ARS ont programmé pour un montant de 3,27 M€ pour les plateformes de répit, toutes enveloppes confondues dans le champ des personnes âgées.

²⁹ Instruction n° DGCS/3A/2018/44 du 16 février 2018 relative à la mise à jour du cahier des charges des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) et à la poursuite de leur déploiement dans le cadre du plan Maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019.

L'accueil temporaire : une mobilisation notable des leviers à la main des ARS pour développer des solutions

Sur le secteur des personnes âgées comme celui des personnes handicapées, une autre formule de répit est déployée sur le territoire national par les ARS : l'accueil temporaire. Ce mode de prise en charge fait référence à toute modalité d'accueil non permanent comme un accueil organisé pour une durée limitée, sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement. Il vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie des personnes âgées mais également à apporter du répit à leurs aidants familiaux. Au titre du PSGA, les crédits notifiés au titre de l'AJ et de l'HT sont d'un montant total de 182,05 M€, soit 17 162 places, néanmoins les régions ont également contribué à l'effort de structuration de cette offre sur le territoire.

L'accueil de jour (AJ) avec ou sans PFR peut accueillir des personnes âgées présentant une maladie neurodégénérative (Alzheimer et maladies apparentées, Parkinson, sclérose en plaques...) et vivant à domicile.

L'hébergement temporaire (HT) est une formule d'accueil organisée pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour. Il peut, par exemple, représenter une première expérience de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement, ou une transition après une hospitalisation avant le retour à domicile.

202,12 M€ ont été consommés au total en soutien au développement de l'offre de répit, toutes enveloppes confondues (dont 132,80 M€ au titre du PSGA), permettant le financement de 19 842 places (dont 12 317 places d'accueil de jour et 7 525 places d'hébergement temporaire).

Ainsi, 179,87 M€ ont été délégués via les mesures nouvelles et les plans nationaux pour installer ces structures, et 22,25 M€ via des enveloppes de marge de gestion, de redéploiement et de fongibilité.

En 2019, 4,23 M€ ont été consommés au titre des AJ et HT avec ces mêmes enveloppes, permettant l'installation de 233 places nouvelles en AJ et de 148 places en HT.

D'ici à 2024, les ARS projettent d'installer 1 140 places d'AJ et 818 places d'HT supplémentaires, qui mobiliseront 23,53 M€, la part la plus importante de ces crédits devant être mobilisée dès 2021.

L'offre à destination des personnes en situation de handicap majoritairement tournée vers l'hébergement temporaire

Dans le champ des **personnes en situation de handicap**, les ARS peuvent mobiliser plusieurs enveloppes en soutien de l'offre de répit : le 3^e plan Autisme comporte une enveloppe dédiée de 14 M€ pour la création de places en accueil temporaire ; la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale (SQEOMS) permet également aux ARS de flécher des crédits afin d'installer des plateformes de répit pour les personnes en situation de handicap.

Toutes enveloppes confondues, les ARS ont engagé 3,01 M€ au 31 décembre 2019 au titre des plateformes, dont 1,10 M€ au titre de la SQEOMS. Pour la seule année 2019, un montant de 1,33 M€ a été engagé par les ARS pour ce dispositif et 1,59 M€ ont été consommés. Parallèlement au secteur des personnes âgées, si on prend en compte l'accueil séquentiel et l'accueil temporaire sur le secteur des personnes handicapées, les ARS ont engagé des crédits pour un montant de 111,25 M€, dont 6,13 M€ pour la seule année 2019.

Ainsi, elles ont consommé **101,58 M€**, toutes enveloppes confondues, pour les plateformes, les accueils temporaires et les accueils séquentiels, **dont 4,22 M€ pour la seule année 2019 dans le champ du handicap**.

Les ARS prévoient par ailleurs d'engager 34,14 M€ entre 2020 et 2024 pour les dispositifs précités, dont 5,25 M€ issus de leurs enveloppes propres (marge de gestion, redéploiement et transfert) pour les personnes en situation de handicap.

Quelques exemples régionaux : Les AAP/AAC/AMI dédiés au développement de l'offre de répit

La transversalité de l'offre de répit, au regard des publics auxquels elle est destinée (qu'ils soient en situation de handicap, des personnes âgées en perte d'autonomie ou des aidants) et des nombreux plans et lois nationaux qui y font référence, en fait une thématique particulièrement investie par les ARS en 2019. Ainsi, la plupart des ARS (11 sur les 17) ont émis des AAC (pour 12 projets) ou des AAP (pour 9 projets) visant l'offre de répit.

La plupart des AAP ou AAC émis par les ARS en 2019 concernent le public des personnes âgées en perte d'autonomie et/ou leurs aidants. Les AAP sont mobilisés pour la création de nouvelles structures, en particulier des accueils de jour itinérants (3 projets en Auvergne-Rhône-Alpes, en Occitanie et en Provence-Alpes-Côte d'Azur) ou non (1 projet lancé par l'ARS Bretagne). L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a également lancé un AAP visant la création d'un accueil de jour médicalisé destiné à l'accompagnement de personnes malades d'Alzheimer, en perte d'autonomie, désireuses et en capacité de bénéficier d'un projet de soutien à domicile. L'ARS Nouvelle-Aquitaine souhaite également développer de nouvelles structures de répit, en particulier deux Maisons d'accueil temporaire (MAT) dans le département de la Gironde, au moyen d'un AAP conjoint avec le CD.

Par ailleurs, plusieurs appels à projets et à candidatures émis par les ARS en 2019 visent la mise en place de plateformes d'accompagnement et de répit (PFR). Inscrits dans le cadre du plan Maladies neurodégénératives 2014-2019, ces AAC émis par les ARS des Hauts-de-France (1 projet), d'Île-de-France (1 projet), de Normandie (2 projets) et de Nouvelle-Aquitaine (4 projets) visent l'accompagnement des aidants de personnes atteintes de ces maladies (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques et apparentées) et le développement de services de répit. L'appel à projets de l'ARS Guyane porte sur le développement d'une PFR dédiée aux personnes avec TSA. Par ailleurs, l'ARS Grand Est a émis un AAC visant à développer une offre de répit à domicile. Il s'agit de mettre en place un dispositif de relai, à travers la possibilité d'une suppléance du proche aidant à domicile, ou de séjour de répit aidants-aidés.

Enfin, trois ARS ont fait le choix de dédier une offre de répit spécifique aux personnes en situation de handicap. C'est le cas des ARS de Bourgogne-Franche-Comté par AAC et de la Guyane par AAP, qui visent la création d'un dispositif départemental de répit pour personnes avec TSA. L'ARS Occitanie a souhaité le déploiement d'unités régionales de répit rattachées à des IME pour l'accompagnement d'enfants et d'adolescents par le biais d'un AAP.

