

Juin 2017

# **ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS ET ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP**

*Bilan des réalisations au 31/12/2016 et  
programmation de places nouvelles entre 2017 et  
2021*

# Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>3</b>
<b>Panorama général de l'offre et évolution à l'horizon 2021.....</b>	<b>5</b>
1. Offre existante .....	5
1.1. Taux d'équipement.....	5
1.2. Dotation par habitant.....	9
2. Evolution prévisionnelle de l'offre.....	12
2.1. Panorama général de la programmation : une majorité de places dédiées aux adultes 12	
2.2. Impact de la programmation 2017-2020 sur l'offre territoriale .....	15
<b>Plans nationaux : réalisations au 31 décembre 2016 et programmation 2017-2021 .....</b>	<b>21</b>
1. Bilan général de la mise en œuvre du programme pluriannuel du handicap, du schéma pour les handicaps rares et du 3ème plan autisme .....	21
1.1. Places et montants notifiés .....	21
1.2. Autorisation des places et engagement des crédits : des objectifs dépassés sur l'enfance .....	22
1.3. Installation des places et consommation des crédits : 99,7% des crédits devraient être consommés au 31/12/2021 .....	25
2. Réalisations de l'année 2016 .....	27
3. Focus sur l'autisme .....	29
3.1. Réalisation au titre du programme pluriannuel du handicap : des objectifs dépassés sur le champ de l'enfance.....	29
3.2. Réalisation au titre du 3ème Plan Autisme : accélération de la dynamique en 2015 et 2016 30	
3.3. Une forte évolution de la part de l'autisme dans les autorisations depuis 2008 (tous plans confondus) .....	31
<b>Annexes.....</b>	<b>33</b>
1. Cartographie complémentaire.....	33
2. Amendement Creton en 2014 .....	34
3. Focus sur les SAMSAH.....	35
3.1. Evolution 2008-2018 : après le rebond des dernières années, un ralentissement est à prévoir.....	35
3.2. Taux d'équipement : des différences plus marquées que pour les autres structures pour adultes.....	36
4. Focus sur les CAMSP .....	38
4.1. L'activité des CAMSP.....	38
4.2. Les CAMSP dans le troisième plan autisme.....	40
<b>Glossaire .....</b>	<b>41</b>

## Introduction

### Objet du présent rapport

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

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

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

### Précision relative à la source des données

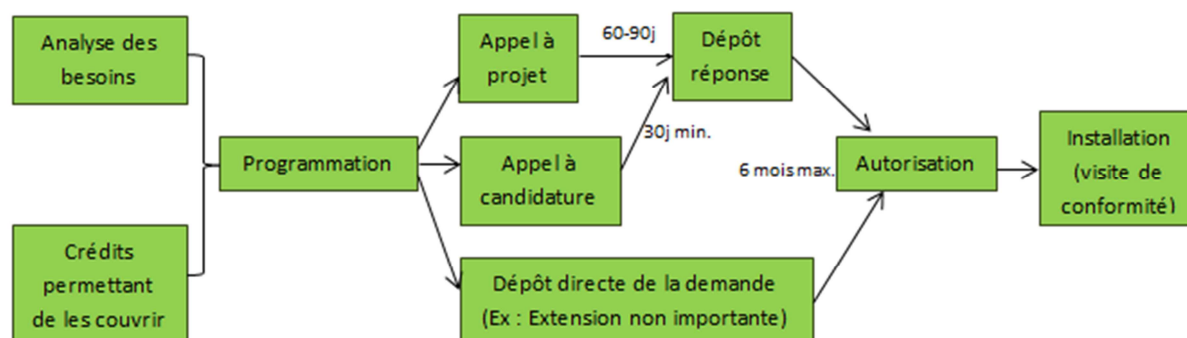
Sauf mention spécifique, ce bilan est réalisé à partir des données de l'application Seppia (Suivi de l'exécution de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations) extraites en date du 29 mai 2017.

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

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

### Processus de la programmation à l'installation

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

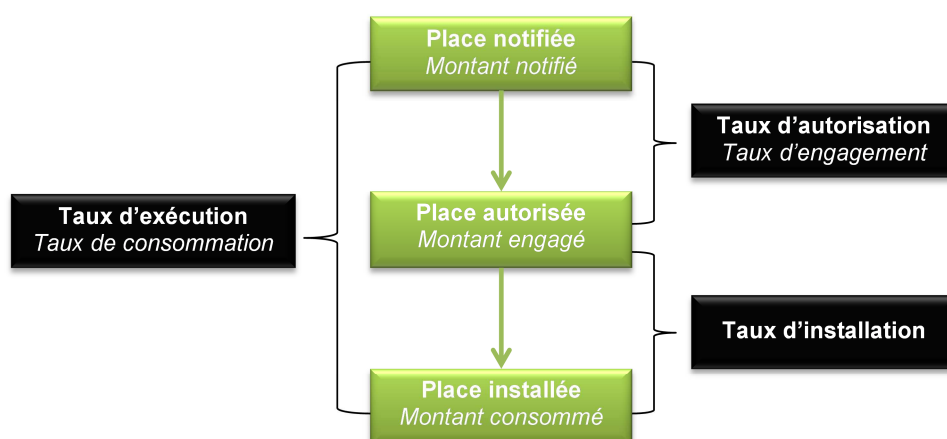


Ce document porte ainsi sur toutes les autorisations et les installations, quelle que soit la procédure d'autorisation dont elles relèvent (appel à projet, appel à candidature, extension non importante, CROSMS, transformation).

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

### Notions utilisées dans le document

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



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

### Terminologie : répartition des catégories de structures entre institution et milieu ordinaire

NB : Un glossaire se situe en fin de document.

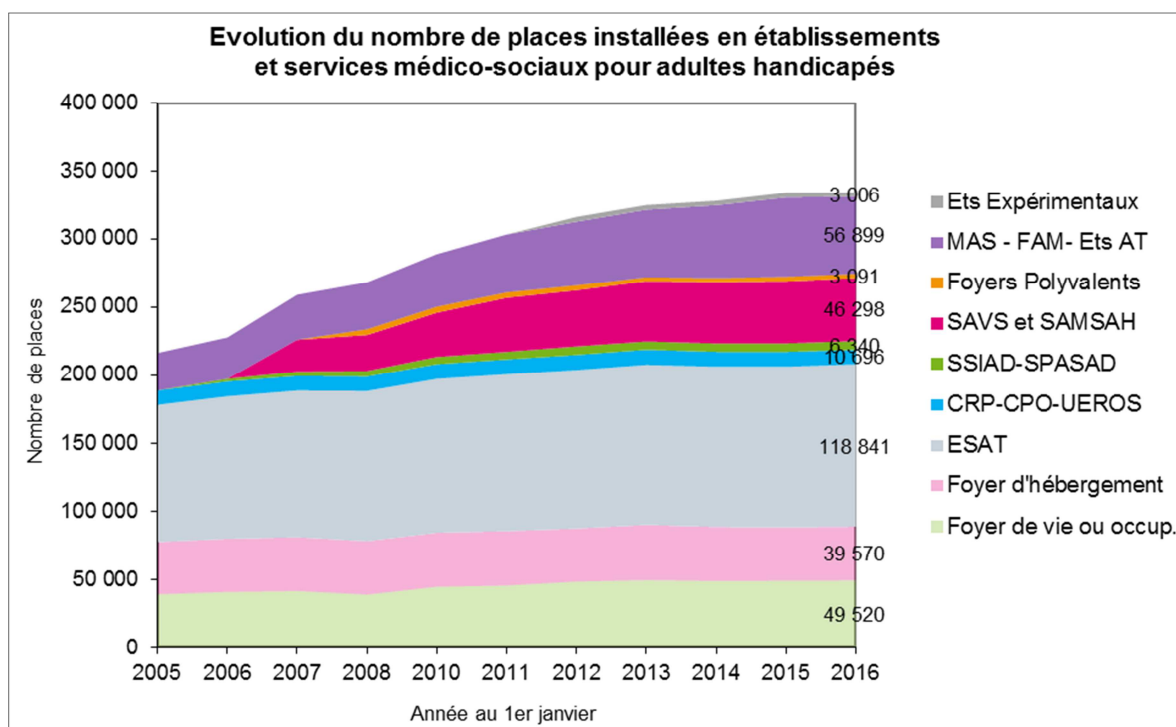
	Enfants	Adultes
<b>Dispositif de dépistage ou d'intervention ambulatoire</b>	BAPU CAMSP CMPP Equipe relais	Equipe relais
<b>Etablissement</b>	CAFS Etablissement d'accueil temporaire Etablissement expérimental Etablissement pour polyhandicapés IEM IME ITEP Institut déficients auditifs Institut déficients visuels Institut d'éducation sensorielle	CPO CRP EHPAD Etablissement d'accueil temporaire Etablissement expérimental FAM MAS UEROS
<b>Service</b>	Centre de ressources Equipe mobile Jardin d'enfants spécialisé Service expérimental SESSAD	Centre de ressources Equipe mobile SAMSAH Service expérimental SSIAD (y compris SPASAD)

# Panorama général de l'offre et évolution à l'horizon 2021

## 1. Offre existante

### 1.1. Taux d'équipement

Les établissements médicaux sociaux destinés aux enfants sont « médicalisés » (c'est-à-dire financés entièrement ou partiellement par l'assurance maladie). Pour les adultes, il existe également une offre non médicalisée<sup>1\*</sup> (financement 100% conseil départemental). Si celle-ci ne répond pas aux mêmes besoins que l'offre médicalisée, il semble intéressant de la prendre en compte dans l'analyse globale de l'offre d'accompagnement en faveur des adultes handicapés.



Sources : STATISS, DREES (pas de données en 2009)

Pour comparer les niveaux d'équipement départementaux, traditionnellement on calcule des taux d'équipement correspondant au ratio entre le nombre de places installées et le nombre total d'habitants (adultes et enfants) arrêtés par l'INSEE. Sur le secteur des adultes, les taux sont calculés hors ESAT.

<sup>1</sup> Foyers de vie, Foyers d'hébergement, SAVS, et Foyers polyvalents.

### Taux d'équipement en France

		Taux d'équipement au 31/12/2016 pour 1.000 pers.		
		Financement AM (hors ESAT)	Financement 100% CD	Total hors ESAT
<b>Adultes</b>	Etablissement	2,13	2,73	4,86
	Service	0,50	1,11	1,60
<b>Total Adultes</b>		<b>2,63</b>	<b>3,83</b>	<b>6,46</b>
<b>Enfants</b>	Etablissement	6,56	-	6,56
	Service	3,20	-	3,20
<b>Total Enfants</b>		<b>9,76</b>	<b>-</b>	<b>9,76</b>

Nombre de places : Finess au 31/12/2016

Population : population adultes des 20-59 ans et population enfants des 0-20 ans – INSEE 01/01/2016

#### Enfants

Pour les enfants, le taux d'équipement concerne exclusivement des ESMS médicalisés (qui recouvrent l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les enfants) : il représente près de 9,8 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans. Un peu plus des deux tiers de l'offre est en établissement.

A l'échelle départementale, les taux sont compris entre 2,2 et 23 places pour 1000 enfants (entre 6 et 19,6 places si on ôte Mayotte et la Lozère<sup>1</sup>). Mayotte, la Guyane et l'île de France présentent les taux les plus faibles, plusieurs départements de la région Provence-Alpes Côte d'Azur et l'Ardèche ont également un équipement en structure médico-sociales relativement faible en comparaison de leur population.

#### Adultes

L'équipement médicalisé est globalement minoritaire dans l'ensemble de l'offre médico-sociale (41%) et les trois quarts des structures sont des établissements (cette part s'élève à 81% pour l'offre médicalisée). Pour 1000 adultes âgés de 20 à 59 ans, on dénombre près de 2,6 places médicalisées et 3,8 places non médicalisées.

A l'échelle départementale, le niveau d'équipement médicalisé, hors Mayotte et Lozère<sup>2</sup>, varie entre 1,6 place (Charente) et 6,4 places pour 1000 (Dordogne). Le niveau d'équipement total (médicalisé et non médicalisé) est compris entre 2,4 places (Martinique) et 18 places pour 1000 adultes (Corrèze). La part des ESMS médicalisés dans l'ensemble de l'offre est très variable, elle se situe entre 23% (Tarn) et 89% (Martinique).

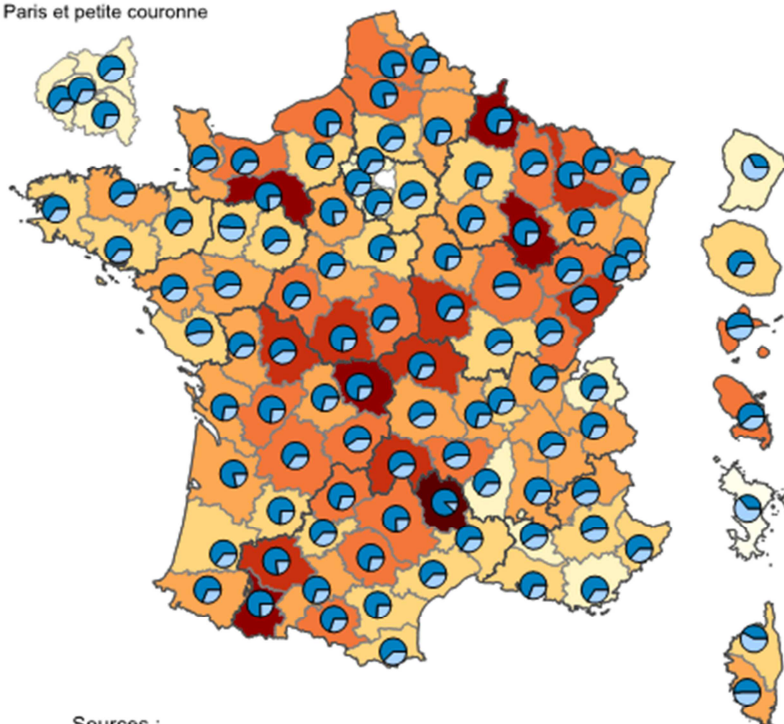
Plusieurs départements comme la Somme, la Charente et la Charente-Maritime sont peu équipés sur le seul critère des ESMS médicalisés, mais présentent, en raison de l'importance des structures financées exclusivement par le Conseil départemental, un niveau d'équipement total proche de la médiane. A contrario des départements comme la Martinique ou la Guyane, relativement peu équipés en structures médicalisées et avec une offre non médicalisée très faible, présentent un équipement total relativement faible.

<sup>1</sup> La situation atypique de ces deux départements tendrait à fausser l'analyse de la dispersion.

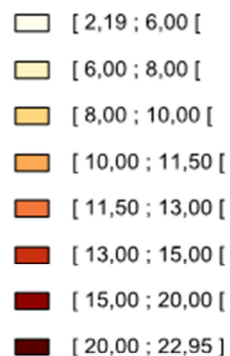
<sup>2</sup> Ibid.