7 Accompagnement des situations complexes et développement de l'offre médicalisée

L'essentiel en chiffres

Le développement de solutions en établissement représente 55 % des crédits consommés en 2019 pour l'offre médico-sociale dans le champ du handicap

Les ARS restent fortement mobilisées par plusieurs chantiers pour répondre aux difficultés des personnes handicapées « sans solution » et, plus spécifiquement, prévenir leurs départs en Belgique, qu'il s'agisse aussi bien de développer l'offre d'accompagnement médico-sociale que de permettre sa transformation pour répondre à de nouveaux³⁰ besoins :

- > développement du travail partagé entre ARS et conseils départementaux autour de la transformation de l'offre, notamment autour de l'offre de proximité, en lien avec les fédérations du secteur ;
- > développement des prises en charge partagées sur le territoire pour les situations les plus complexes ;
- > évolution des pratiques en ESMS et formation des professionnels à la prise en charge des troubles sévères du comportement ;
- > évolution des pratiques d'admission en ESMS ;
- > identification en temps réel des places vacantes, notamment grâce au développement des systèmes d'information.

Plus spécifiquement, en termes de développement de l'offre, sont attendus :

- > la poursuite de la couverture territoriale en PCPE ;
- > la priorité donnée aux retours de Belgique, lors de la création de nouvelles places de FAM ou MAS ;
- > la création, par exemple en Île-de-France, de plateformes FAM/SAMSAH/PCPE (pour profils relevant de l'autisme et du handicap psychique) ;
- > la poursuite d'expérimentations sur l'accompagnement des retours de Belgique (ex. en Meurthe-et-Moselle : construction de solutions y compris de droit commun pour permettre les retours).

L'offre médicalisée existante à fin 2018 est présentée dans la partie relative aux taux d'équipement.

³⁰ La diversité des situations recouvertes par le terme de « sans solution » est notamment approchée par l'étude de l'ANCREAI soutenue par la CNSA dans le cadre de l'appel à projets conduit par l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) « Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux (2017) ». L'étude relative aux « Non-recours aux ESMS (après notification vers un établissement ou un service pour personnes handicapées) : profils et motivations (2020) » avait pour objectif d'identifier les motifs de non-recours aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour les personnes disposant d'une notification d'orientation vers un ESMS délivrée par la MDPH, de mieux connaître leur profil et de décrire les éventuelles solutions alternatives mises en place. Les auteurs ont identifié différents types et causes de non-recours regroupés en deux catégories principales : le non-recours par choix (54 %) et le non-recours subi (42 %). Le non-recours peut ainsi s'expliquer soit par la non-adhésion aux principes de l'offre, par la volonté de disposer d'une notification « de sécurité » en prévision d'un contexte qui pourrait se dégrader, par l'inadaptation de l'offre, par le manque d'intérêt de l'offre, par le refus de l'ESMS... Les auteurs notent l'importance pour les équipes pluridisciplinaires d'évaluation (en MDPH) d'émettre des notifications en accord avec les familles afin de rendre possible l'adhésion à la décision. Ils relèvent également, dans un secteur médico-social réputé complexe, la faiblesse des alternatives à l'ESMS, qui permettraient (entre autres) de choisir les professionnels entrant dans le domicile.

Les données présentées ci-après sont centrées sur le développement de l'offre dite institutionnelle, hors accueil temporaire, hors dispositifs relatifs à l'emploi et hors PCPE qui font l'objet de développements spécifiques dans le présent document.

Le développement de cette offre relève d'une dynamique spécifique puisqu'il s'agit pour les ARS de proposer des solutions aux personnes dont les situations nécessitent un accompagnement important par un établissement médico-social spécialisé, doublé d'un hébergement permanent, en alternative au maintien à domicile.

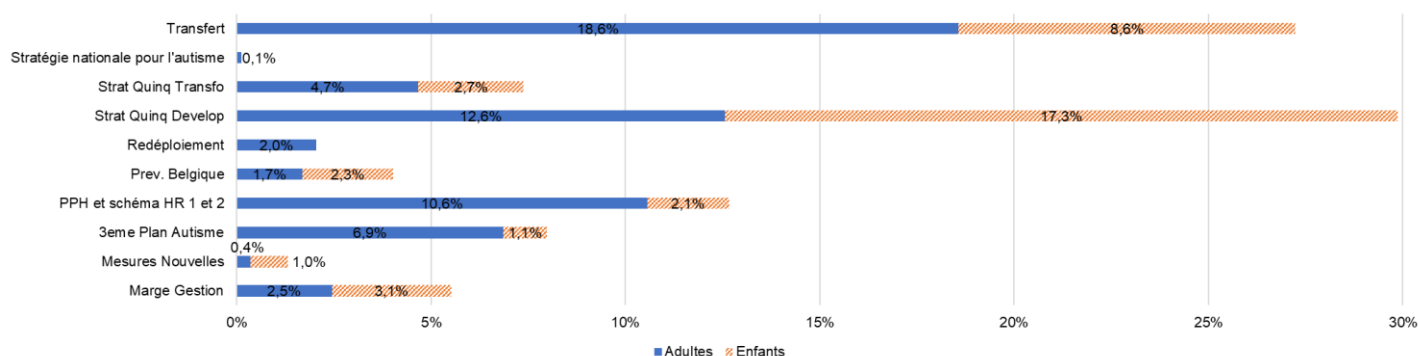
Cette dynamique demeure une constante du développement de l'offre et s'appuie sur différentes enveloppes mobilisables dont celle dédiée à la prévention des départs en Belgique qui vise spécifiquement à proposer des solutions diverses autour du milieu ordinaire et de la construction de solutions individualisées (ex : PCPE) mais aussi à permettre l'accès à une offre institutionnelle lorsque cela est jugé nécessaire.

Les autorisations et l'engagement des crédits en 2019

En 2019, 61,8 M€ ont été engagés par les ARS pour développer une offre d'accompagnement renforcée couplée à un hébergement permanent, représentant 52 % des engagements pris.

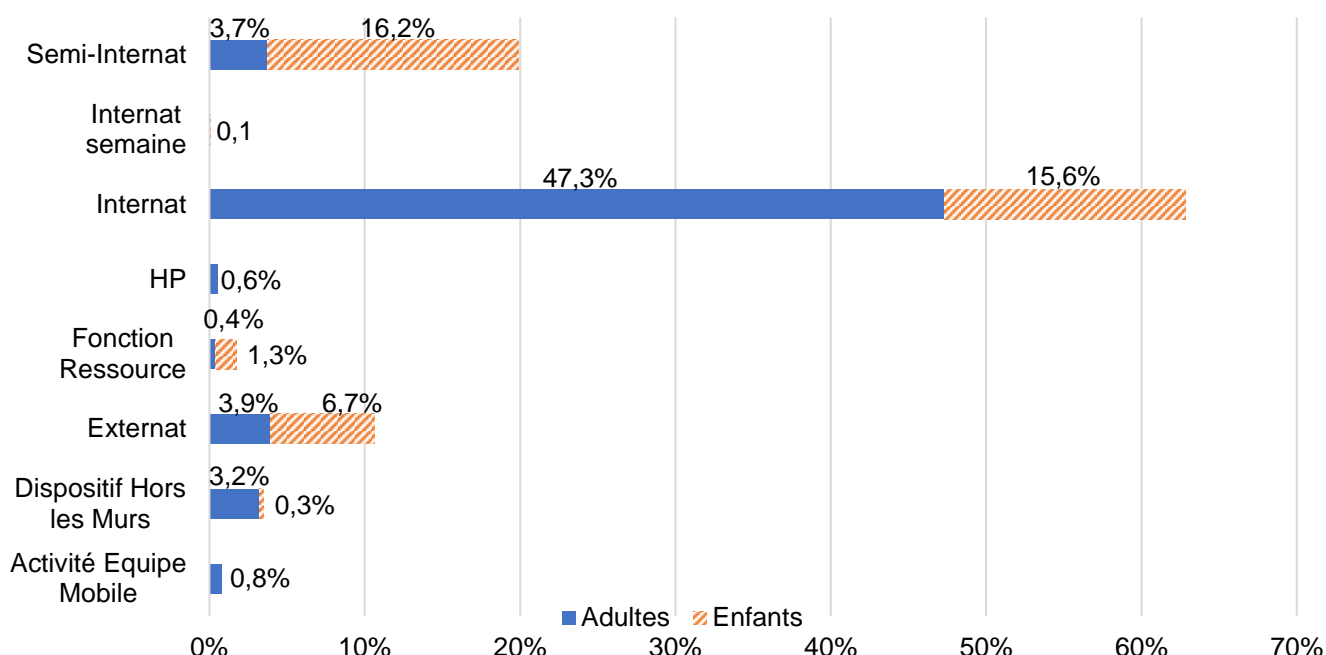
On peut observer une prépondérance du public adulte (60 % des engagements) et une forte mobilisation des enveloppes relatives à la fongibilité et à la stratégie quinquennale.

Figure 48 : Répartition, par enveloppes, des engagements 2019 relatifs à l'offre institutionnelle



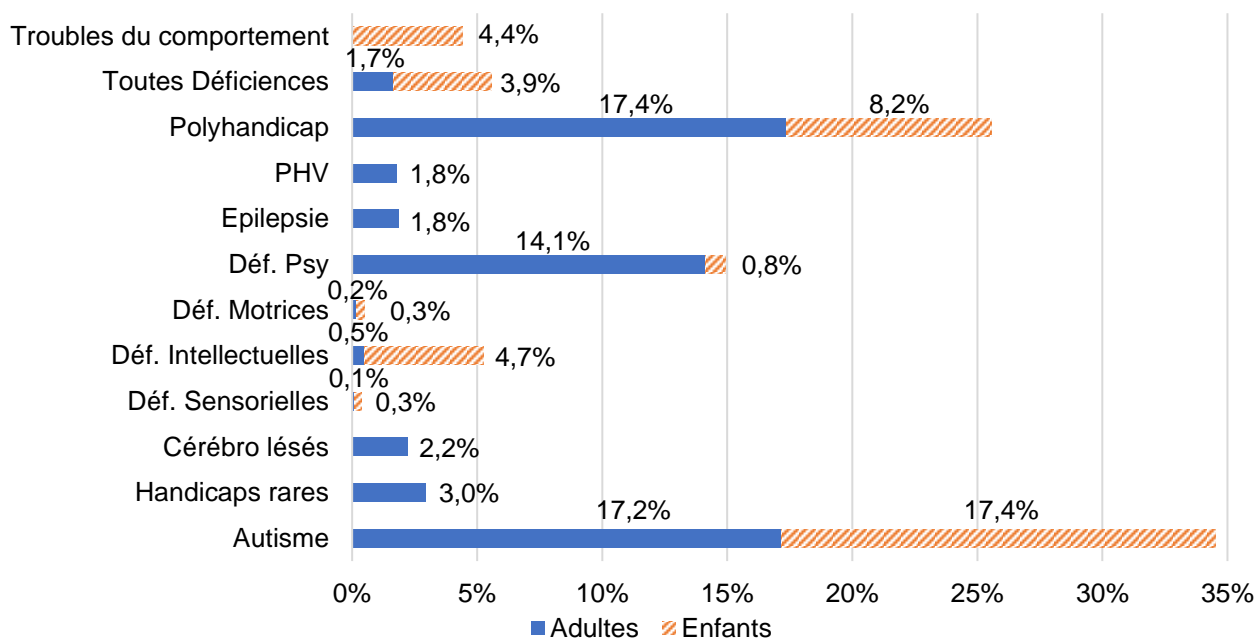
Dans le secteur des adultes, les efforts se concentrent sur l'internat (près de 50 % des engagements), alors que dans le champ des enfants cette offre est également développée mais dans des proportions moindres (16 %).

Figure 49 : Répartition, par mode de fonctionnement, des engagements 2019 relatifs à l'offre institutionnelle



Plus de 60 % des crédits engagés ciblent le public concerné par l'autisme et le polyhandicap.

Figure 50 : Répartition, par type de déficience, des engagements 2019 relatifs à l'offre institutionnelle



À l'horizon 2024, les ARS prévoient d'avoir engagé 73,2 M€ supplémentaires, représentant 39 % des engagements prévisionnels.

Dans ces engagements prévisionnels, le public « adultes » ainsi que celui concerné par l'autisme et les troubles du neurodéveloppement resteront prioritaires avec respectivement 57 % et 43 % des crédits dédiés.

Les installations et la consommation des crédits en 2019

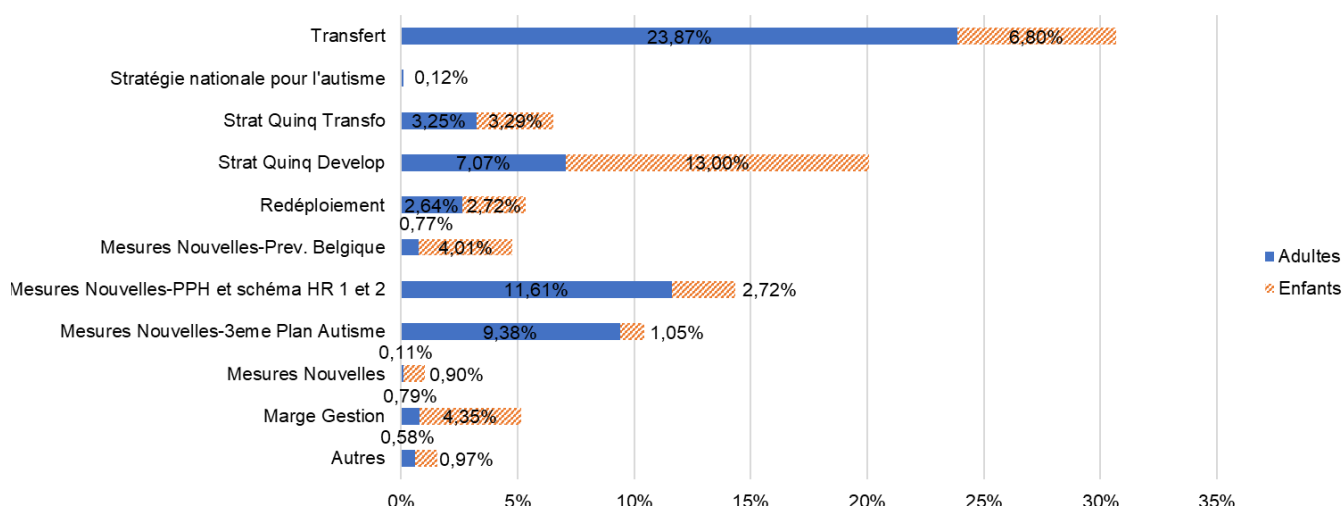
En 2019, 66,1 M€ ont été consommés par les ARS pour déployer cette offre d'accompagnement en établissement médico-social. Cela représente 55 % des consommations effectives de l'année 2019.