## Enfants : taux d'équipement au 31/12/2016

Paris et petite couronne



Nb. de places pour 1000 enfants



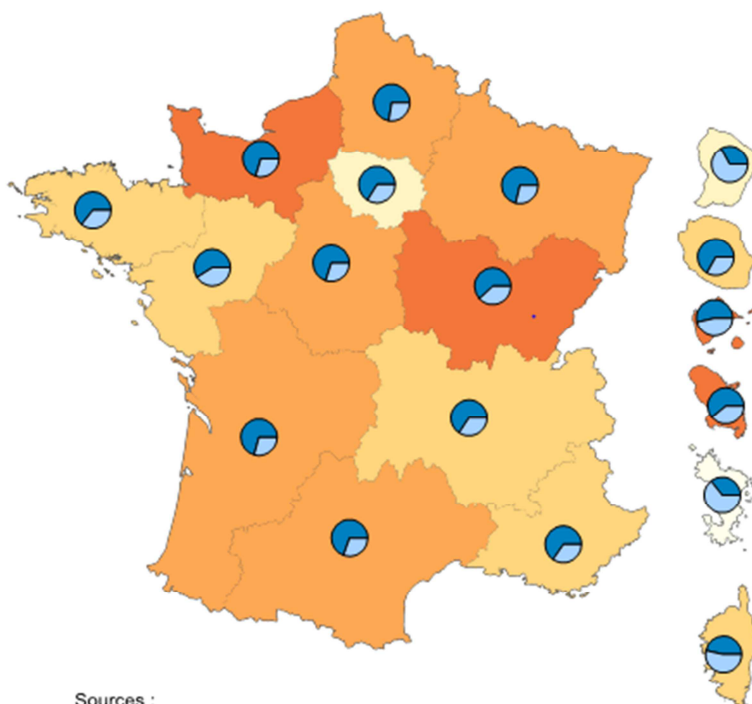
Type d'ESMS



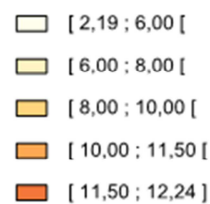
Sources :  
 Equipement : Finess au 31/12/2016  
 Population 2016 : population des 0-19 ans au 01/01/2016, INSEE

1<sup>er</sup> quartile : 8,8  
 Médiane : 10,6  
 3eme quartile : 12

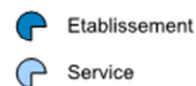
## Enfants : taux d'équipement au 31/12/2016



Nb de places pour 1000 enfants



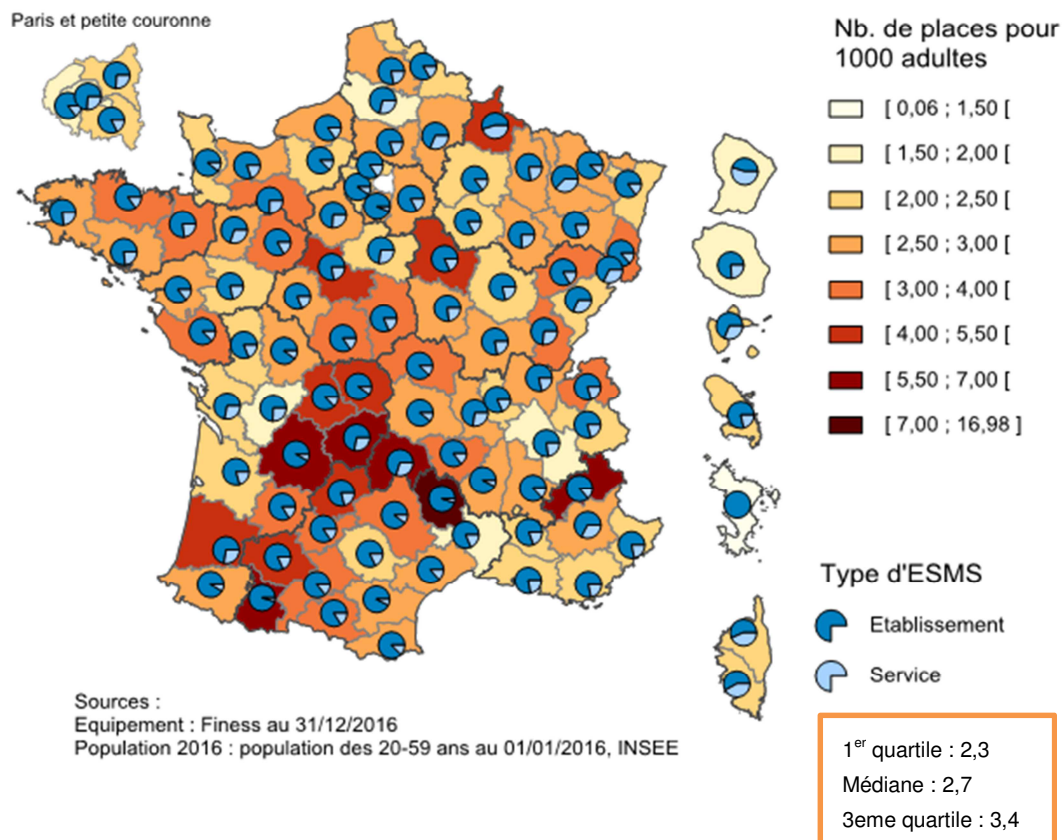
Type d'ESMS



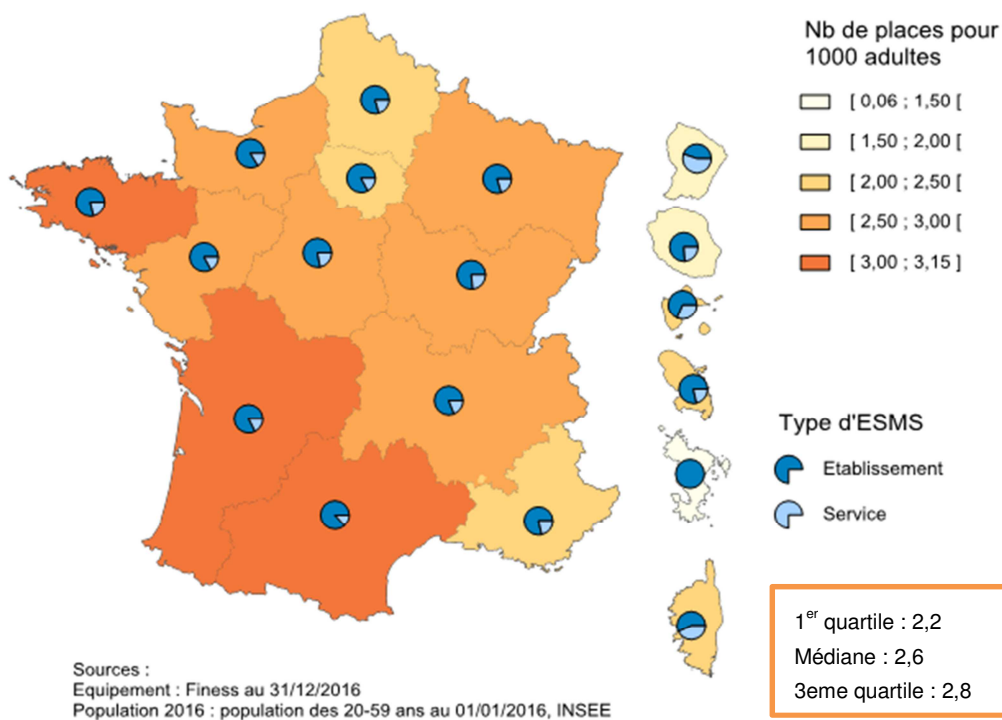
Sources :  
 Equipement : Finess au 31/12/2016  
 Population 2016 : population des 0-19 ans au 01/01/2016, INSEE

1<sup>er</sup> quartile : 8,6  
 Médiane : 10,2  
 3eme quartile : 11,4

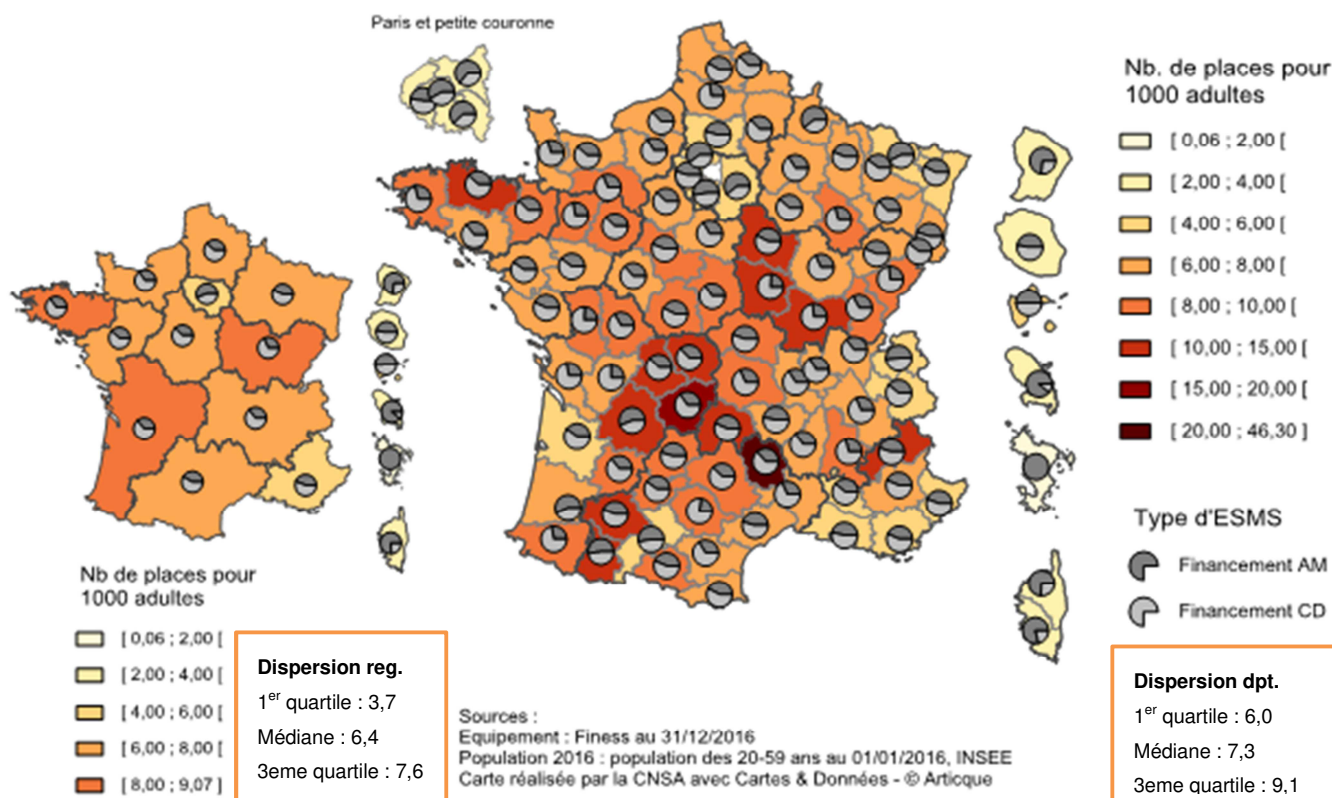
## Adultes : taux d'équipement en ESMS avec un financement assurance maladie (hors ESAT) au 31/12/2016



## Adultes : taux d'équipement en ESMS avec un financement assurance maladie (hors ESAT) au 31/12/2016



## Adultes : taux d'équipement total au 31/12/2016 Financement Assurance Maladie et Conseil Départemental



### 1.2. Dotation par habitant

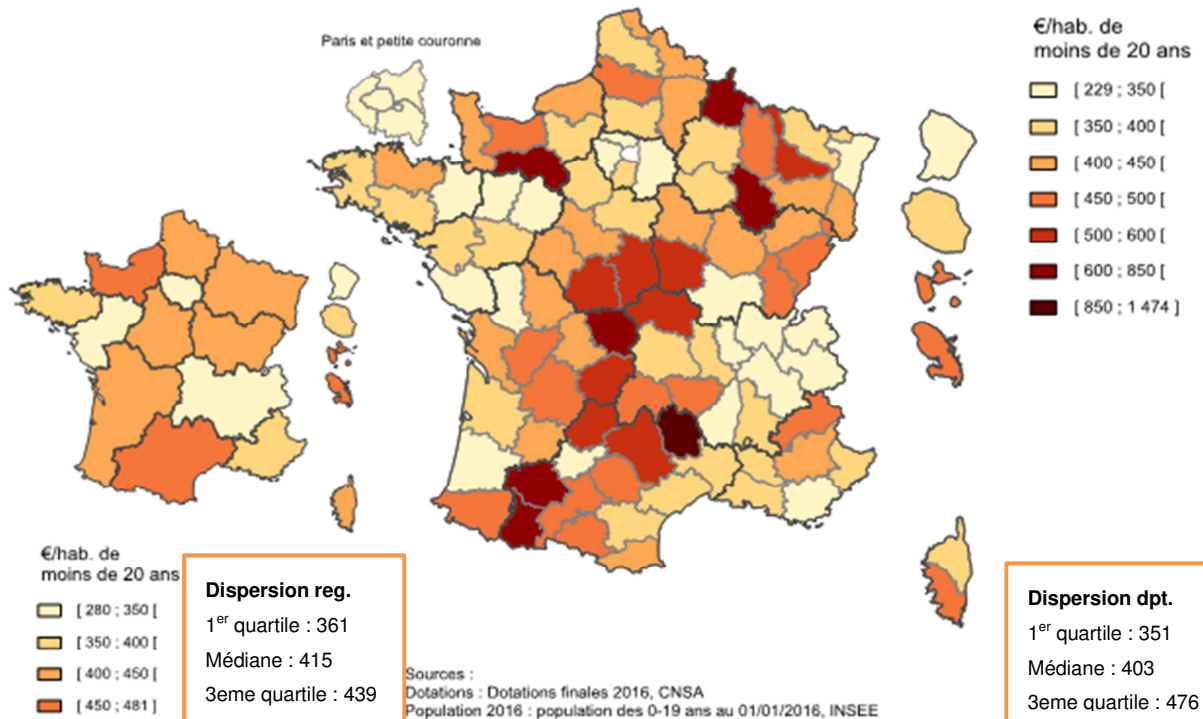
Pour étudier l'offre médico-sociale, il est possible de raisonner en nombre de places installées ou en montants tarifés. Ainsi, en analogie au taux d'équipement, nous pouvons calculer un niveau de dotation par habitant qui correspond au ratio entre le montant tarifé en N par les ARS et le nombre total d'habitants (adultes et enfants) arrêtés par l'INSEE.

Sur le secteur de l'enfance, hors Mayotte, la dotation par habitant en 2016 est comprise entre 229€ par enfants (Seine-Saint-Denis) et 1474€ (Lozère). En excluant la Lozère, le maximum est de 808€ (Creuse). **La médiane se situe à 403€ par habitant de moins de 20 ans.**

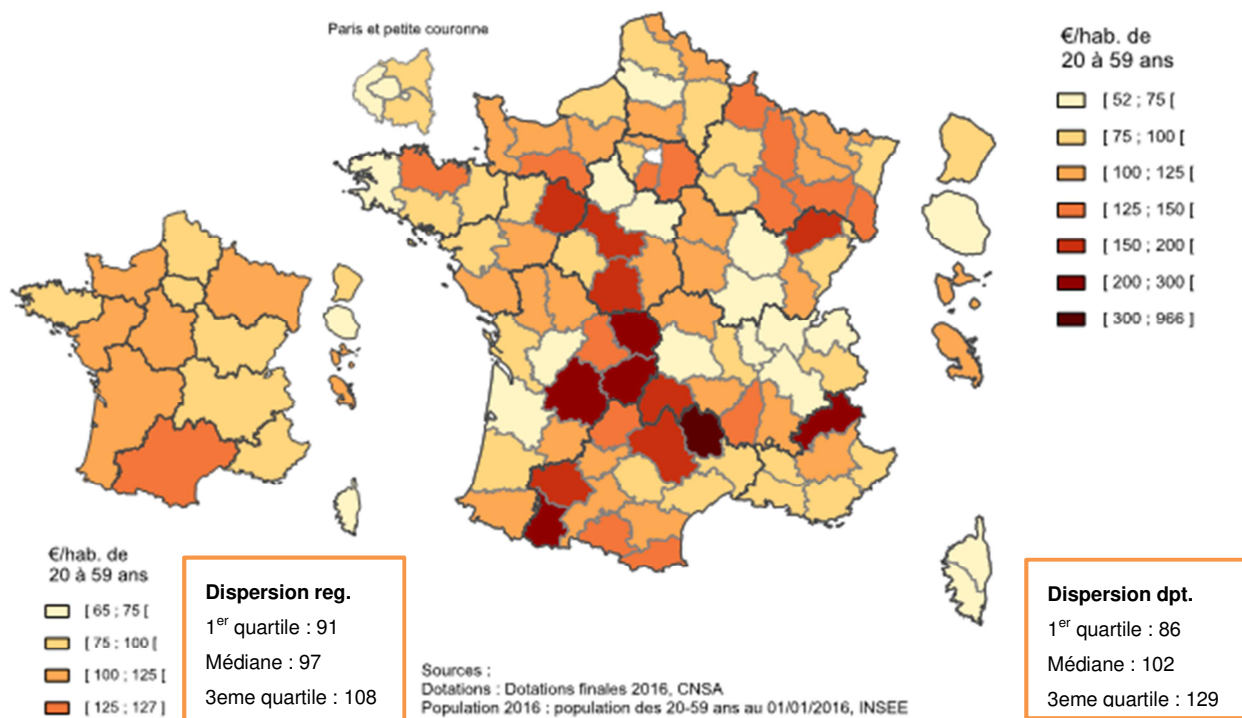
Pour les adultes, hors Mayotte, la dotation par habitant (hors ESAT) est comprise entre 52€ par enfants (Hauts de Seine) et 966€ (Lozère). En excluant la Lozère, le maximum est de 288€ (Corrèze). **La médiane se situe à 102€ par habitant de 20 à 59 ans.**

Les cartes ci-dessous représentent les niveaux de dotations par habitant en 2016, pour chacun des deux publics.

## Enfants : Dotation par habitant de moins de 20 ans en 2016



## Adultes : Dotation par habitant de 20 à 59 ans en 2016



Il apparaît une très forte corrélation entre les niveaux d'équipement (raisonnement en nombre de place) et les niveaux de dotation par habitant (raisonnement en euro), cependant quelques différences existent.

Ces différences s'expliquent pour les raisons suivantes :

- Certains territoires présentent **une part importante de services** (dont les coûts à la place sont inférieurs à ceux des établissements), par exemple la part importante des SESSAD dans les départements de la région Pays de la Loire, explique un niveau de dotation relativement faible sur le secteur de l'enfance malgré un niveau d'équipement proche de la moyenne.
- **Un certain nombre de structures ne sont pas comptabilisées en nombre de place**, par exemple les CAMSP (fonctionnement en file active). Aussi, cette offre n'est pas comptabilisée dans les taux d'équipement mais elle l'est dans le calcul du niveau de dotation par habitant.
- **La variabilité des coûts à la place au sein d'une même catégorie de structure**. On constate ainsi à partir de l'analyse des comptes administratifs 2014 que plusieurs facteurs ont une incidence notable sur les coûts nets à la place. Les six variables suivantes permettent d'éclairer les différences observées sur les coûts à la place : l'année d'ouverture, les modalités d'accueil, les déficiences, la taille en nombre de places installées, le statut majoritaire du personnel et l'implantation géographique (aires urbaines). Ces facteurs explicatifs ne sont cependant pas identiques entre les catégories de structures.

**Pour aller plus loin ...**

Les rapports complets par catégories de structures (MAS, IME, ITEP, SESSAD) :  
<http://www.cnsa.fr/documentation/publications-de-la-cnsa/autres-publications-de-la-cnsa>  
Les repères statistiques par catégories de structures (MAS, IME, ITEP, SESSAD) :  
<http://www.cnsa.fr/documentation/documents-statistiques/statistiques-des-etablissements-et-services-medico-sociaux>

Le taux d'équipement, en raisonnant en nombre de place par habitant, est une notion facilement compréhensible pour visualiser les niveaux d'équipement. En outre, il est pertinent pour les raisonnements par catégorie de structure/mode de fonctionnement identique (exemple : comparaison des taux d'équipement en SESSAD entre les différents territoires).

Il y a en revanche un intérêt à raisonner en dotation par habitant pour les analyses d'écarts interdépartementaux multi-structures et dans le cadre des répartitions d'enveloppe de mesures nouvelles (notifiées en €).

Ce raisonnement en dotation a été repris pour la répartition des crédits de mesures nouvelles issus de la Conférence Nationale du Handicap, en affinant la population de référence par des indicateurs approchant le besoin des personnes en situation de handicap.

## 2. Evolution prévisionnelle de l'offre

Les données relatives aux programmations correspondent à **l'ensemble des places dont l'installation est prévue entre 2017 et 2021, quelle que soit l'origine des crédits utilisés** (Plans nationaux, fongibilité de crédits provenant du sanitaire, redéploiement d'enveloppe médico-sociale, etc.). Toutefois, **il est important de noter que les crédits issus de la conférence nationale du handicap (180 M€, dont la moitié au titre de la création de place, l'autre moitié pour favoriser la transformation de l'existant) ayant été notifiés récemment, ceux-ci n'ont été que très peu programmés à la date de l'extraction (29/05/2017).**

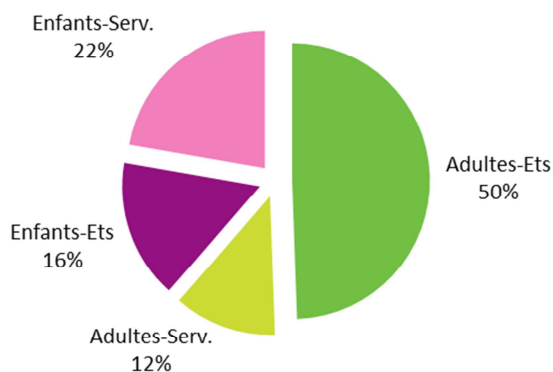
### 2.1. Panorama général de la programmation : une majorité de places dédiées aux adultes

Entre 2017 et 2021, **8.464 places** sont programmées sur le champ du handicap pour un montant de **352,8 millions d'euros**. Les tendances des années précédentes sont plus marquées : **les places destinées aux adultes sont majoritaires et les places en institution sont les plus nombreuses**, bien que sur le champ de l'enfance les SESSAD soient majoritaires (en nombre de places uniquement).

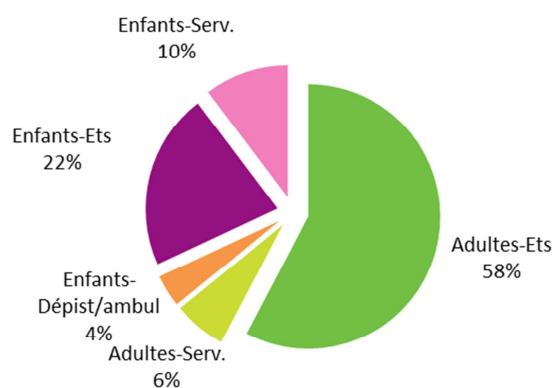
#### Installation de places et consommation de crédits programmés entre 2017 et 2021

		Places	Montants en M€
Adultes	Dépistage/cure ambulatoire	-	0,0
	Etablissement	4 184	203,7
	Service	1 021	22,8
	<b>Total adultes</b>	<b>5 205</b>	<b>226,5</b>
Enfants	Dépistage/cure ambulatoire	-	14,0
	Etablissement	1 374	75,8
	Service	1 884	36,5
	<b>Total enfants</b>	<b>3 259</b>	<b>126,3</b>
<b>Total adultes et enfants</b>		<b>8 464</b>	<b>352,8</b>

Répartition des installations de place prévisionnelles

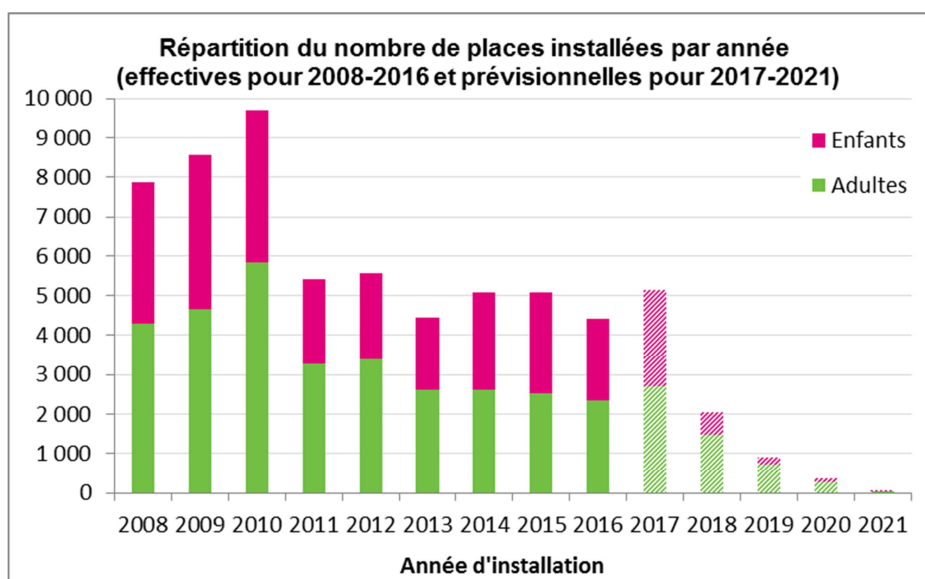


Répartition des consommations prévisionnelles



**Sur la période 2017-2021, la seule année 2017 représente 61% de la programmation prévisionnelle sur le champ du handicap (soit 5 134 places).** Pour les enfants, 2017 constitue près des trois quart de la programmation totale prévisionnelle.

Au vu des réalisations des années précédentes, les prévisions 2017 paraissent réalistes. Les faibles volumes programmés pour les années suivantes semblent indiquer des difficultés pour certaines régions à fléchier à ce stade l'ensemble de leurs crédits mais s'expliquent également dans d'autres régions par la fin de mise en œuvre des plans pluriannuels (PPH, schéma handicap rare et 3eme Plan Autisme, cf partie relative aux plans nationaux.). En outre, comme indiqué supra, les crédits issus de la conférence nationale du handicap ont, à ce stade, été très peu programmés. Les programmations qui seront réalisées dans les mois à venir devraient donc probablement indiquer un volume de création plus important pour les années 2018 à 2021.



### 2.1.1. Programmation par catégorie de structures : poursuite des tendances sur l'enfance, progression des MAS pour les adultes

**Sur le secteur de l'enfance, la moitié des places programmées sont des SESSAD et un cinquième des IME.** Les ITEP et les établissements expérimentaux sont en léger recul et représentent un peu moins de 7% de la programmation. **Bien que majoritaire, la part des installations de SESSAD se réduit** car de nombreuses places de services ont déjà été installées depuis 2008.

**Sur le secteur des adultes, la programmation de structures autorisées conjointement par l'ARS et le Conseil départemental (FAM et SAMSAH) bien qu'encore majoritaire est en diminution (53% contre environ 60% les années précédentes).** En revanche, **la proportion des places de MAS pour les prochaines années progresse** et concerne plus d'une place programmée sur trois.

### Enfants

Catégorie d'ESMS	Nombre de places programmées 2017-2021	Part de chaque catégorie
SESSAD	1 659	50,9%
IME	643	19,7%
ITEP	222	6,8%
Etab. Expérimental EH	213	6,5%
Service Expérimental	166	5,1%
Etab. Accueil Temporaire EH	112	3,4%
Etab. pour Polyhandicapés	105	3,2%
IEM	75	2,3%
Equipe Mobile	55	1,7%
Institut d'Education Sensorielle	5	0,2%
Jardin d'Enfants Spécialisé	4	0,1%
<b>Total Enfants</b>	<b>3 259</b>	<b>100%</b>

### Adultes

Catégorie d'ESMS	Nombre de places programmées 2017-2021	Part de chaque catégorie
FAM	2 016	38,7%
MAS	1 764	33,9%
SAMSAH	739	14,2%
Etab. Accueil Temporaire AH	227	4,4%
Service Expérimental	116	2,2%
SSIAD	112	2,2%
EHPAD	75	1,4%
SPASAD	40	0,8%
CRP	39	0,7%
CPO	38	0,7%
Etab. Expérimental AH	25	0,5%
Equipe Mobile	14	0,3%
<b>Total Adultes</b>	<b>5 205</b>	<b>100%</b>

#### 2.1.2. Programmation par catégorie de public/déficience : priorité à l'autisme et à l'accompagnant polyvalent (toutes déficiences)

**Enfants comme adultes, l'autisme reste la priorité de la programmation 2017-2021** : ainsi 37% de la programmation est destinée à l'accompagnement des personnes présentant des troubles du

spectre de l'autisme, adultes comme enfants. Ces places sont **2 fois plus importantes** dans la programmation 2017-2021 que parmi l'ensemble des places installées entre 2008 et 2016. Cette dynamique résulte de l'accélération de la mise en œuvre du 3ème plan Autisme par les ARS (cf. Bilan des Plans point 2).

**Sur l'enfance, la part des places accueillant tout type de déficiences a fortement augmenté et représentent 24%** de la programmation destinée aux enfants. Ces places sont très majoritairement en SESSAD.

L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, bien qu'en diminution depuis deux ans, fait encore l'objet d'un effort particulier (330 places, soit 6% de la programmation pour les adultes).

**Installations de places programmées entre 2017 et 2021**  
**par catégorie de public/déficience**

Catégorie de public/déficience	Adultes	Enfants	Total	Part de chaque catégorie
Autisme-TED	1 959	1 187	3 147	37,2%
Toutes Déficiences	686	790	1 476	17,4%
Déf. Psy	846	36	882	10,4%
Polyhandicap	410	172	582	6,9%
Troubles du comportement	0	446	446	5,3%
Cérébro lésés	418	0	418	4,9%
Déf. Intellectuelles	66	349	415	4,9%
PHV	330	0	330	3,9%
Autres Handicaps rares	209	113	322	3,8%
Déf. Motrices	86	21	107	1,3%
Déf. non précisée	96	2	98	1,2%
Déf sensorielles	0	91	91	1,1%
Epilepsie	60	5	65	0,8%
Déf. Auditives	16	22	38	0,4%
Troubles Langage	0	24	24	0,3%
Alzheimer	12	0	12	0,1%
Déf. Visuelles	10	0	10	0,1%
<b>Total</b>	<b>5 205</b>	<b>3 259</b>	<b>8 464</b>	<b>100,0%</b>

## 2.2. Impact de la programmation 2017-2020 sur l'offre territoriale

### 2.2.1. Evolution nationale<sup>1</sup> du taux d'équipement

Précaution de lecture : pour les adultes, l'offre médico-sociale de structures relevant uniquement des crédits du Conseil départemental est hors de notre champ d'analyse, la programmation issue de

<sup>1</sup> Hors Mayotte

Seppia portant uniquement sur les structures médicalisées (c'est-à-dire financées au moins partiellement par l'Assurance maladie).

Les programmations prévues pour 2021 ne concernent que deux régions (Ile de France pour les adultes et Guyane pour les enfants), aussi la mesure de l'impact des programmations sur le taux d'équipement est réalisée jusqu'au 31/12/2020 et non à fin 2021. Pour calculer le taux d'équipement à fin 2020, le nombre total de places programmées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 31 décembre 2020 a été ajouté au nombre de places existantes recensées dans le répertoire Finess au 31/12/2016.

Il est toutefois impossible de chiffrer précisément le nombre de places qui seront amenées à être transformées sur cette même période, notamment suite aux redéploiements effectués au sein du secteur médico-social.

Sur le champ des adultes, cela a un impact très limité puisque les redéploiements au sein du secteur médico-social relevant des crédits d'assurance maladie sont minoritaires (3,7%). En revanche, sur le champ de l'enfance ils sont plus nombreux : 13%. La vision restituée ici de l'évolution prévisionnelle de l'offre est donc probablement incomplète, et à interpréter avec précaution.

#### **Evolution des taux d'équipement entre 2016 et 2020 (Hors Mayotte)**

		Taux d'équipement au 31/12/2016 pour 1.000 pers.	Taux d'équipement au 31/12/2020 pour 1.000 pers.	Taux d'évolution
<b>Adultes</b>	Etablissement	2,14	2,25	5,3%
	Service	0,50	0,53	5,6%
<b>Total Adultes</b>		<b>2,64</b>	<b>2,78</b>	<b>5,3%</b>
<b>Enfants</b>	Etablissement	6,61	6,64	0,5%
	Service	3,22	3,31	2,8%
<b>Total Enfants</b>		<b>9,82</b>	<b>9,94</b>	<b>1,2%</b>

#### Sources :

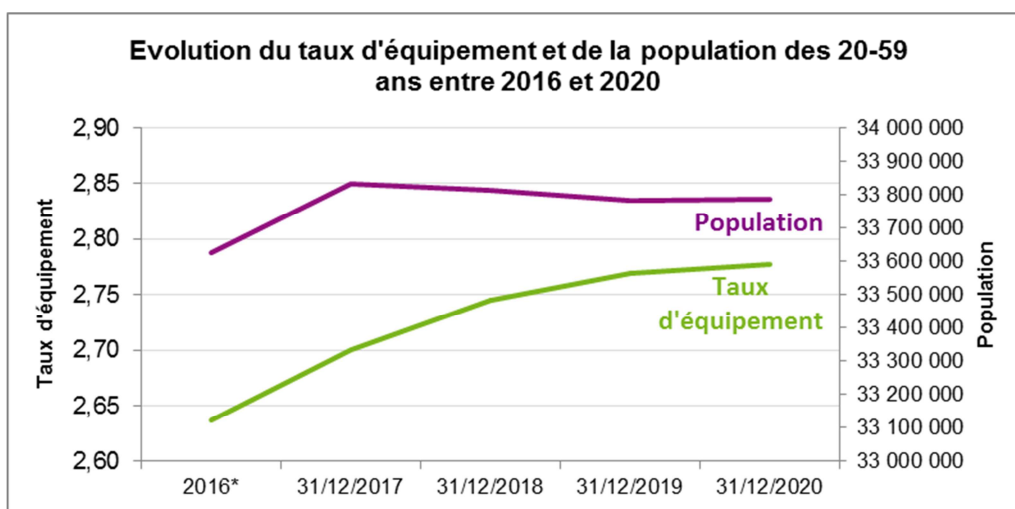
Taux d'équipement au 31/12/2016 : Finess au 31/12/2016 et Population réelle INSEE 2016

Taux d'équipement au 31/12/2020 : Finess au 31/12/2016 + programmation 2017-2020 issue de SEPPIA au 29/05/2017 + population INSEE au 01/01/2021 (INSEE) selon le scénario central OMPHALE 2010

**L'objectif de ce tableau est de mesurer l'impact des créations de places (hors mise en œuvre des crédits issus de la CNH) et de l'évolution de la population sur les taux d'équipement.** Aussi la première colonne indique le taux d'équipement au 31/12/2016 et la seconde colonne indique le taux d'équipement projeté fin 2020 après mise en œuvre de la programmation, en intégrant les prévisions d'évolution de la population entre 2017 et 2020.

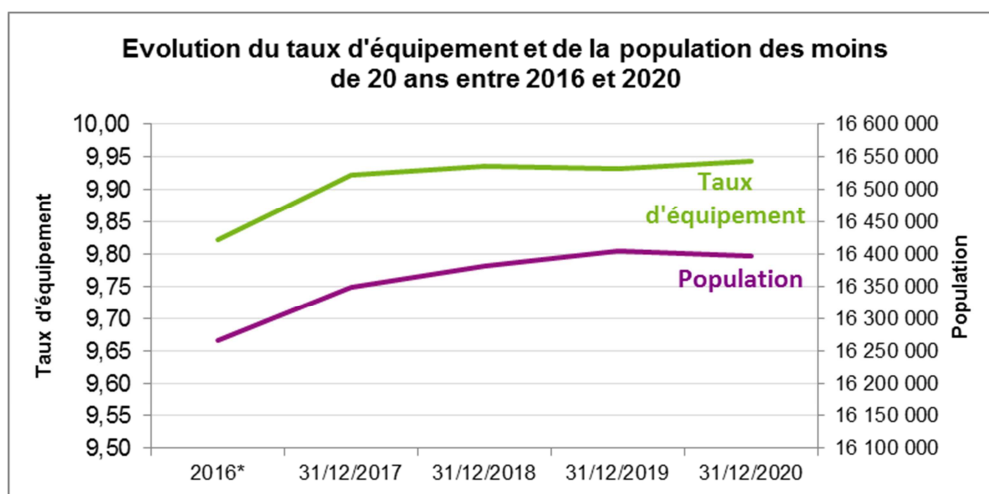
Contrairement à l'année passée, nous avons utilisé la population réelle de l'année 2016 (au 01/01) et non la population projetée au 01/01/2017, pourtant plus proche dans le temps du 31/12/2016. En effet, au fur et à mesure des années il apparaît de plus en plus de divergence (en particulier à l'échelle départementale) entre la population réellement constatée en N et la population -pour cette même année- issue des simulations réalisées en 2010.