Cette consommation est à nuancer selon les ARS. En effet, si en moyenne cela a représenté 46 % des crédits consommés, certaines ARS ont fait le choix de ne pas développer cette offre.

-	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
Offre institutionnelle, 2019	0,00 %	46,37 %	46,02 %	83,74 %

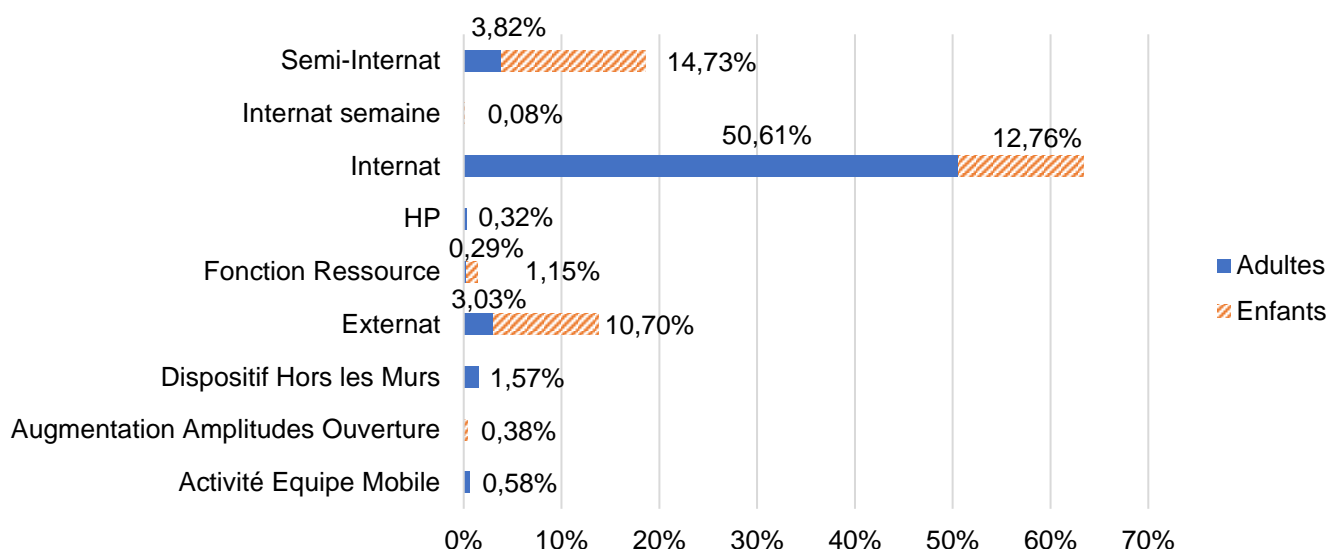
On peut observer une représentation importante du public adulte (60 % des consommations) et une forte mobilisation des enveloppes issues de la fongibilité et de la stratégie quinquennale.

Figure 51 : Répartition, par enveloppes, des consommations 2019 relatives à l'offre institutionnelle



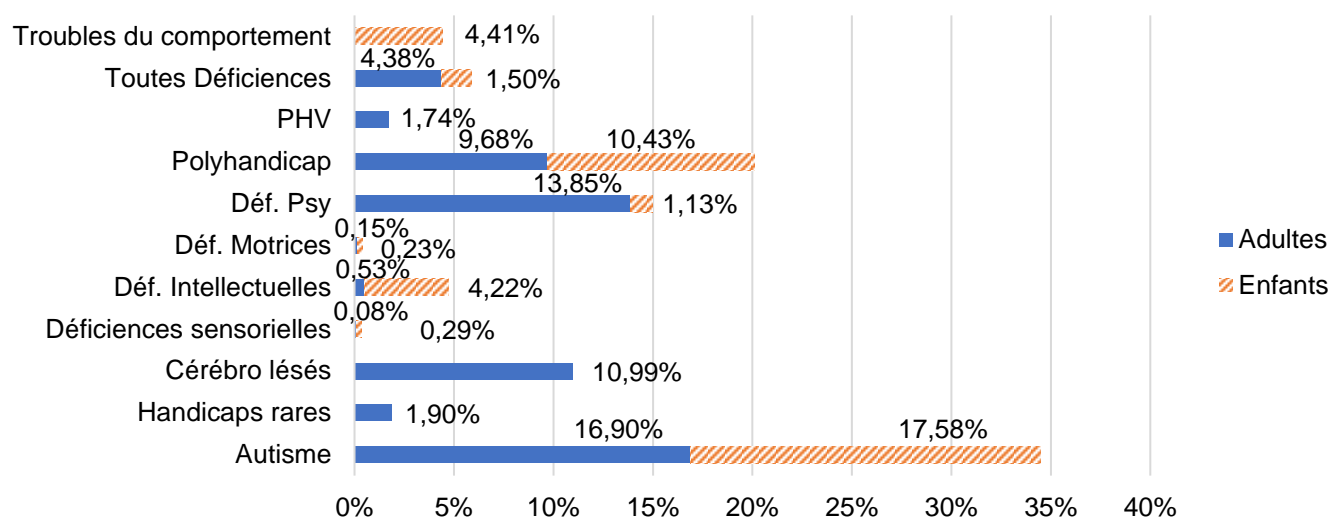
Par ailleurs, dans le champ adulte l'hébergement en internat représente plus de 50 % des consommations, alors qu'il représente 13 % de l'offre développée pour les enfants qui donne une place plus importante au semi-internat (15 %).

Figure 52 : Répartition, par mode de fonctionnement, des consommations 2019 relatives à l'offre institutionnelle



Plus de 55 % des crédits consommés ciblent le public concerné par l'autisme et le polyhandicap.

Figure 53 : Répartition, par type de déficience, des consommations 2019 relatives à l'offre institutionnelle



À l'horizon 2024, les ARS prévoient d'engager 179,7 M€ supplémentaires, représentant 58 % des consommations prévisionnelles.

Dans ces consommations prévisionnelles, le public « adultes » ainsi que l'autisme resteront prioritaires avec respectivement 72 % et 43 % des crédits dédiés.

Au regard de l'ensemble des consommations prévisionnelles, le développement de cette offre est plus homogène.

-	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
Offre institutionnelle, 2020-2024	0,00 %	50,00 %	56,30 %	79,00 %

Le développement de l'offre en hébergement permanent représente 48 % de l'ensemble des crédits consommés en 2019 dans le champ de l'offre médico-sociale à destination des personnes âgées

Nous nous intéresserons dans cette partie à l'hébergement permanent au sein des EHPAD.