Le taux d'évolution de la population des adultes sur la période est de +0,5% entre 2016 (population réelle) et 2020 (population projetée) mais il est de -0,1% entre 2017 (population projetée) et 2020 (population projetée). La légère décroissance de population des 20-59 ans sur 2017-2020 conduit à accroître le taux d'équipement (elle accentue légèrement la hausse des taux d'équipement générée par la programmation 2017-20). **Ainsi le taux d'équipement passerait de 2,64 places pour 1 000 adultes en 2016 à 2,78 pour 1 000 adultes en 2020, soit une progression de +5,3%.**



\* Taux d'équipement au 31/12/2016, population au 01/01/2016

Sur le secteur des enfants, l'évolution de la population des moins de 20 ans (+0,8% entre 2016 et 2020 et +0,3% entre 2017-2020) joue en sens inverse (atténuation de l'effet des créations de places sur l'évolution du taux d'équipement). Néanmoins, **la programmation de nouvelles places sur la période suit un rythme suffisamment élevé pour faire face à la croissance du nombre d'enfants**. Ainsi, entre le 31/12/2016 et le 31/12/2020 l'équipement progresserait de +1,2% (2,8% en milieu ordinaire).



\* Taux d'équipement au 31/12/2016, population au 01/01/2016

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

### Adultes

**Sur la période 2016-2020, le taux d'équipement progresse dans l'ensemble des régions à l'exception** des Pays de la Loire (-0,4%). A l'échelle départementale, 26 départements n'augmenteront pas leur taux d'équipement entre 2016 et 2020, il s'agit cependant très majoritairement (19 départements) de départements mieux équipés que la moyenne nationale. En revanche, les 74 autres départements verront leur équipement s'accroître, avec un maximum de +29% en Haute-Corse grâce à une forte programmation, lui permettant d'atteindre un équipement légèrement supérieur à la moyenne nationale (ce département était parmi les plus faiblement équipés au 31/12/2016).

### Enfants

**Entre 2016 et 2020, le taux d'équipement augmentera dans un peu plus de la moitié des régions.** Toutefois, à l'exception de la Corse (+14,4%), de la Guadeloupe (+6,2%) et de l'Île de France (+5,3%) ces progressions seront modestes. Malgré cette augmentation, le niveau d'équipement francilien restera le plus faible en France métropolitaine.

En 2016, la Martinique est la région la mieux équipée sur le secteur de l'enfance. Elle verra son taux d'équipement diminuer d'ici fin 2020 mais restera cependant parmi les mieux équipées.

La Guyane est quant à elle la région la moins équipée de France (hors Mayotte). Malgré son niveau relativement élevé de programmation, elle restera la plus faiblement équipée en raison de la très forte croissance de sa population de moins de 20 ans.

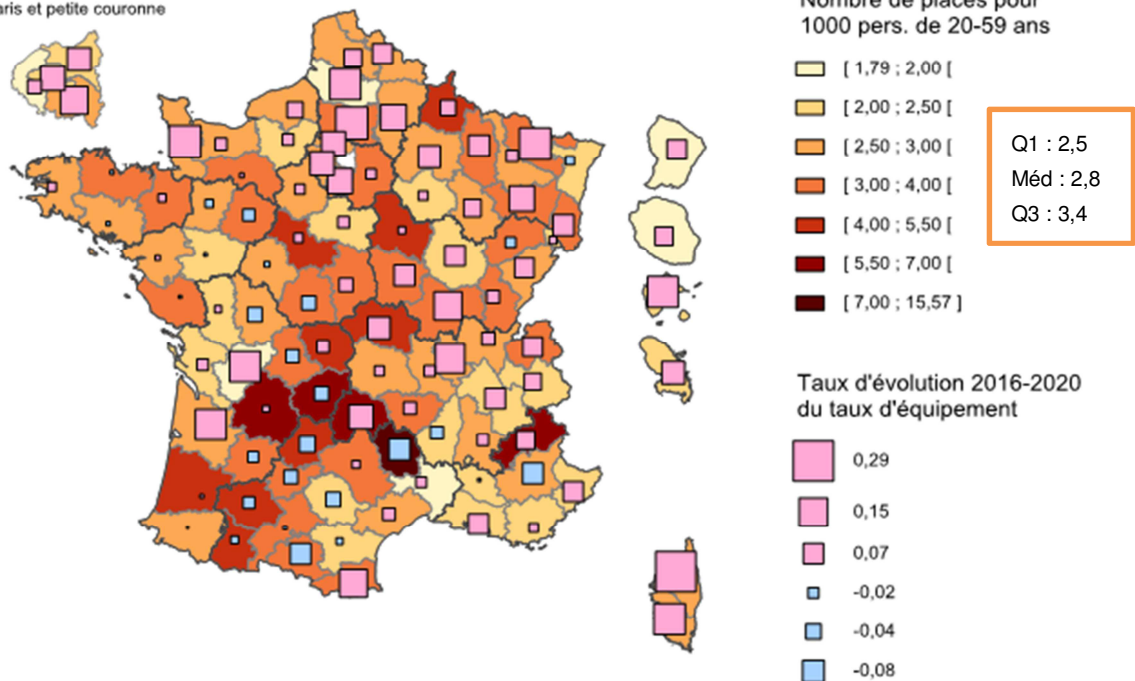
#### Lecture des cartes :

Le fond en dégradé de rouge indique, par classe (tranche) le taux d'équipement pour 1000 personnes au 31/12/2020. Les carrés proportionnels indiquent le taux d'évolution du taux d'équipement entre 2016 et 2020, en rose les évolutions positives, en bleu les négatives.

Exemple : Le taux d'équipement de la Haute-Corse en 2020 est de 2,69 places pour 1000 enfants (3ème tranche), ce qui représente une augmentation de 29% par rapport au taux d'équipement de fin 2016.

### Adultes : projection du taux d'équipement en ESMS avec financement Assurance Maladie (hors ESAT) au 31/12/2020

Paris et petite couronne



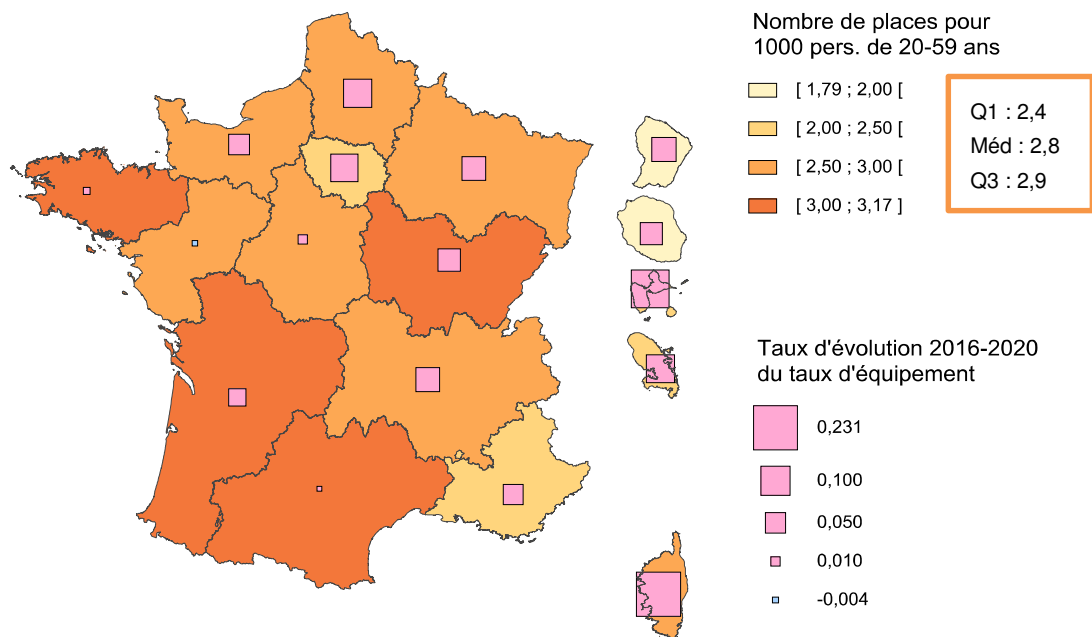
Sources :

Equipe : Finess au 31/12/2016 et Seppia programmation 2017-2020

Population : population des 20-59 ans au 01/01/2016 (INSEE) et au 01/01/2021 (INSEE, Omphale 2010 scénario central)

Carte réalisée par la CNSA avec Cartes &amp; Données - © Artique

### Adultes : projection du taux d'équipement en ESMS avec financement Assurance Maladie au 31/12/2020



Sources :

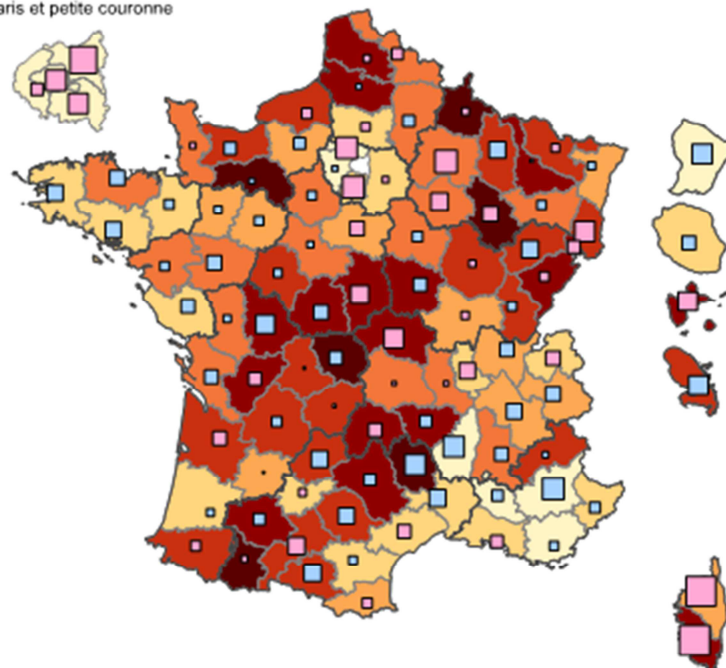
Equipe : Finess au 31/12/2016 et Seppia programmation 2017-2020

Population : population des 20-59 ans au 01/01/2016 (INSEE) et au 01/01/2021 (INSEE, Omphale 2010 scénario central)

Carte réalisée par la CNSA avec Cartes &amp; Données - © Artique

## Enfants : projection du taux d'équipement au 31/12/2020

Paris et petite couronne



Nombre de places pour  
1000 pers. < 20 ans



Q1 : 8,8  
Méd : 10,7  
Q3 : 11,9

Taux d'évolution 2016-2020  
du taux d'équipement



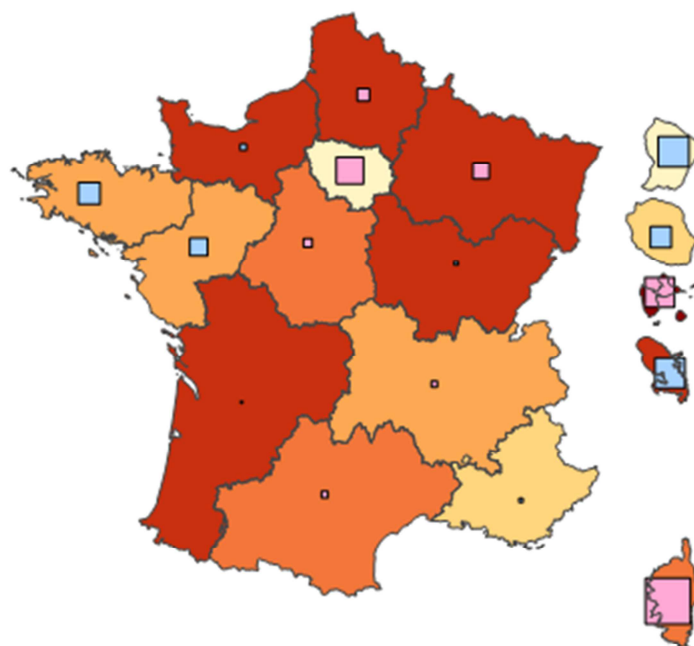
Sources :

Équipement : Finess au 31/12/2016 et Seppia programmation 2017-2020

Population : population des moins de 20 ans au 01/01/2016 (INSEE) et au 01/01/2021 (INSEE, Omphale 2010 scénario central)

Carte réalisée par la CNSA avec Cartes & Données - © Artique

## Enfants : projection du taux d'équipement au 31/12/2020



Nombre de places pour  
1000 pers. < 20 ans



Q1 : 9,1  
Méd : 10,9  
Q3 : 11,3

Taux d'évolution 2016-2020  
du taux d'équipement



Sources :

Équipement : Finess au 31/12/2016 et Seppia programmation 2017-2020

Population : population des moins de 20 ans au 01/01/2016 (INSEE) et au 01/01/2021 (INSEE, Omphale 2010 scénario central)

Carte réalisée par la CNSA avec Cartes & Données - © Artique

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

## 1. Bilan général de la mise en œuvre du programme pluriannuel du handicap, du schéma pour les handicaps rares et du 3ème plan autisme

### Précaution méthodologique :

Les formations réalisées auprès des utilisateurs en 2015 et 2016 sur l'application SEPPIA et l'accompagnement des utilisateurs tout au long de l'année ont permis une amélioration de la qualité des saisies. Néanmoins, il subsiste une problématique relative à la saisie des années de rattachement des AE (autorisations d'engagement), avec une confusion pour certains utilisateurs entre l'année de réalisation et l'année de l'AE.

Pour déterminer la nature des plans à l'origine du financement des projets saisis dans l'application, nous appliquons les formules suivantes :

- *3eme Plan Autisme* : AE 2014-15-16 et public Autisme-TED
- *PPH (Programme Pluriannuel du Handicap) et HR (Handicaps Rares)* : AE <2011, 2011-12-13 et AE 2014-15 et public différent d'Autisme-TED
- *Crédits de prévention des départs en Belgique* : AE 2016 et public différent d'Autisme-TED
- *CNH (Conférence Nationale du Handicap)* : AE supérieure ou égale à 2017

Ce bilan est fondé sur cette méthode. Ainsi, 6,5M€ correspondraient à des autorisations de places à partir des crédits de prévention des départs en Belgique (y compris PCPE). En ce qui concerne les programmations d'installation, on estime un volume de plus de 40 M€ à partir des crédits de prévention des départs en Belgique et des crédits issus de la CNH. On peut supposer, compte tenu d'une compréhension imparfaite de la notion d'AE par certains utilisateurs, qu'une partie de ces crédits relèvent en réalité du PPH.

Le temps imparti entre l'extraction des données (29/05) et sa rédaction ne nous a pas permis de lever toutes les incertitudes quant à ce rattachement. Cela fera l'objet de travaux que nous mènerons auprès des agences dans les prochains mois.

En raison du caractère récent des crédits de prévention des départs en Belgique et des crédits CNH ainsi que des difficultés de saisies évoquées, nous présentons dans ce rapport uniquement le bilan du programme pluriannuel du handicap, du schéma pour les handicaps rares et du 3ème plan autisme. Ces nouveaux crédits feront l'objet d'une analyse détaillée dans le prochain bilan.

### 1.1. Places et montants notifiés

Depuis 2008 (début du PPH), la CNSA a notifié **1 406,2 millions d'euros pour la création de 44 023 places** en faveur des personnes en situation du handicap au titre du programme pluriannuel du handicap (2008-2014), du 2e schéma handicaps rares 2014-2018 et du 3ème plan autisme (2013-2017, hors renforcement ESMS).

### Places et montants notifiés au titre des mesures nouvelles

		Places	Millions d'€
<b>Adultes</b>	Dépistage/cure ambulatoire	0	1,5
	Etablissement	17 618	716,6
	Service	11 330	161,0
	<b>Total</b>	<b>28 947</b>	<b>879,2</b>
<b>Enfants</b>	Dépistage/cure ambulatoire	0	67,6
	Etablissement	5 494	259,5
	Service	9 581	200,0
	<b>Total</b>	<b>15 075</b>	<b>527,1</b>
<b>Total adultes et enfants</b>		<b>44 023</b>	<b>1 406,2</b>

Pour rappel, **en complément** de ces crédits, la CNSA a notifié aux ARS les autorisations d'engagement suivantes :

- **Crédits CNH : 180M€**, dont la moitié dans un objectif de développement de l'offre (création de places nouvelles) et l'autre moitié afin de faire évoluer l'offre existante (transformation, adaptation de l'offre)
- **Crédits de prévention des départs en Belgique : 15M€**

### **1.2. Autorisation des places et engagement des crédits : des objectifs dépassés sur l'enfance**

Au 31 décembre 2016, **39.197 places ont été autorisées** : pour ces autorisations, près **d'1,3 milliards d'euros ont été engagés** par les ARS.

### Autorisation et engagement des enveloppes de mesures nouvelles

		Places	Millions d'€
<b>Adultes</b>	Dépistage/cure ambul	-	2,2
	Institution	15 135	644,7
	Milieu ordinaire	7 976	102,0
	<b>Total</b>	<b>23 111</b>	<b>749,0</b>
<b>Enfants</b>	Dépistage/cure ambul	-	54,9
	Institution	6 275	287,9
	Milieu ordinaire	9 811	203,6
	<b>Total</b>	<b>16 085</b>	<b>546,4</b>
<b>Total</b>		<b>39 197</b>	<b>1 295,4</b>

**Taux d'autorisation et taux d'engagement des enveloppes de mesures nouvelles**

		Taux d'autorisation	Taux d'engagement
<b>Adultes</b>	Dépistage/cure ambulatoire	-	144%
	Etablissement	86%	90%
	Service	70%	63%
	<b>Total adultes</b>	<b>80%</b>	<b>85%</b>
<b>Enfants</b>	Dépistage/cure ambulatoire	-	81%
	Etablissement	114%	111%
	Service	102%	102%
	<b>Total enfants</b>	<b>107%</b>	<b>104%</b>
<b>Total adultes et enfants</b>		<b>89%</b>	<b>92%</b>

Ainsi **89% des places notifiées ont été autorisées et 92% des crédits ont été engagés.**

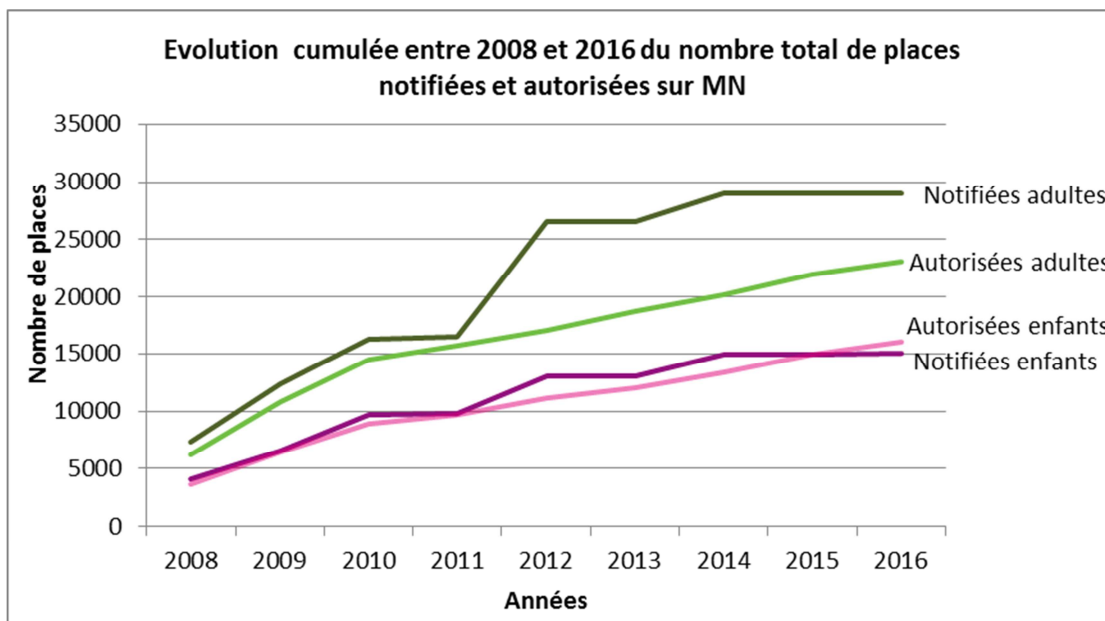
**Les taux d'autorisation et d'engagement sur le secteur de l'enfance sont supérieurs à 100%** (respectivement 107% et 104%), en raison de l'utilisation de crédits notifiés par la CNSA aux ARS pour des places destinées aux adultes.

Au 31/12/2016, **le taux d'autorisation sur le secteur des adultes est de 80%**. Outre le phénomène de fongibilité effectuée entre les deux secteurs (adultes / enfants) impliquant que les objectifs initiaux sur le secteur des adultes ne peuvent pas être atteints, le relativement faible niveau d'autorisation pour les adultes s'explique par **deux facteurs** :

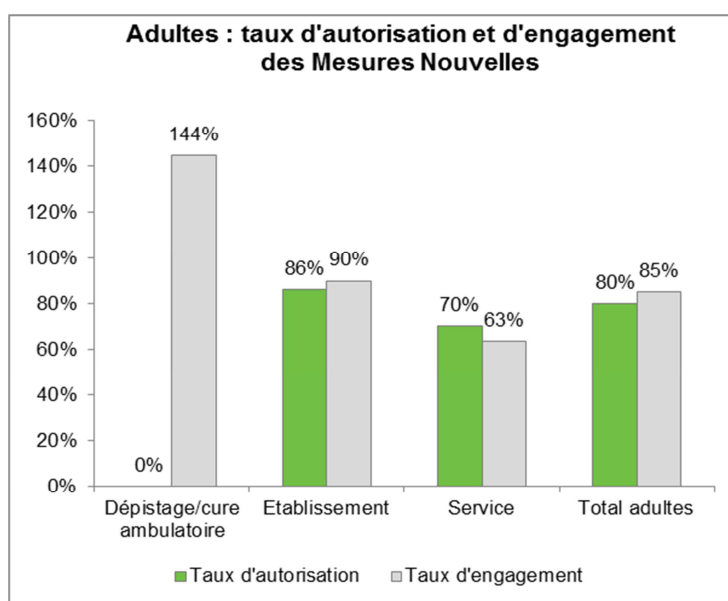
- D'une part, les notifications de mesures nouvelles en 2012 sont intervenues dans le contexte de la montée en charge de la procédure d'appel à projet et de l'élaboration des projets régionaux de santé. Ce contexte a pu entraîner des délais d'autorisation un peu plus longs.
- D'autre part, ces taux prennent en compte au dénominateur un volume important de crédits notifiés en 2012 et 2014 (1<sup>ère</sup> tranche d'autorisation d'engagement du 3eme Plan Autisme), sans que l'ensemble de ces enveloppes ait pu être autorisé à court et moyen terme dans les mêmes proportions par les ARS.

La combinaison de ces deux phénomènes est illustrée par le graphique suivant. On constate effectivement :

- le « pic » de notification intervenu en 2012 et dans une moindre mesure en 2014, particulièrement marqué pour les adultes (courbe vert foncé), dans une optique de rééquilibrage de l'offre ;
- un ralentissement du rythme d'autorisation illustré par une pente moins forte des courbes d'autorisation (vert clair pour les adultes et rose clair pour les enfants) à partir de 2010.



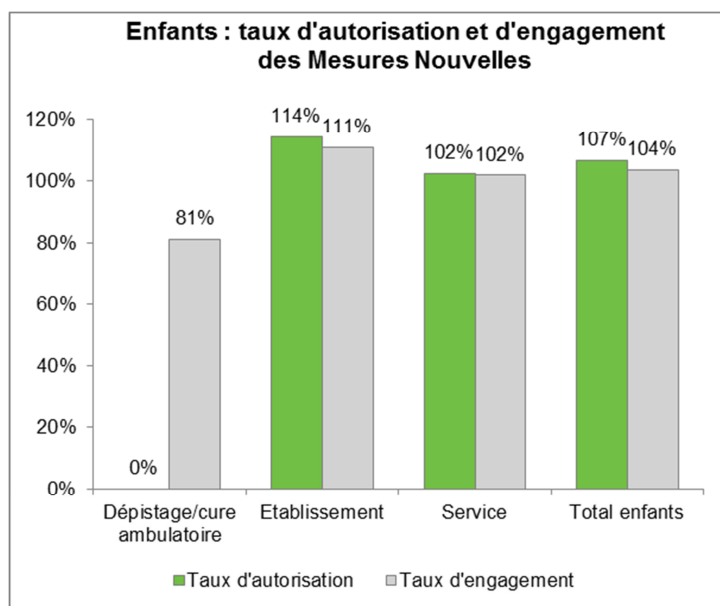
### 1.2.1. Précisions concernant l'offre pour les adultes



80% des places notifiées pour les adultes ont été autorisées, cette part représente **70% pour les places de services et 86% pour les places en établissements**. Si l'on rapproche le raisonnement en places et le raisonnement en crédits, on constate, comme les années précédentes, qu'en raison d'un écart entre les coûts des projets autorisés et les coûts de référence utilisés pour notifier les objectifs de création de places aux ARS, les SAMSAH-SSIAD présentent des taux d'engagement (raisonnement en crédits) inférieurs aux taux d'autorisation (raisonnement en places), contrairement aux établissements dont le taux d'engagement est supérieur au taux d'autorisation, indiquant des autorisations à des coûts supérieurs à ceux qui ont été pris en compte pour la quantification des objectifs de places lors des notifications.

### 1.2.2. Précisions concernant l'offre pour les enfants

Sur le champ de l'enfance, **107% des places et 104% des crédits notifiés** sont respectivement autorisés et engagés fin 2016. A l'inverse du secteur des adultes, le taux d'engagement est inférieur au taux d'autorisation en raison de coût à la place plus faible que celui estimé dans les notifications.



### 1.3. Installation des places et consommation des crédits : 99,7% des crédits devraient être consommés au 31/12/2021

Au 31 décembre 2016, 36 161 places ont été installées dans le cadre des plans nationaux, pour un volume de crédits de 1 163,9 millions d'euros.

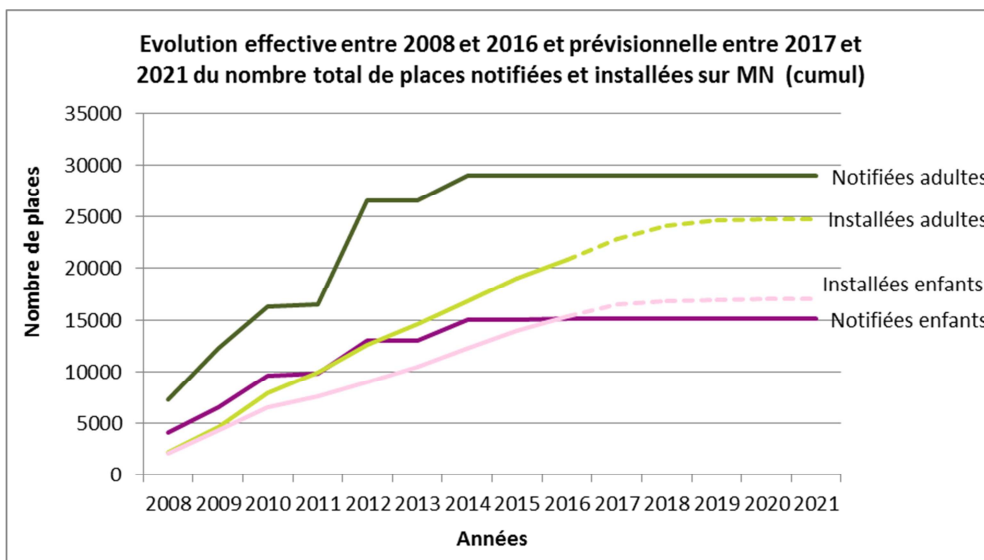
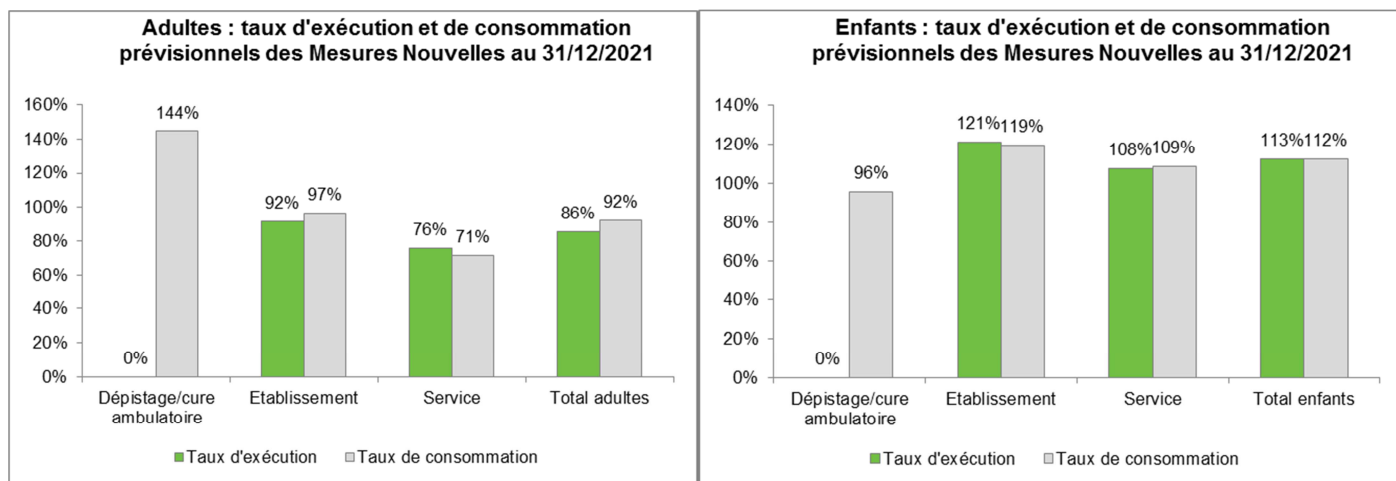
Au 31 décembre 2021, les programmations au titre des plans indiquent que 41 763 places et 1 402,6 M€ seront installées et consommées, soit **95% des places notifiées et 99,7% des crédits alloués**.

#### Places installées et crédits consommés au 31 décembre 2016 et prévision au 31/12/2021

		Réalisation au 31/12/2016		Prévision au 31/12/2021	
		Places installées	Millions d'€ consommés	Places installées	Millions d'€ consommés
<b>Adultes</b>	Dépistage/cure ambul	-	2,2	-	2,2
	Institution	13 106	548,1	16 176	693,4
	Milieu ordinaire	7 772	98,4	8 607	115,0
	<b>Total</b>	<b>20 878</b>	<b>648,7</b>	<b>24 784</b>	<b>810,6</b>
<b>Enfants</b>	Dépistage/cure ambul	-	52,0	-	64,7
	Institution	5 881	271,0	6 665	309,9
	Milieu ordinaire	9 402	192,2	10 314	217,3
	<b>Total</b>	<b>15 283</b>	<b>515,2</b>	<b>16 980</b>	<b>591,9</b>
<b>Total</b>		<b>36 161</b>	<b>1 163,9</b>	<b>41 763</b>	<b>1 402,6</b>

En raison des fongibilités effectuées entre adultes et enfants, **les objectifs de création de places sur le secteur de l'enfance seront largement dépassés**, 113% des places auront été installées et 112% des crédits seront consommés.

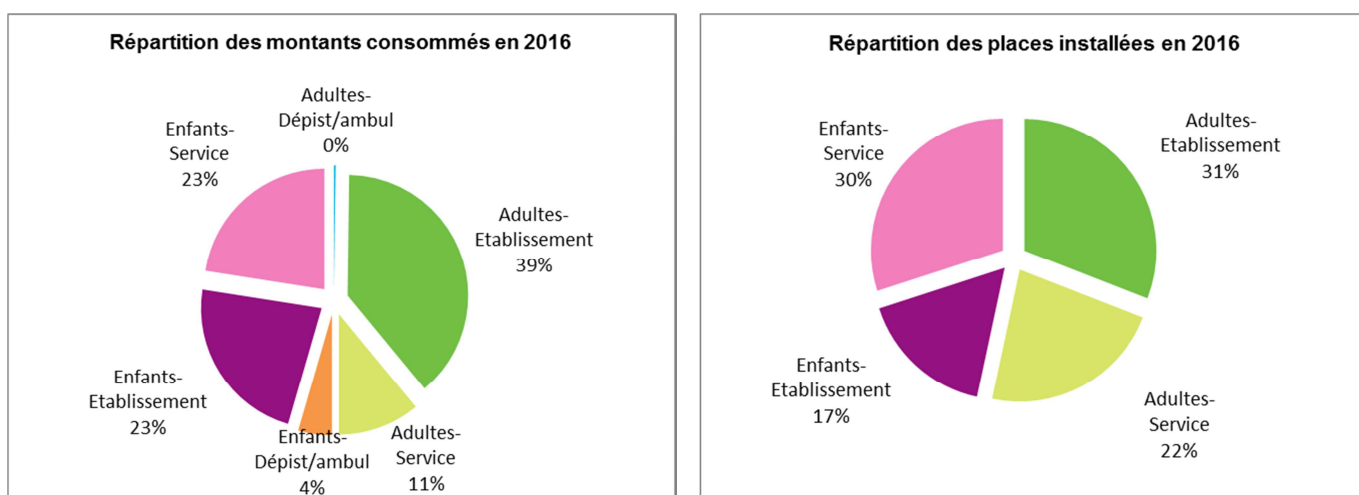
**En revanche, les objectifs initiaux sur le secteur des adultes ne pourront pas être atteints** : 86% des places seront installées et 92% des crédits seront consommés.



## 2. Réalisations de l'année 2016

**En 2016, 4 417 places** ont été installées, dont 2 358 destinées à l'accompagnement des adultes et 2059 pour les enfants, pour un montant de **137,3 millions d'euros**.

**En 2016 les crédits ont été consommés à part égale entre adultes et enfants.** Les crédits dédiés aux établissements sont majoritaires (62%) dans l'ensemble des montants consommés en 2016, en revanche en raisonnant en nombre de places installées les services sont les plus nombreux (52%).