Depuis leur création, le nombre d'Ehpad n'a cessé de croître ainsi que le nombre de leurs résidents. Au total, 460,82 M€ ont été notifiés aux ARS (soit 51 242 places) au travers des mesures nouvelles (<2011) pour 40,21 M€ (soit 5 924 places), du Plan de solidarité grand âge pour 382,71 M€ (soit 41 334 places) et du plan de relance (37,90 M€ pour 3 944 places).

Au 31 décembre 2019, 88 788 places en hébergement permanent ont été autorisées, toutes enveloppes confondues, en mobilisant 838,23 M€. Les ARS ont mobilisé leurs marges internes pour un montant de 267,65 M€.

Bien que les plans nationaux aient défini des objectifs à atteindre en matière de création de places d'EHPAD, les ARS ont fait le choix d'orienter une majorité de leurs crédits vers ce type de structures au-delà des objectifs fixés.

En 2019, toutes enveloppes confondues, **2 392 places** supplémentaires en hébergement permanent ont été installées, qui consomment 25,5 M€ (dont 14,61 M€ pour 1 310 places issus des crédits de marge de gestion, de redéploiement et de transfert).

Au 31 décembre 2019, toutes enveloppes confondues, on comptabilise 83 977 places qui ont été installées pour un montant de 783,33 M€ pour de l'hébergement permanent.

Entre 2020 et 2024, les ARS ont prévu l'installation de 7 777 places supplémentaires en hébergement permanent, mobilisant un montant 88,26 M€.

Des travaux doivent se poursuivre avec les ARS au titre du plan PSGA et des mesures nouvelles datant d'avant 2011, afin de mettre en parallèle les crédits notifiés aux crédits autorisés, installés et programmés suite à la fusion des régions dans l'application SEPPIA. Les ARS ont fait le choix de créer des places via les autres plans nationaux, mais surtout de déployer une majorité des crédits de redéploiements, de marge de gestion et de transfert à cette offre.

Les unités d'hébergement renforcé

Les unités d'hébergement renforcé (UHR) sont des lieux d'hébergement aménagés dans les EHPAD qui accueillent jour et nuit des personnes âgées ayant une maladie Alzheimer ou une maladie apparentée entraînant des troubles du comportement importants. À ce titre, 65,05 M€ (soit 3 340 places) ont été notifiés aux ARS via le PNA (34,91 M€, 1 660 places) et le PMND (30,13 M€, 1 680 places).

Au 31 décembre 2019, les ARS ont engagé 52,31 M€ pour 2 681 places d'UHR, toutes enveloppes confondues. La délégation de ces crédits a été permise pour 93 % grâce aux plans nationaux et aux mesures nouvelles (<2011), 48,69 M€ pour 2 476 places.

En 2019, les ARS ont engagé 5,8 M€, toutes enveloppes confondues, pour 280 places.

Au 31 décembre 2019, les ARS ont consommé 48,57 M€ pour 2 493 places d'UHR, toutes enveloppes confondues. 94 % de ces crédits, 45,40 M€, sont issus des plans nationaux et des mesures nouvelles (<2011). En 2019, 4,90 M€ ont été consommés pour l'installation de 241 places, toutes enveloppes confondues. 90 % de ces crédits sont issus des plans ministériels.

Entre 2020 et 2024, les ARS ont programmé 505 places d'UHR, soit un montant de 10,76 M€. 69 places d'UHR vont être créées via des enveloppes de marge de gestion et de redéploiement.

Quelques exemples régionaux

Les AAP/AAC/AMI dédiés au développement de solutions médicalisées pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

En 2019, la plupart des ARS visent le déploiement d'une offre médicalisée dans le champ de l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou des personnes âgées en perte d'autonomie. En effet, 53 AAC et AAP ont été émis, qui visent à créer des établissements et services, des unités dédiées, des équipes mobiles ou spécialisées dans une perspective de développement de l'offre institutionnelle.

En 2019, 19 AAP ou AAC émis par différentes ARS proposaient la création d'établissements ou de places en établissements. Parmi eux, 11 projets concernaient les EHPAD avec création d'hébergement temporaire ou définitif. Ainsi l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur a émis un AAP pour la création d'un EHPAD, de même que l'ARS Bourgogne-Franche-Comté qui procède par AAC. Soulignons également qu'un autre projet d'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes est porté par l'ARS Guadeloupe-Saint-Martin-Saint-Barthélemy pour le territoire de Saint-Barthélemy par la mobilisation d'un AAC. Les autres projets visant la création de places en EHPAD concernent l'hébergement temporaire *via* des AAC et sont portés par les ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie et Occitanie. Par ailleurs, d'autres AAP ou AAC émis en 2019 visent la création d'établissements d'accueil médicalisés (EAM), par AAP pour les ARS Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes ou par AAC pour les ARS Bourgogne-Franche-Comté et de La Réunion. L'ARS Occitanie a également lancé un AAC pour la création de trois « maisons de répit » destinées à délivrer des soins palliatifs et à l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en fin de vie. De même, l'ARS Île-de-France a lancé deux AAP pour la création de plateformes, l'une associant des places d'EAM et de SAMSAH à destination de personnes en situation de handicap psychique, l'autre associant des places d'EAM et des places non médicalisées à destination de personnes âgées en situation de handicap. De plus, l'ARS Île-de-France a émis en 2019 un AAP conjoint avec le Conseil départemental de Seine-Saint-Denis pour la création d'une structure expérimentale pour accompagner les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance avec troubles du spectre autistique (TSA).

La création de pôles ou d'unités dédiées en EHPAD a fait l'objet de 13 AAC en 2019. Ainsi, 7 AAC portent sur la création de pôles d'activités et de soins (PASA) en EHPAD : 1 AAC par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 1 AAC par l'ARS Grand Est, 1 AAC par l'ARS Pays de la Loire et 4 AAC par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. De plus, certaines ARS souhaitent la mise en œuvre d'unités dédiées aux personnes âgées en situation de handicap en EHPAD. C'est le cas des ARS Grand Est, Hauts-de-France et Île-de-France qui procèdent par AAC. Par ailleurs, les ARS Bourgogne-Franche-Comté et Normandie visent la création d'unités d'hébergement renforcé par AAC en 2019. Notons également que l'ARS Bourgogne-Franche-Comté a émis un AAC pour la création d'unités psychiatrie de la personne âgée en EHPAD, dans le cadre d'une expérimentation de trois ans qui vise l'installation d'une unité par département.

Enfin, 21 AAP ou AAC émis par les ARS en 2019 visent le développement d'un accompagnement médicalisé hors des établissements. Ainsi, 6 ACC et 1 AAP portent sur le déploiement d'équipes mobiles ou spécialisées en SSIAD et SPASAD. L'ARS Bretagne vise par AAC la mise en place extrahospitalière d'équipes mobiles de gériatrie dans le cadre d'une expérimentation. De plus, quatre ARS (Bretagne, Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie) visent le déploiement d'équipes spécialisées pour l'accompagnement des maladies neurodégénératives à domicile. Elles procèdent par AAC pour une expérimentation. De plus, soulignons 1 AAP pour la création de deux équipes spécialisées Alzheimer par l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Dans le champ de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, l'ARS des Hauts-de-France a émis 1 AAC pour la création d'équipes spécialisées de prévention inter-EHPAD, déployée à titre expérimental. En 2019, quatre ARS visent également le renforcement de leur offre de SAMSAH par création ou transformation de places existantes. Il s'agit de l'ARS Nouvelle-Aquitaine qui souhaite déployer 3 projets par AAP pour l'accompagnement d'adultes en situation de handicap psychique, de l'ARS Normandie qui vise 2 projets par AAP pour l'accompagnement d'adultes en situation de handicap avec TSA, et de l'ARS de La Réunion qui vise la création d'un SAMSAH également dédié à l'accompagnement des TSA par 1 AAC. De plus, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a choisi de doter ses 13 territoires de SAMSAH dédiés au handicap psychique, avec un plan de création de 307 places, une coopération forte avec la filière sanitaire de réhabilitation psychosociale, et avec un objectif de facilitation de l'accès au logement autonome. Ainsi, quatre départements ont été ciblés en 2019 par 3 AAP et 1 AAC pour la création de SAMSAH de réhabilitation dans la région. Par ailleurs, notons que les ARS de Martinique, de Bretagne et de Grand Est dédient un fond d'innovation en psychiatrie par AAP dans le but de favoriser les prises en charge ambulatoires et les interventions à domicile dans le cadre d'un parcours de soins coordonné et sans rupture.

Les AAP/AAC/AMI permettant d'illustrer le développement des actions de prévention de la perte d'autonomie en EHPAD

En 2019 de nombreuses ARS ciblent le développement d'actions visant la prévention de la perte d'autonomie en EHPAD. Ainsi, 14 AAC de ce type ont été publiés au cours de l'année : 1 par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 1 par l'ARS Centre-Val de Loire, 8 par l'ARS Grand Est, 1 par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, 1 par l'ARS Normandie et 2 par l'ARS Occitanie. Les projets de prévention de la perte d'autonomie en EHPAD ont également été lancés à travers 4 AAP en Normandie. Par ailleurs, en 2019, des AAI ont été lancés, visant la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie en EHPAD à quatre reprises par l'ARS Occitanie, ainsi que 1 AAI lancé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Les ARS se sont donc massivement emparées de l'enjeu de prévention de la perte d'autonomie en EHPAD, en mobilisant à la fois des AAC, des AAP et des AAI. Inscrits dans la continuité de la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2016, de la feuille de route Grand âge et autonomie de 2018 et du rapport Libault de 2019, ces AAP/AAC/AAI visent à soutenir le développement d'actions de prévention auprès de personnes âgées en perte d'autonomie, sur des thématiques comme le repérage de la dépression et la prévention du suicide, le repérage de la perte d'autonomie, de la douleur, la prévention des chutes, la prévention bucco-dentaire ou encore la promotion de l'activité physique adaptée.

Enfin, tous ces AAP/AAC/AAI sont conduits par l'ARS conjointement, dans la plupart des cas, avec les conseils départementaux ou dans le cadre de la conférence des financeurs.

Illustration régionale : Fiche projet – Centre de ressources

Centre de ressources polyhandicap (CRP)

Porteur du projet : collectif d'acteurs – L'association adultes et enfants inadaptés mentaux (AEIM) est le porteur juridique du projet

Public cible : personnes en situation de polyhandicap

Région : Grand Est

Date de lancement : octobre 2019

Expérimentation : ☐ Oui ☐ Non – si oui, durée de l'expérimentation : 2 ans

Constats de départs

Plusieurs professionnels lorrains travaillant déjà ensemble ont saisi l'opportunité de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre qui prévoyait le développement des centres de ressources pour demander le soutien de l'ARS.

Objectif du projet

Fondements	Objectif
<i>Plans nationaux, régionaux...</i> Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale – Volet polyhandicap	Contribuer au développement de la qualité de l'offre en faveur des personnes en situation de polyhandicap

Partenaires impliqués

Le centre a été créé à partir de la volonté d'un collectif d'acteurs associatifs et publics : GHT Sud Lorraine, APF France Handicap, association adultes et enfants inadaptés mentaux (AEIM) – ADAPEI 54, association JB THIERRY, collectif polyhandicap Lorraine, office d'hygiène sociale (OHS) de Lorraine. Ils sont tous membres du comité de pilotage du CRP.

Le projet est soutenu par l'ARS Grand Est. Une convention FIR expérimentale a été signée pour une durée de deux ans. La dotation financière annuelle est de 65 000 euros. Elle sert principalement à financer le poste de coordinateur.

Par ailleurs, une réunion de lancement régionale a été organisée fin 2019 auprès de l'ensemble des acteurs du polyhandicap (y compris sanitaire).

Fonctionnement du projet

Le CRP fonctionne en réseau en s'appuyant sur les professionnels de tous types d'ESMS polyhandicap qui agissent en « points relais » et qui couvrent le territoire.

Une coordinatrice est chargée d'assurer la coordination du CRP : favoriser le lien entre les points relais et le réseau, apporter un soutien technique aux professionnels des points relais, constituer et actualiser la base documentaire du centre ressources, animer des rencontres de territoire, assurer la diffusion d'information auprès du réseau et coordonner des actions de formation en matière de polyhandicap.

L'objectif poursuivi est alors d'apporter une réponse aux besoins des personnes au plus près de chez elles en s'appuyant sur les ressources existantes au sein du réseau de professionnels. Il s'agit à la fois de faciliter l'accès des professionnels aux ressources disponibles sur leur territoire, mais également de soutenir les aidants des personnes en situation de handicap, en les faisant monter en compétence et en partageant les savoirs entre les professionnels, les personnes et leurs familles.

Le point d'entrée dans le dispositif pour les personnes en situation de polyhandicap et leurs familles est un professionnel mobilisé dans le réseau CRP, un contact téléphonique ou le site internet du CRP Grand Est : <https://crpge.org/>. Ce dernier permet notamment d'accéder à de la documentation sur des thématiques précises en lien avec le polyhandicap et de développer le réseau d'acteurs en prévoyant la création d'un annuaire des ESMS spécialisés dans le polyhandicap.

Résultats du projet

Le CRP a été déployé à la fin de l'année 2019, les échanges et le suivi par l'ARS ont été très réguliers au début, mais la crise sanitaire a rendu compliquée l'évaluation des premiers résultats du projet.

Néanmoins, un bilan intermédiaire témoigne d'un intérêt pour le CRP avec plus de 1 000 visites sur le site internet dans les six premiers mois après son lancement. De même, plusieurs professionnels expriment auprès de l'ARS leur satisfaction vis-à-vis du projet, notamment parce qu'il est favorable à un décloisonnement des structures.

Perspectives

Mis en place de manière progressive dans quatre départements, le dispositif a vocation à se déployer dans toute la région Grand Est d'ici la fin de l'expérimentation. L'objectif est alors de parvenir à pérenniser le dispositif à l'échelle régionale en octroyant un financement par les crédits de l'assurance maladie (ONDAM).