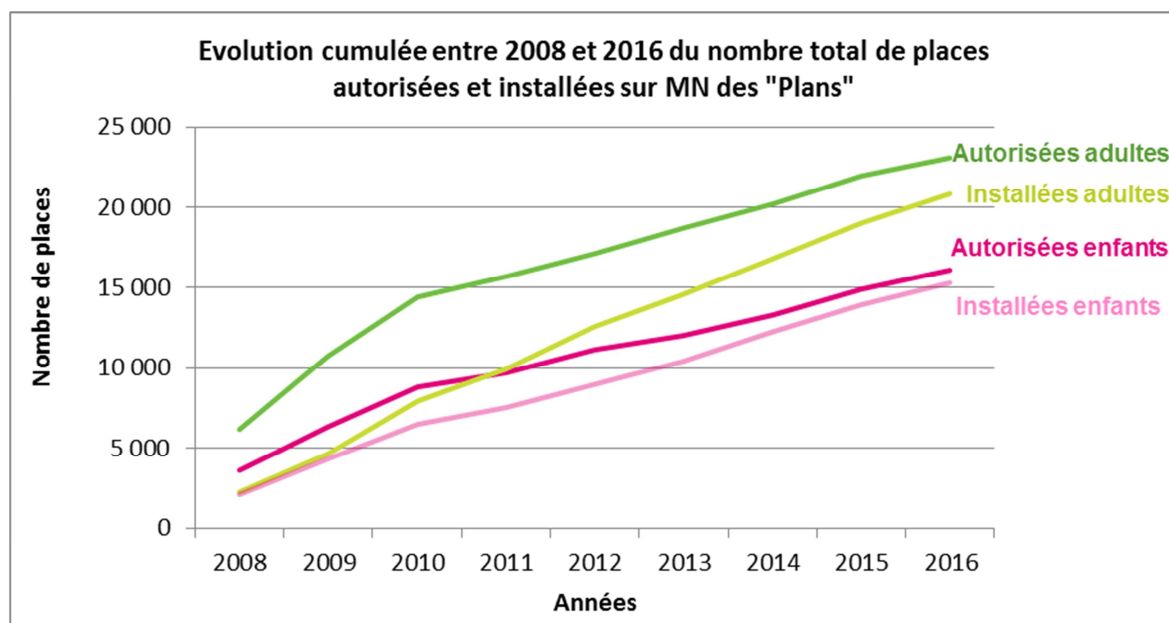


**Sur les crédits relevant uniquement des « Plans nationaux »** (PPH, schéma pour les handicaps rares et 3ème plan autisme), **3 156 places ont été installées en 2016 et 104,6 millions d'euros ont été consommés**. Ces places représentent 71% de l'ensemble des places installées en 2016, les autres places étant principalement issues de redéploiement d'enveloppe médico-sociale (16%) et secondairement de transfert d'enveloppe provenant du sanitaire (5%).

		Places autorisées en 2016		Places installées en 2016	
		tous crédits confondus	sur crédits des "Plans"	tous crédits confondus	sur crédits des "Plans"
Adultes	Dépistage/cure ambul	0	0	0	0
	Etablissement	919	589	1 365	935
	Service	656	539	993	875
	<b>sous-total</b>	<b>1 575</b>	<b>1 128</b>	<b>2 358</b>	<b>1 810</b>
Enfants	Dépistage/cure ambul	0	0	0	0
	Etablissement	634	452	735	548
	Service	1 268	767	1 324	797
	<b>sous total</b>	<b>1 902</b>	<b>1 220</b>	<b>2 059</b>	<b>1 345</b>
<b>Total</b>		<b>3 477</b>	<b>2 348</b>	<b>4 417</b>	<b>3 156</b>

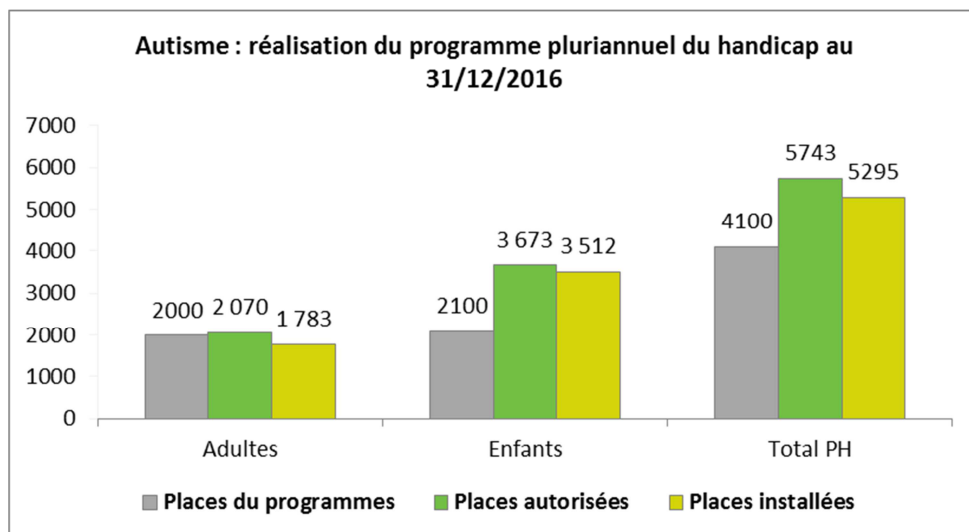
Sur le champ de l'enfance, les taux d'installation (part des places installées parmi les places autorisées) sont élevés et ce depuis plusieurs années ; aujourd'hui 95% des places autorisées dans le cadre des Plans ont été installées. Pour les adultes, les délais d'installation sont plus longs,

notamment en raison de l'importance des places d'établissements dans l'ensemble des autorisations, néanmoins, en 2016, 90% des places autorisées dans le cadre des Plans nationaux sont désormais installées.



### 3. Focus sur l'autisme

#### 3.1. Réalisation au titre du programme pluriannuel du handicap : des objectifs dépassés sur le champ de l'enfance



Le programme pluriannuel établissait, s'agissant de l'autisme, les cibles suivantes pour toute sa durée :

- Enfance : 1 500 places en établissement, 600 places de SESSAD ;
- Adultes : 2 000 places de MAS et FAM ainsi que le développement des SAMSAH (*pas d'objectif quantifié*).

Cet objectif initial global, fixé en 2008, de 4 100 places a été dépassé puisqu'**au 31 décembre 2016, 5 743 places ont été autorisées et 5 295 places ont été installées au titre du programme pluriannuel**, soit respectivement 40% et près de 30% de plus que l'objectif initial. Ces résultats ont pu être atteints du fait de la réaffectation de crédits du Plan Pluriannuel du handicap prévus pour d'autres thématiques.

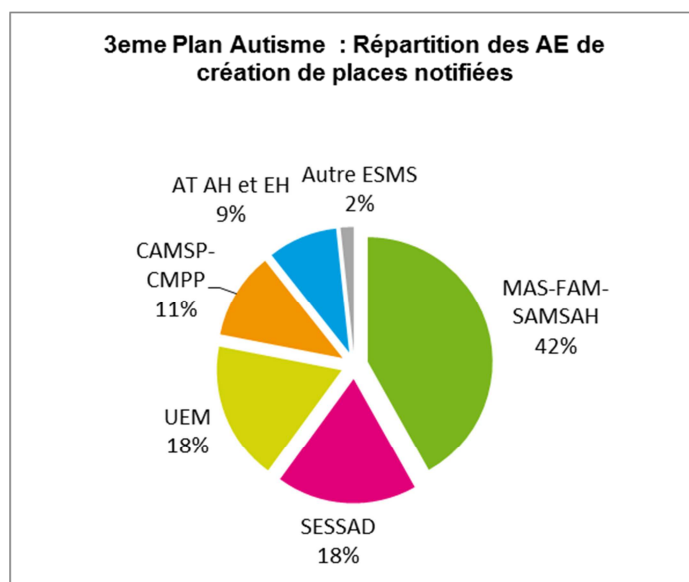
Les places à destination des enfants avec troubles du spectre de l'autisme (TSA) font l'objet d'une très forte dynamique. **Les objectifs fixés sur le champ de l'enfance ont en effet été très nettement dépassés en matière d'autorisation (175%) comme d'installation (167%), tant s'agissant des établissements que des services.** Ainsi, au 31 décembre 2016, 2 013 places en établissement ont été autorisées et 1 917 places installées (1 500 places d'IME prévues au programme) tandis que 1 660 places de services ont été autorisées et 1 595 places installées (600 places prévues).

**Par ailleurs, au sein du champ de l'enfance, on note que la part des places de SESSAD autorisées comme installées (45% dans les deux cas) est nettement supérieure à celle prévue dans le format initial du programme (28.5% de la programmation envisagée).**

**En 2016, l'objectif est désormais également dépassé sur le champ des adultes en matière d'autorisation (104% des places du programme ont été autorisées) et quasiment atteint en termes de places installées (près de 90%). En revanche, contrairement au champ de l'enfance, la création de places de services reste marginale (8% des places autorisées et 8.7% des places installées).**

### 3.2. Réalisation au titre du 3eme Plan Autisme : accélération de la dynamique en 2015 et 2016

L'amélioration de l'accueil en établissement et le développement de l'accompagnement en milieu ordinaire constituent des enjeux forts du 3<sup>ème</sup> plan autisme, doté d'une enveloppe de 195 millions d'euros, dédiés à l'évolution quantitative<sup>1</sup> et qualitative<sup>2</sup> de l'offre médico-sociale.



Globalement, il convient tout d'abord de souligner une **plus forte dynamique de programmation des crédits du 3<sup>ème</sup> plan autisme comparativement aux plans précédents ou à d'autres plans nationaux** : la quasi-totalité des crédits délégués aux ARS sont aujourd'hui inscrits dans les PRIAC régionaux.

L'année 2014 a été consacrée en grande partie à l'élaboration, en concertation avec les acteurs locaux, des plans d'actions régionaux autisme, qui viennent décliner en région le plan autisme 2013-2017.

Fin 2014/ début 2015, ces plans régionaux sont rentrés dans une phase de mise en œuvre opérationnelle sous le pilotage des ARS. **L'année 2015 s'était ainsi caractérisée par une accélération de la mise en œuvre du 3<sup>ème</sup> plan en région.**

**Cette dynamique se poursuit en 2016. Ce sont ainsi 99.6M€ qui ont été engagés en 2016 pour l'autorisation de 2 315 places au 31 décembre 2016** (Pour mémoire : 45,2 M€ avaient été engagés pour l'autorisation de 1 037 places au 31 décembre 2015 et 13M€ en 2014)<sup>3</sup>.

Elle se traduit également en toute logique au niveau des appels à projets (AAP). **L'année 2016 enregistre en effet une nouvelle progression du nombre d'AAP lancés sur le secteur** (56 en 2016 contre 50 en 2015 et le constat d'une augmentation constante depuis le démarrage du plan<sup>4</sup>). Ces données sont cohérentes par ailleurs avec le fait qu'une grande partie des crédits du 3<sup>ème</sup> plan sont concentrés sur 2016 et 2017 et confirment la montée en charge de la mise en œuvre des plans

<sup>1</sup> Création de places

<sup>2</sup> Crédits de l'enveloppe renforcement de l'offre du 3eme Plan Autisme

<sup>3</sup> **CNSA. ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS ET ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP**, Bilan des réalisations au 31/12/2015 et programmation de places nouvelles entre 2016 et 2019 (juin 2016)

<sup>4</sup> Le nombre d'AAP et AAC lancés sur le champ des TSA est en constante augmentation sur les cinq dernières années : 4 (2011), 13 (2012), 24 (2013), 33 (2014), 50 (2015) et 56 (2016).

régionaux d'action Autisme par les ARS, même si cette montée en charge est variable selon les régions. Globalement, au niveau national, le taux d'autorisation en 2016 est cohérent avec le niveau des CP notifiés en 2014, 2015 et 2016.

**Cette dynamique est manifeste sur le champ de l'enfance** et portée principalement par la création des UEM (39 ont ouvert leurs portes en 2016) et le développement des SESSAD. L'objectif du 3<sup>ème</sup> plan sera ainsi dépassé s'agissant des UEM : ce sont en effet 110 UEM et non 100 qui seront installées d'ici fin 2017<sup>1</sup> au titre du 3<sup>ème</sup> plan, auxquelles il faut ajouter 2 UEM financées hors plan autisme en Ile de France. Le niveau de réalisation du 3<sup>ème</sup> plan est toujours important s'agissant des SESSAD même si un rééquilibrage entre enveloppes est néanmoins observé en 2016.

Enfin, les plans d'action régionaux mettent également en évidence le **développement de réponses impliquant d'autres modes d'intervention, voire des démarches innovantes** avec par exemple la transposition sur le champ des TSA de démarches d'intégration type MAIA en Normandie et en Ile-de-France, la création d'équipes mobiles (Auvergne Rhône-Alpes, Bourgogne Franche-Comté, Bretagne, Grand Est, Guyane, Martinique, Océan Indien) ou encore la création de plates-formes de différents types : plates-formes de répit « multi-services » (Normandie, Auvergne-Rhône-Alpes, Guyane notamment), plates-formes servant de support à la structuration du tryptique « repérage-diagnostic-interventions précoces » avec le financement de CAMSP ou encore de SESSAD précoces, généralement accompagnée par les ARS via des crédits non reconductibles issus de l'enveloppe « renforcement de l'offre »<sup>2</sup> ou du FIR permettant de financer des actions de formation (Hauts de France par exemple) ou l'achat de petits matériels.

Cette tendance devrait se poursuivre en 2017. D'ores et déjà, au vu des prévisions d'installation pour 2017 et 2018 saisies dans SEPPIA au 31 décembre 2016 par les ARS, le niveau d'installation devrait atteindre 2 221 places pour 100.7M€.

**Les niveaux d'autorisation et d'installation devront rester un point de vigilance de la CNSA sur 2017, eu égard au volume important de crédits délégués en CP 2017 en particulier s'agissant des places destinées à accompagner les personnes adultes.** Il convient de souligner qu'un certain nombre d'ARS indiquent rencontrer des difficultés s'agissant des opérations impliquant un cofinancement des Conseils départementaux (FAM mais aussi CAMSP et SAMSAH), qui les ont parfois conduit à revoir leur programmation (en cas de refus) ou à la décaler (en cas de report de décision). Cette problématique de cofinancement est particulièrement mise en lumière dans le champ de l'autisme du fait que ce dernier « bénéficie », avec le troisième plan, de crédits nouveaux.

### 3.3. Une forte évolution de la part de l'autisme dans les autorisations depuis 2008 (tous plans confondus)

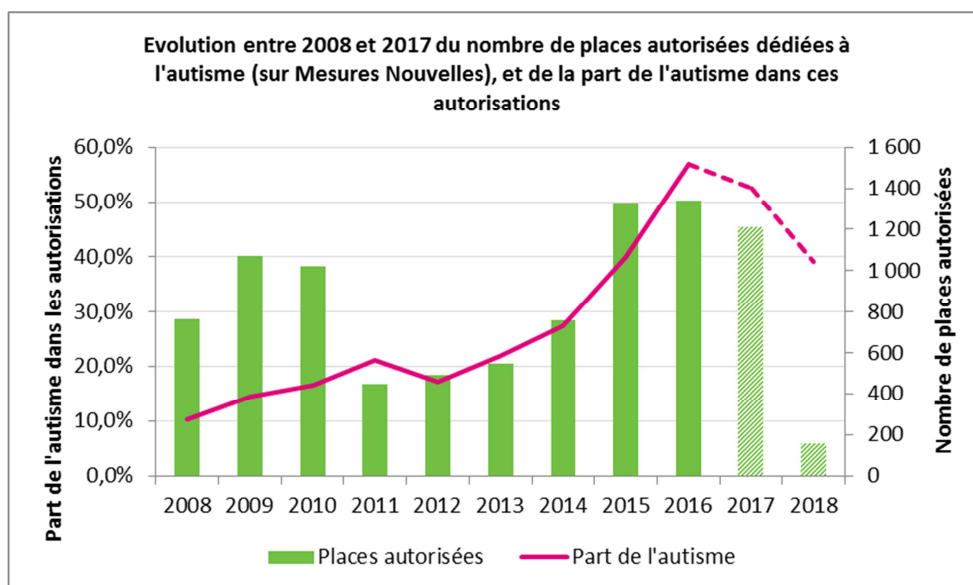
En 2008, année de publication du deuxième plan, l'autisme représentait 10% des autorisations de mesures nouvelles. **En 2016, cette part atteint 57%, toutes mesures nouvelles confondues**<sup>3</sup> (+ 17 points par rapport à 2015).

Cette part va rester très importante en 2017, dernière année de délégation de crédits de création de places au titre du 3<sup>ème</sup> plan (plus de 53% des places autorisées en 2017).

<sup>1</sup> 30 en 2014, 29 en 2015 et 53 en 2016 et 2017.

<sup>2</sup> Outre les crédits de création de places, le plan autisme 2010-2013 présente la spécificité de prévoir des crédits dits de renforcement ayant vocation à soutenir l'évolution des organisations et des pratiques des établissements et services médico-sociaux (ESMS). Un outil d'appui, élaboré au sein d'un groupe de travail national piloté par le Comité interministériel du handicap (CIH) et publié par instruction du 18 décembre 2015, vient outiller les acteurs dans le cadre d'une démarche s'inscrivant dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité. L'utilisation de ces crédits dits de renforcement fait l'objet d'un suivi spécifique, via l'application HAPI.

<sup>3</sup> PPH et 3<sup>ème</sup> plan

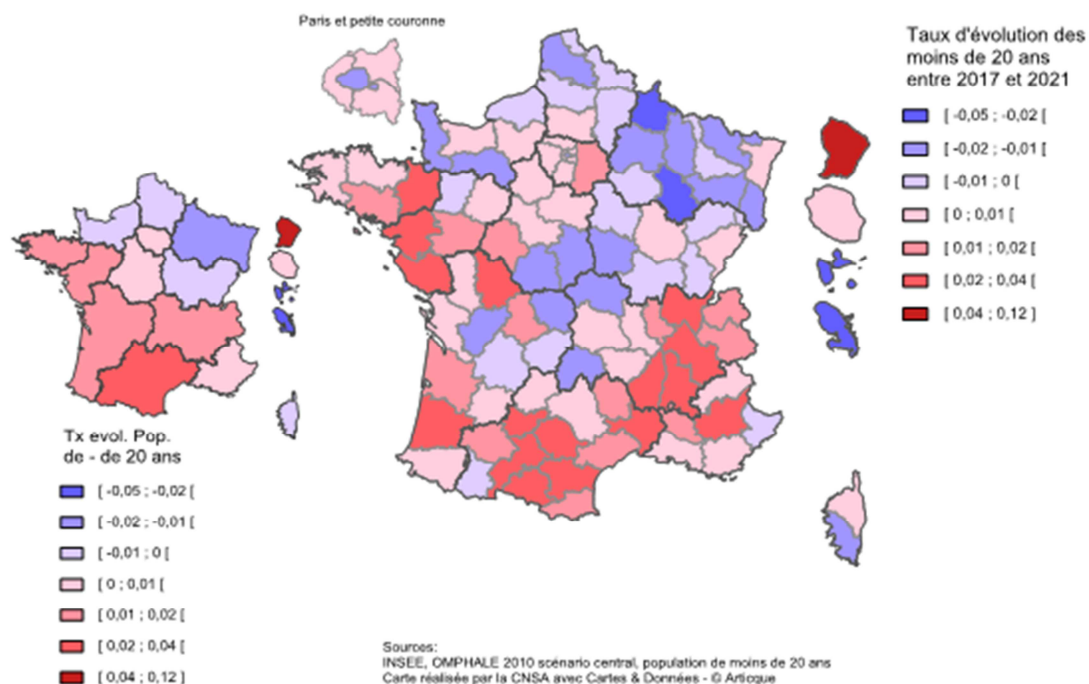


# Annexes

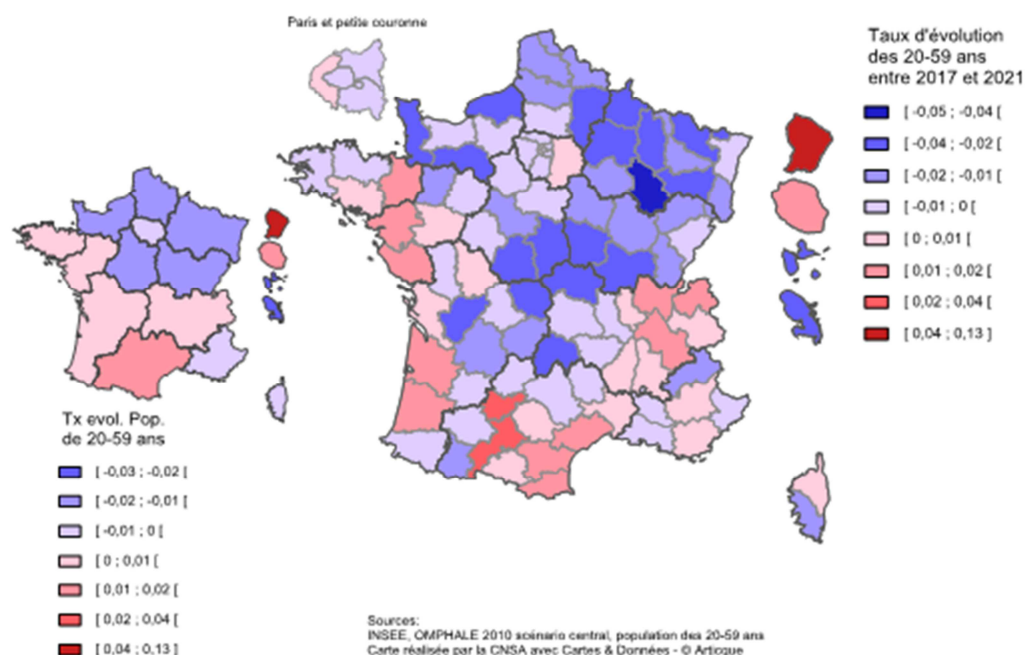
## 1. Cartographie complémentaire

Les cartes ci-après complètent les informations fournies par le présent rapport.

Evolution prévisionnelle de la population  
âgée de moins de 20 ans entre 2017 et 2021



Evolution prévisionnelle de la population  
âgée de 20 à 59 ans entre 2017 et 2021



## 2. Amendement Creton en 2014

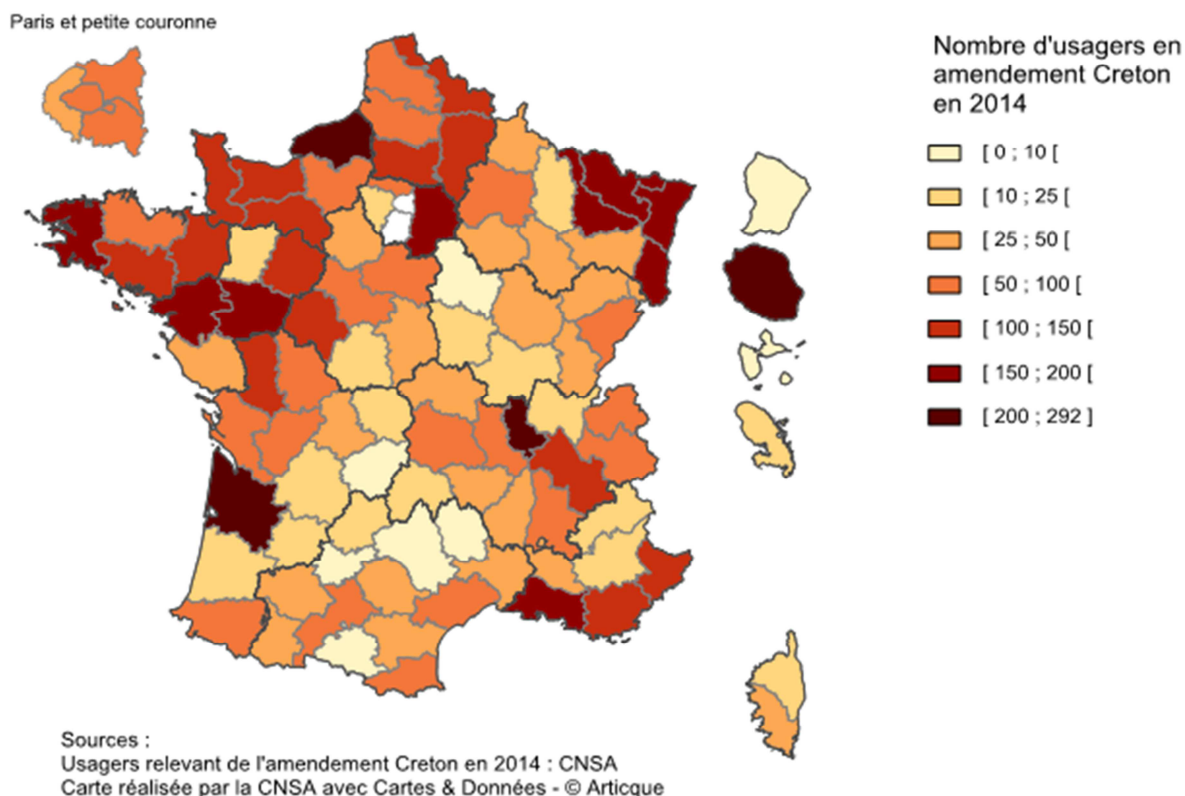
L'article 22 de la Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 crée l'alinéa dit "amendement Creton". Il s'agit d'un dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes dans les établissements pour enfants handicapés, dans l'attente d'une place dans une structure adaptée pour adultes.

**En 2014**, la CNSA recensait dans une enquête menée auprès des ARS **7.064 jeunes adultes relevant de l'amendement Creton**. En 2014, **seule la Lozère n'avait aucun adulte concerné par cette situation**. La médiane se situait à 53 usagers, le maximum à 292 usagers (Rhône).

La somme des places créées en 2015 et 2016 et les prévisions d'installation 2017-2021 représentent 10.082 places, soit 143% du nombre de jeunes adultes relevant de l'amendement Creton. Cependant, ces deux nombre ne peuvent pas comparer mécaniquement ; en effet, nous ne possédons pas les orientations faites pour ces jeunes adultes. Aussi, nous ne pouvons pas déterminer si les places créées entre 2015 et 2016 ainsi que les nouvelles places programmées sur le secteur des adultes entre 2017 et 2021 pourront correspondre aux orientations.

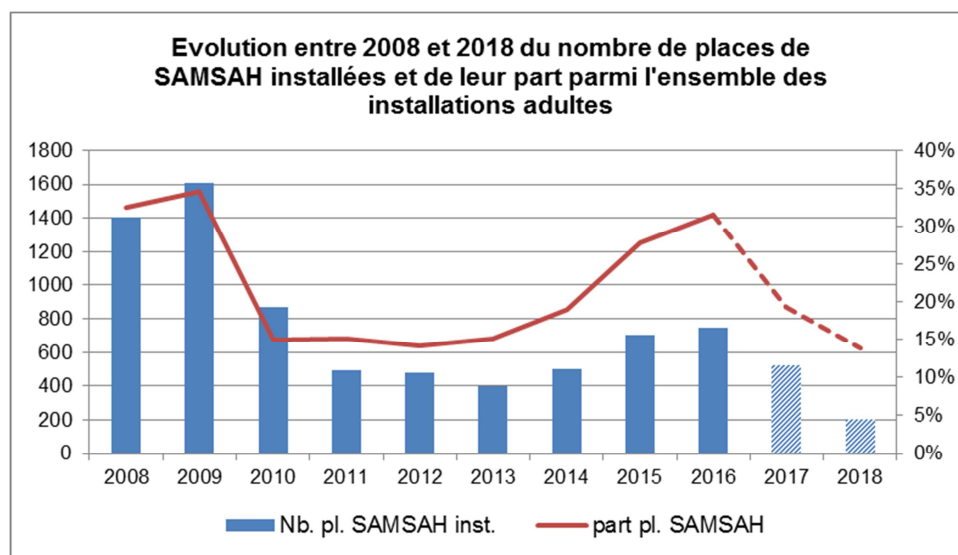
**On constate que dans de nombreux territoires mettant en œuvre la démarche « réponse accompagnée pour tous », une priorité est donnée aux jeunes en situation d'amendement Creton**. Cette démarche fait l'objet d'une **mise en œuvre progressive jusqu'au 1er janvier 2018**, date à laquelle les plans d'accompagnement global (PAG) seront généralisés sur l'ensemble du territoire.

### Adultes relevant de l'amendement Creton en 2014



### 3. Focus sur les SAMSAH

#### 3.1. Evolution 2008-2018 : après le rebond des dernières années, un ralentissement est à prévoir



Sources : SEPPIA au 29/05/2017

Les SAMSAH (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) sont des structures relativement récentes. Tout comme les SAVS, ce sont des services médico-sociaux issus de la loi du 11 février 2005 dont les conditions d'organisation et de fonctionnement sont définies dans le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005.

Les SAMSAH ont vocation à favoriser l'insertion des adultes en milieu ordinaire. Les prestations sont assurées par une équipe pluridisciplinaire composée en particulier d'éducateurs spécialisés, d'assistantes sociales, psychologues, médecins, infirmiers et ergothérapeutes.

En **2008 et 2009** les SAMSAH étaient un plein développement, aussi, ils représentaient environ **1/3 des nouvelles installations**.

A partir de **2010**, le rythme s'est ralenti.

Puis **entre 2014 et 2016**, le nombre d'installations de SAMSAH a **de nouveau augmenté** : ils représentaient entre 19% (en 2014) et 32% (en 2016) des installations sur le champ des adultes. Bien que cette période corresponde au lancement du 3ème Plan autisme, les créations spécifiquement dédiées à ce public restent minoritaires. En revanche on constate une **augmentation** significative du nombre de **SAMSAH accueillant tous types de déficience**. **Néanmoins, les places dédiées à l'accompagnement du handicap psychique restent majoritaires** (54%) sur cette période.

**Au 31/12/2016**, on comptabilisait **10.174 places de SAMSAH** (Source : Finess).

**Les programmations à venir constituent une inflexion avec les trois années précédentes** : la part des SAMSAH dans l'ensemble des installations représentera 19% en 2017, puis 14% en 2018, seules 10 places sont prévues entre 2019 et 2021. La programmation est en effet marquée par la **progression des places de MAS**, notamment dans le cadre de la mise en œuvre du 3ème plan autisme. **Il convient toutefois de relativiser le constat** des dernières années de programmation, en effet, les places relatives à la mise en œuvre des **crédits issus de la CNH** ont été très peu

programmées à ce jour. Or, l'accompagnement du **handicap psychique** constitue l'un des **principaux volets de la stratégie quinquennale du handicap**. Aussi, la mise en œuvre des objectifs de la CNH pourrait permettre de relancer la programmation de SAMSAH.

### 3.2. Taux d'équipement : des différences plus marquées que pour les autres structures pour adultes

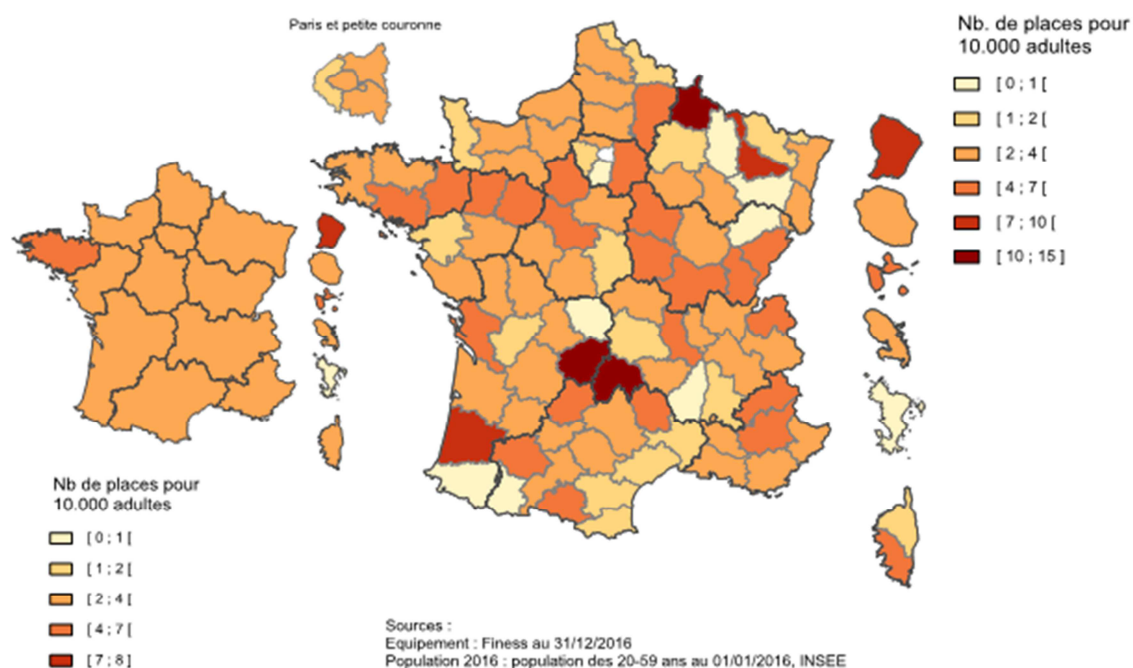
L'offre de SAMSAH s'est développée dans 98 départements, Mayotte, la Creuse et la Meuse font exception. Le coefficient de variation est plus élevé que les autres structures (SSIAD ou établissement) en raison **de situations départementales très contrastées**. Ainsi, **le taux d'équipement** (hors les trois départements précités) est **compris entre 0,2 place** pour 10.000 adultes (Essonne) et près de **15 places** pour 10.000 (Cantal). Au niveau national le taux est de 3 places pour 10.000 adultes.

**En complément de l'offre médicalisée** d'autres services, de compétence exclusive conseil départemental, propose également un accompagnement pour favoriser un maintien des adultes handicapés en milieu ordinaire : **les SAVS**.