8 Coopérations/coordinations/dynamiques partenariales

Focus sur les dispositifs relatifs aux parcours – MAIA, DAC

En 2019, l'ensemble des ARS se mobilisent pour unifier les Plateformes territoriales d'appui à la coordination (PTA), les réseaux de santé (hors réseaux régionaux), les MAIA, les coordinations territoriales d'appui mises en place dans le cadre de Paerpa au sein d'un même établissement juridique, réunissant l'ensemble des fonctions de coordination auparavant dispersées : en un dispositif d'appui à la coordination (DAC) unifié.

La démarche d'unification DAC est en cours aussi bien au sein de l'ARS afin d'unifier le pilotage interne que sur les territoires avec les opérateurs et les professionnels concernés. Son déploiement diffère selon les régions, les contextes. Elle témoigne d'une unification régionale, encore peu stabilisée³¹.

Une décision du 20 juin 2019 fixe pour 2019 **le montant des contributions aux budgets des ARS pour le financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) à hauteur de 96,28 M€** via le FIR.

En 2019, les ARS déclarent avoir consommé 87 M€ au titre des dispositifs MAIA. Ainsi, 90 % des crédits ont été versés aux porteurs MAIA avant l'exercice comptable.

Lors de l'enquête 2019 – FIR dont MAIA transmise aux ARS lors des dialogues de gestion, les agences déclarent financer 320 pilotes MAIA et 881 gestionnaires de cas, soit 1 201 professionnels et acteurs du parcours de santé de la personne sur le territoire national.

Le nombre maximum de pilotes MAIA par région est de 38 sur le territoire (2 pilotes MAIA au minimum). Le nombre maximum de gestionnaires de cas est de 131 collaborateurs pour une seule région (au minimum, 6 gestionnaires de cas sont comptabilisés pour une région).

Les données remontées à la CNSA dans le cadre des dialogues de gestion ne permettent pas à ce stade de définir clairement le nombre de dispositifs, leur structuration étant en cours durant l'année 2019.

³¹ Retour de l'ensemble des ARS hors DOM en l'absence d'éléments mobilisables dans les guides d'entretien Guyane, Martinique et Guadeloupe. L'ARS Océan indien indique n'avoir pas encore engagé de fusion des réseaux au sein des DAC. Pour ces régions, nous ne disposons pas d'éléments relatifs à la stratégie et au périmètre d'unification.

Des illustrations régionales

Un exemple de dynamique régionale en Nouvelle-Aquitaine : Fiche projet – Dispositifs d'appui à la coordination

Mise en œuvre des dispositifs d'appui à la coordination au niveau régional

Porteur du projet : ARS Nouvelle-Aquitaine

Public cible : professionnels

Région : Nouvelle-Aquitaine

Date de lancement : 2019

Expérimentation : ☐ Oui ☐ Non

Constats de départs

L'ARS Nouvelle-Aquitaine est engagée dans le programme « Territoires de soins numériques » (TSN) depuis 2014.

Lors de la réforme territoriale de 2015 (et de la fusion des régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes, pour devenir la Nouvelle-Aquitaine), l'ARS propose aux dispositifs Paerpa de rejoindre la démarche de conception et de déploiement des différents outils numériques.

C'est ainsi que la coordination numérique se déploie chez l'ensemble des acteurs impliqués. C'est ce qui servira d'appui au déploiement des DAC dans la région. En effet, depuis le projet TSN et la mise en œuvre des plateformes territoriales d'appui (PTA) par la loi de modernisation de notre système de santé (2016), les MAIA et les réseaux fusionnent pour créer les PTA.

Objectif du projet

Fondements

Plans nationaux, régionaux...

Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (art. 23)

Objectif

Organiser les fusions de dispositifs pour installer un DAC par département pour la fin de l'année 2020

Partenaires impliqués

Le déploiement des DAC en Nouvelle-Aquitaine est organisé en plusieurs instances pluripartenariales.

Au niveau régional, un comité de pilotage des services numériques d'appui à la coordination mobilise de nombreux acteurs : union régionale des professionnels de santé (URPS), fédérations régionales des représentants des usagers, assurance maladie, conseils départementaux, conseil régional... Sont également organisés au niveau régional des groupes de travail transversaux thématiques qui mobilisent les différents acteurs, ainsi qu'un comité de déontologie chargé de réguler les nouveaux usages portés par le numérique.

Au niveau départemental, des comités départementaux structurent le déploiement des DAC, à la fois sur les aspects organisationnels du projet et sur les usages métiers et numériques. Ils sont accompagnés par un chef de projets, des chargés d'accompagnement de territoire, rattachés au groupement d'intérêt public (GIP) ESEA (e-santé en action), qui contribuent, avec les associations porteuses de DAC, au déploiement du numérique auprès des professionnels du département.

Fonctionnement du projet

Les PTA ont donc été constituées en s'appuyant en grande partie sur les MAIA et les réseaux. Elles évoluent naturellement vers des DAC lors de leur création en 2019.

Le choix retenu en Nouvelle-Aquitaine a été celui du mode associatif pour porter les DAC.

Résultats du projet

Points positifs	Points d'amélioration
<ul style="list-style-type: none">- Fusion des dispositifs effective dans 5 départements de la Nouvelle-Aquitaine à l'issue de l'année 2019- Mise en œuvre d'outils communs entre les différents acteurs- Réflexions sur les pratiques professionnelles et les usages métier- Création en 2019 d'une association régionale des DAC : le CRIAAPS (Comité Régional pour l'Intégration des Acteurs et l'Appui aux Parcours de Santé)	<p>Parvenir à structurer l'association régionale des DAC afin qu'elle soit en mesure de piloter le fonctionnement régional des DAC à l'issue de la phase de déploiement</p>

Perspectives

Poursuivre la fusion des dispositifs en 2020, avec comme objectif d'achever cette fusion pour 5 nouveaux départements au cours de l'année 2020 et d'organiser cette unification pour les 2 derniers départements.

L'année 2021 devrait voir le CRIAPPS en capacité d'assurer l'animation fonctionnelle des DAC en Nouvelle-Aquitaine.

Un exemple de déploiement départemental dans le Morbihan : Fiche projet – Dispositifs d'appui à la coordination

Mise en œuvre des dispositifs d'appui à la coordination au niveau départemental

Porteurs du projet : divers porteurs des DAC au niveau local (Association de loi 1901, Syndicat mixte...). L'ARS Bretagne intervient en appui du déploiement, ainsi que le Conseil départemental (CD) dans le Morbihan.

Public cible : professionnels et usagers

Région, département : Bretagne, Morbihan

Date de lancement : janvier 2019

Expérimentation : ☐ Oui ☐ Non

Constats de départs

La démarche de convergence des réseaux de santé est initiée depuis 2012 avec l'appui de l'ARS Bretagne (sur les aspects ressources humaines et méthode projet, selon un cadrage régional). La première PTA voit le jour en 2015.

Les MAIA se déploient en parallèle et sur le département du Morbihan, portées par le CD, elles s'associent aux CLIC pour former les espaces autonomie seniors (EAS).

La convergence se poursuit en région avec la fusion de MAIA et de PTA, qui deviennent des DAC à la parution de la loi de 2019. Dans le Morbihan, la fusion se réalise entre les PTA et les EAS. Il demeure un EAS sur le territoire d'un Pays, sur lequel un DAC intervient pour les missions relevant d'une PTA.

Objectifs du projet

Fondements	Objectifs
<i>Plans nationaux, régionaux...</i> <ul style="list-style-type: none">- Guide DGOS de 2012 sur l'évolution des réseaux- Loi de juillet 2016 sur les PTA- Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (art. 23)	<ul style="list-style-type: none">- Unifier des dispositifs et des équipes ayant des missions et objectifs communs- Faire travailler ensemble les professionnels des différentes structures- Aboutir à une organisation commune proposée par les professionnels et dispositifs- Simplifier la gestion et la lisibilité avec portage unique du DAC

Partenaires impliqués

Les porteurs des dispositifs amenés à fusionner sont divers : association pour les PTA, EPCI ou association pour les MAIA, services des conseils départementaux pour les CLIC. Sur le département du Morbihan, du fait de la volonté des acteurs institutionnels, la démarche a été étendue aux CLIC.

Fonctionnement du projet dans le département du Morbihan

Dans le cadre de la mise en place des DAC, l'approche portée par l'ARS s'appuie sur les dynamiques existantes.

Aujourd'hui, dans le Morbihan, les « Espaces Autonomie Senior » (réunissant MAIA et centre local d'information et de coordination - CLIC) ont évolué en deux « Espaces Autonomie Santé » sur les territoires de Lorient et de Vannes, et fusionnent PTA, MAIA et CLIC.

Ces deux DAC bénéficient d'un CPOM tripartite DAC-CD-ARS (souscrits en juin 2019 pour le territoire de Vannes et en septembre 2019 pour celui de Lorient). La fusion est donc effective (même si pas encore tout à fait opérationnelle au sens de la loi du 24 juillet 2019) sur ces deux territoires et a permis une convergence de l'ensemble des ressources des PTA, MAIA et CLIC unifiées au sein du DAC.

Résultats du projet

Points positifs	Points d'amélioration
<ul style="list-style-type: none">- Bonne collaboration des professionnels au sein du DAC- Projet coconstruit avec l'ensemble des acteurs et basé sur une expertise solide- Articulation avec les autres dynamiques territoriales (contrats locaux de santé – CLS notamment)- Définition d'un seul profil de poste « coordinateur de parcours »	<ul style="list-style-type: none">- La cohérence entre le rôle d'accueil de 1^{er} niveau d'un CLIC (dédié aux PA et/ou PH) et le rôle d'un DAC en réponse de 2^e niveau (pour tout public en situation complexe)- L'homogénéité des services apportés sur les différents territoires- La communication au grand public- RH internes : agilité des équipes, lisibilité sur les relations hiérarchiques- Budget : critères de répartition selon les missions du DAC et des financeurs (ARS, CD, élus locaux)

Perspectives

Dans le Morbihan, finaliser la couverture territoriale en DAC et les faire évoluer dans leur gouvernance et leurs missions pour répondre aux objectifs de la loi du 24 juillet 2019.

Poursuivre la réflexion sur le financement des DAC, notamment par la reconnaissance de budgets DAC dans le FIR pour dépasser un financement par crédits d'origines différentes (MAIA, plateforme ETP, PTA...).

Conclusion

Pour la première fois, le bilan de l'évolution de l'offre 2019 propose une description globale de l'évolution de l'offre médico-sociale, cette dernière observée sur une année sur les champs du handicap et de la perte d'autonomie. Comme les années précédentes, le bilan reste d'abord centré sur le suivi des crédits de l'assurance maladie, ce qui ne représente pas la totalité de l'offre à destination de ces publics. Toutefois il permet d'illustrer des dynamiques nationales et régionales associées à l'utilisation des enveloppes et au développement de solutions.

Il vise en outre à illustrer la diversité des solutions développées avec les acteurs des territoires par les agences régionales de santé, dans une optique d'amélioration et d'individualisation de la réponse aux besoins.

Il conviendra dans les prochaines années de poursuivre la réflexion sur les nouvelles modalités de suivi de l'offre dans les systèmes d'information, en tenant compte notamment d'un raisonnement non plus en « places » mais en file active ou en dispositif.

Enfin, il peut être anticipé que le prochain bilan, qui portera sur l'évolution de l'offre portant sur 2020, présentera une physionomie assez différente du présent bilan, en raison de la crise sanitaire qui a profondément bousculé les dynamiques d'évolution de l'offre sur cette année 2020 et a eu pour conséquence collatérale la délégation de crédits nouveaux sur le secteur, pérennes ou non reconductibles, qu'il appartiendra de suivre au mieux à compter de 2021.

Glossaire

ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne

AAH : Allocation aux adultes handicapés

AE : Autorisation d'engagement

AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

AIS : Acte infirmier de soins

AJ : Accueil de jour

ARS : Agence régionale de santé

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CD : Conseil départemental

CH : Centre hospitalier

CMPP : Centre médico-psychopédagogique

CNR : Crédits non reconductibles

CP : Crédit de paiement

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPO : Centre de préorientation

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRP : Centre de réinsertion professionnelle

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DEA : Dispositif emploi accompagné

DEPP : Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESAT : Établissement et service d'aide par le travail

ESMS : Établissements et services médico-sociaux

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FIPHFP : Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

FIR : Fonds d'intervention régional

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GTD : Groupe technique départemental

HAD : Hospitalisation à domicile

HR : Handicap rare

HT : Hébergement temporaire

IDE : Infirmier diplômé d'État

IME : Institut médico-éducatif

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

ONDAM : Objectif national de dépenses de l'assurance maladie

OPS : Organisme de placement spécialisé

PASA : Pôle d'activité et de soins adaptés

PCH : Prestation de compensation du handicap

PCO : Plateforme de coordination et d'orientation

PCPE : Pôle de compétences et de prestations externalisées

PFR : Plateforme d'accompagnement et de répit

PHV : Personnes handicapées vieillissantes

PMND : Plan Maladies neurodégénératives (2014-2019)

PPH : Plan pluriannuel du handicap

PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Projet régional de santé

PSGA : Plan Solidarité grand âge (2007-2012)

PRST : Plan régional santé au travail

QVT : Qualité de vie au travail

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SESSAD : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile

SISDO : Système d'information de suivi des orientations

SNA : Stratégie nationale pour l'autisme

SNS : Stratégie nationale de santé

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SPE : Service public de l'emploi

SRS : Schéma régional de santé

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

TND : Troubles du neurodéveloppement

TSA : Troubles du spectre de l'autisme

UEEA : Unité d'enseignement élémentaire autisme

UEM : Unité d'enseignement en maternelle

UEROS : Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle

UHR : Unité d'hébergement renforcé

USLD : Unité de soins de longue durée

www.cnsa.fr
www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr
www.monparcourshandicap.gouv.fr



CNSA
66, avenue du Maine – 75682 Paris cedex 14
Tél. : 01 53 91 28 00 – contact@cnsa.fr