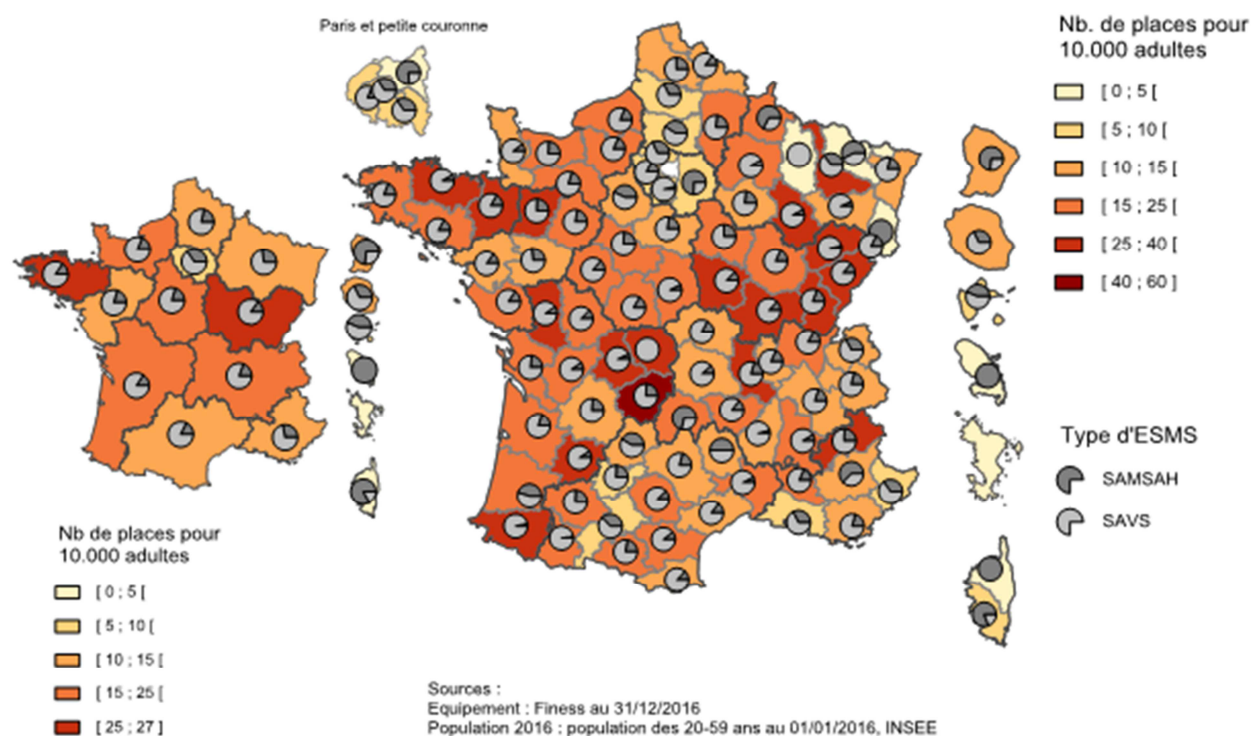
**A l'exception de Mayotte, tous les départements proposent au moins l'une ou l'autre des deux offres de services** (SAMSAH ou SAVS). A l'échelle départementale le taux d'équipement (hors Mayotte) est compris **entre 1 place pour 10.000 adultes** (Haute-Corse) **et 60 places pour 10.000** (Corrèze).

**Globalement les places de SAVS sont plus nombreuses que celles de SAMSAH** (3,7 fois plus importantes à l'échelle nationale). Cependant, les départements corses et d'outre-mer, le Cantal (très fortement doté en SAMSAH), le Haut-Rhin, la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis ont une offre très faible en SAVS (inférieure à 30% du total, et même totalement absente pour 3 départements). A contrario la Creuse, qui ne possède aucun équipement en SAMSAH, a une offre de SAVS très développée, situant ainsi le département dans le troisième quartile en termes d'équipement total (SAMSAH et SAVS).

## SAMSAH : taux d'équipement au 31/12/2016



## SAMSAH et SAVS : taux d'équipement au 31/12/2016



## 4. Focus sur les CAMSP

### Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Des programmes de création ou d'extension de CAMSP ont été réalisés dans le cadre des plans nationaux handicap, en lien avec les plans périnatalité successifs, pour améliorer le suivi, l'accompagnement précoce et les soins apportés à long terme aux nouveau-nés et aux jeunes enfants en risque de développer un handicap. Ces structures se situent en effet à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social, tout en orientant leur action vers le bien-être et la participation de l'enfant dans tous ses lieux de vie et en apportant une aide à leurs parents.

#### 4.1. L'activité des CAMSP

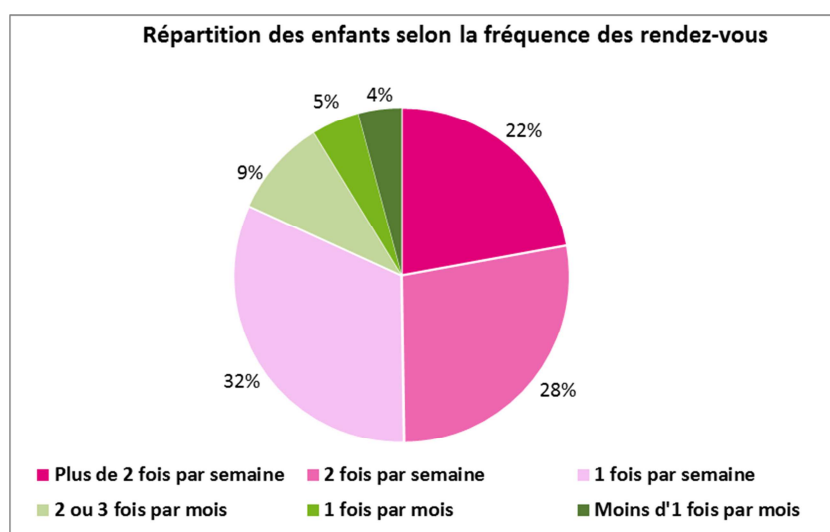
Pour la deuxième année consécutive, **la CNSA a analysé les rapports d'activité des CAMSP (activité 2015)**. Le recueil des rapports d'activité n'est pas encore exhaustif et correspond à 76 % des structures. L'amélioration en cours de leurs logiciels de gestion devrait permettre un meilleur taux de réponses pour les prochains exercices.

Les rapports d'activité relatifs à l'activité 2015 collectés représentaient 176 CAMSP et leurs 88 antennes qui ont accueilli **42 070 enfants** sur la période, dont 16 000 enfants entrés et 13 200 enfants sortis.

Les modalités de fonctionnement sont très diverses selon les structures, que ce soit l'amplitude hebdomadaire d'ouverture au public, en moyenne de 42h30 ou le nombre annuel de jours d'ouverture par an, en moyenne de 221 jours.

Au cours de l'année 30 % des enfants ont seulement bénéficié d'un pré-accueil, ou d'actions de prévention, dépistage ou suivi-surveillance, tandis que les autres enfants ont bénéficié d'un bilan pluridisciplinaire (34 %) et / ou d'un suivi thérapeutique (50 %), dont certains successivement de ces deux modalités d'accompagnement.

Au total plus d'un million de rendez-vous ont été programmés en 2015, dont 83 % ont été réalisés, soit une moyenne de **20 rendez-vous par an et par enfant**. Ces interventions sont réalisées par un ou plusieurs professionnels médicaux ou paramédicaux, le plus souvent dans les locaux du CAMSP et pour 7 % dans les lieux de vie ou de soin de l'enfant (domicile, crèche, école, services de néonatalogie, lieux d'activité, cabinets libéraux...). La moitié des enfants ont 2 rendez-vous ou plus par semaine.



Les activités de concertation, de suivi et de formation sont conséquentes : 1,6 réunion de fonctionnement par semaine, 1 réunion de synthèse par an et par enfant, une médiane de 44 réunions de suivi de la scolarisation et 72 autres réunions externes par CAMSP et par an, une moyenne de 4,5 jours de formation par an et par équivalent temps-plein.

### Les modes de garde et de scolarité sont identiques à ceux constatés en 2014 :

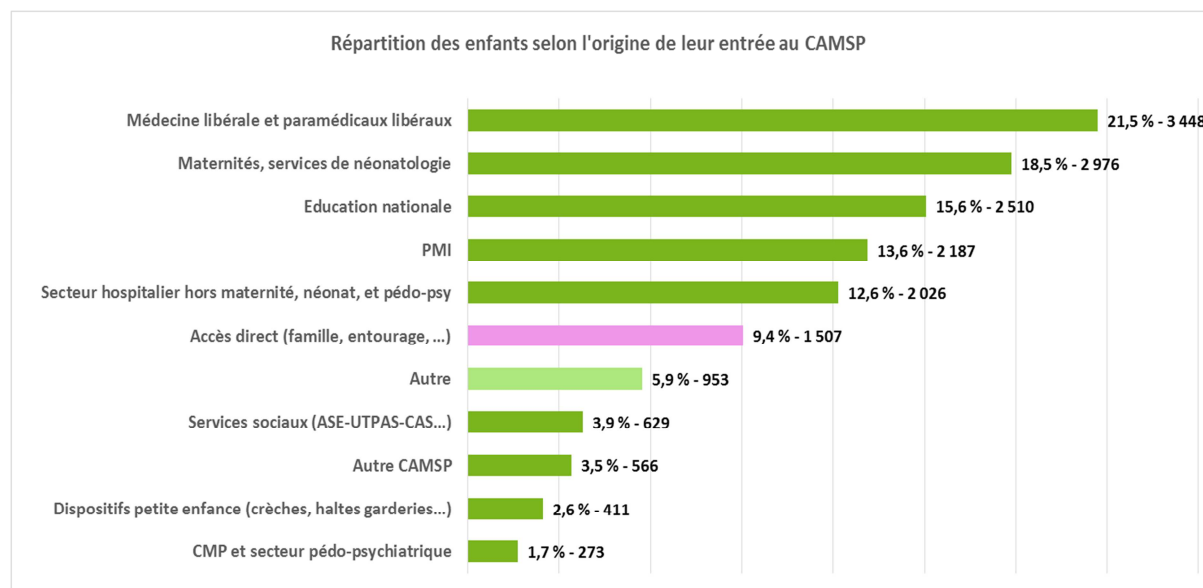
L'accès aux modes d'accueil de droit commun de la petite enfance (crèche, assistante maternelle...) et à la scolarisation sont moins fréquents pour les enfants des CAMSP que pour l'ensemble des enfants de leur âge.

Lorsqu'ils ont un mode de garde, ils sont plus souvent accueillis dans un établissement d'accueil collectif et moins souvent par une assistante maternelle.

Les modalités de scolarisation sont indiquées pour 9 429 enfants de trois ans ou plus en suivi thérapeutique dans un CAMSP. Parmi ces enfants, 79 % sont scolarisés, souvent à temps partiel, 11 % ne sont pas scolarisés et le mode de scolarisation n'est pas connu pour les autres enfants.

### Le parcours des enfants suivis

L'accueil au CAMSP est direct, les parents peuvent solliciter le CAMSP d'eux-mêmes ou être conseillés par des professionnels qui leur indiquent cette solution, sans nécessiter une orientation de la part de la CDAPH. Toutefois 32 % des enfants en suivi thérapeutique ont un dossier ouvert à la MDPH.

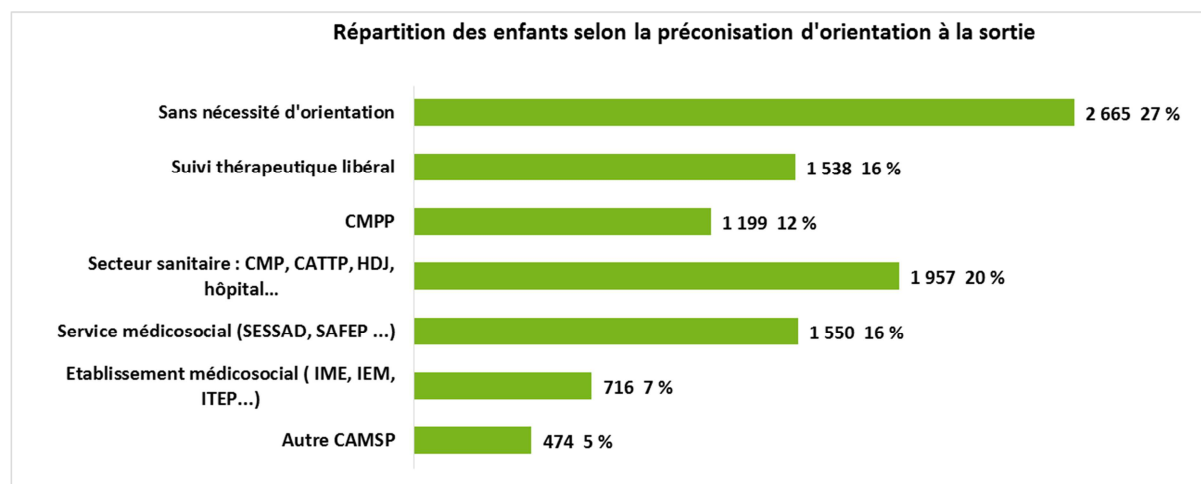


Au 31 décembre 2015, 3 500 enfants étaient en attente d'un premier rendez-vous, équivalent à 13 % de la file active des CAMSP concernés.

Les CAMSP agissent en prévention, diagnostiquent, apportent les soins nécessaires et orientent. Le suivi qu'ils assurent est parfois transitoire, notamment pour les enfants qui font l'objet d'une simple surveillance, tandis que ceux qui nécessitent des soins peuvent fréquenter la structure de la naissance à 6 ans. Lors de leur premier rendez-vous, la majorité des enfants avaient moins de 2 ans.

Le plus souvent la sortie est préparée avec les parents. Une orientation est alors envisagée, souvent selon la préconisation du CAMSP. Cette possibilité d'orientation est indiquée pour tous les enfants

sortis, ce qui constitue un indicateur intéressant pour les autres structures sanitaires ou médico-sociales.



#### Pour aller plus loin ...

Le rapport d'activité 2016 complet :

[http://www.cnsa.fr/documentation/rapport\\_dactivite\\_des\\_camsp\\_2016\\_definitif.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/rapport_dactivite_des_camsp_2016_definitif.pdf)

## 4.2. Les CAMSP dans le troisième plan autisme

Le troisième plan autisme fait du diagnostic et de l'intervention précoce une de ses priorités (Axe 1 du plan), priorité déclinée dans la totalité des plans d'actions régionaux autisme.

L'instruction du 17 juillet 2014 pose le cadre national de la mise en place d'une organisation territoriale coordonnée et graduée (dite « triptyque ») favorisant, dès le plus jeune âge, le repérage des enfants, leur diagnostic et la mise en place d'interventions précoces, dont les études ont montré qu'elles peuvent limiter les troubles et favoriser un développement durable de leur capacité d'autonomie.

Les CAMSP, de par leurs missions, ont vocation à participer à la mise en œuvre du tryptique. Ainsi, les crédits prévus par le plan pour leur financement sont à articuler avec l'élaboration de politiques régionales de diagnostic et d'interventions précoces et le déploiement du tryptique. 2016 se caractérise par la poursuite de la structuration du tryptique.

**Un certain nombre d'ARS ont fait le choix de créer des plateformes multipartenariales** nécessitant une large concertation et un temps de structuration non négligeable. Elles se sont parfois heurtées, s'agissant des CAMSP, au refus de certains Conseils départementaux d'assurer le co-financement de 20% prévu par les textes mais aussi à une appropriation et une adhésion relativement hétérogènes des recommandations de bonnes pratiques. **L'ensemble de ces éléments expliquent une consommation des crédits de l'enveloppe « CAMSP » du plan autisme plus faible que celle des enveloppes UEM et des SESSAD.**

Certaines ARS ont, par ailleurs, accompagné l'attribution de ces crédits aux CAMSP par des plans de formation destinés à accompagner l'évolution des pratiques des centres, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives au diagnostic et aux interventions, et favoriser ainsi leur appropriation et application par les centres mais aussi par l'ensemble des partenaires territoriaux.



## Glossaire

<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>CAFS</b>	Centre d'accueil familial spécialisé
<b>CAMSP</b>	Centre d'action médico-sociale précoce
<b>CMPP</b>	Centre médico-psycho-pédagogique
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
<b>CPO</b>	Centre de pré orientation
<b>CRP</b>	Centre de réinsertion professionnelle
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>ESAT</b>	Etablissement et service d'aide par le travail
<b>ESMS</b>	Etablissements et services médico-sociaux
<b>FAM</b>	Foyer d'accueil médicalisé
<b>FINESS</b>	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
<b>HPST</b>	Hôpital patients santé territoires
<b>HR</b>	Handicap rare
<b>IEM</b>	Institut d'éducation motrice
<b>IME</b>	Institut médico-éducatif
<b>IMPRO</b>	Institut médico professionnel
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>ITEP</b>	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
<b>MAS</b>	Maison d'accueil spécialisée
<b>MN</b>	Mesures nouvelles
<b>PCPE</b>	Pôle de compétences et de prestations externalisées
<b>PHV</b>	Personnes handicapées vieillissantes
<b>PPH</b>	Plan pluriannuel du handicap
<b>PRIAC</b>	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
<b>SAMSAH</b>	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
<b>SAVS</b>	Service d'accompagnement à la vie sociale
<b>SESSAD</b>	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
<b>SPASAD</b>	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
<b>SSIAD</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>TCC</b>	Troubles de la conduite et du comportement
<b>TED</b>	Troubles envahissants du développement
<b>TSA</b>	Troubles du spectre de l'autisme
<b>UEM</b>	Unité d'enseignement en maternelle
<b>UEROS</b>	Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle

