

Juin 2023

Bilan de l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées – 2021

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 5 |
| 1 Les crédits disponibles en 2021 pour transformer et développer l'offre | 7 |
| Dans le champ du handicap : 460,3 millions d'euros restaient à engager ou à consommer fin 2020 | 8 |
| Dans le champ des personnes âgées : 182 millions d'euros restaient à engager ou à consommer fin 2020 | 11 |
| Une palette diversifiée d'autres leviers de financement | 15 |
| 2 Le développement général de l'offre en 2021 | 17 |
| Dans le champ du handicap | 17 |
| Dans le champ des personnes âgées..... | 19 |
| 3 L'offre par thématique | 23 |
| Les dynamiques partenariales et de coopération territoriale : les dispositifs d'appui à la coordination | 23 |
| Le développement de l'offre en SSIAD/SPASAD dans le champ « personnes âgées » | 24 |
| Focus sur les tiers-lieux en EHPAD | 33 |
| Le développement de l'offre tournée vers le milieu ordinaire dans le champ du handicap | 33 |
| L'offre de répit (suivie à travers les financements des ARS)..... | 43 |
| L'offre en établissement..... | 46 |

| | |
|---|-----------|
| 4 La programmation de l'offre par les ARS à l'horizon 2026, en réponse aux besoins identifiés | 63 |
| Dans le champ du handicap : une consommation prévisionnelle 2022 très concentrée sur le public adulte..... | 63 |
| Une mobilisation majoritaire des crédits issus des plans en faveur des personnes âgées à l'horizon 2026 | 65 |
| Conclusion..... | 67 |
| Glossaire..... | 69 |

Introduction

L'année 2021 est restée marquée par la crise COVID qui a continué de peser sur le secteur médico-social.

Pour y faire face, les agences régionales de santé (ARS) ont mobilisé les trois délégations de crédits (été, automne et hiver 2021) dont elles ont été destinataires dans le cadre d'une campagne budgétaire à nouveau inhabituelle et qui s'est achevée le 24 mars 2022. Aux crédits spécifiquement dédiés au soutien du secteur dans le cadre de la gestion de crise (crédits non reconductibles nationaux et régionaux alloués aux établissements et services médico-sociaux – ESMS – pour la compensation des surcoûts et des pertes de recettes liées à la crise sanitaire) se sont ajoutées des mesures salariales d'envergure ainsi que des moyens d'investissement sans précédent dans le secteur des personnes âgées, dans le cadre du Ségur de la santé qui a fait l'objet d'une instruction dédiée en avril 2021.

L'instruction du 8 juin 2021 a marqué le lancement de la campagne budgétaire 2021 et a porté, outre les éléments de revalorisation salariale massive destinée aux professionnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et une compensation des impacts économiques de la crise, sur le déploiement de crédits dédiés au développement de l'offre dans le champ du handicap, mais aussi sur la poursuite du soutien à la médicalisation et à la sécurisation des accompagnements en EHPAD. Les deux instructions suivantes ont essentiellement concerné la poursuite des mesures salariales et d'accompagnement des gestionnaires dans la gestion de la crise sanitaire.

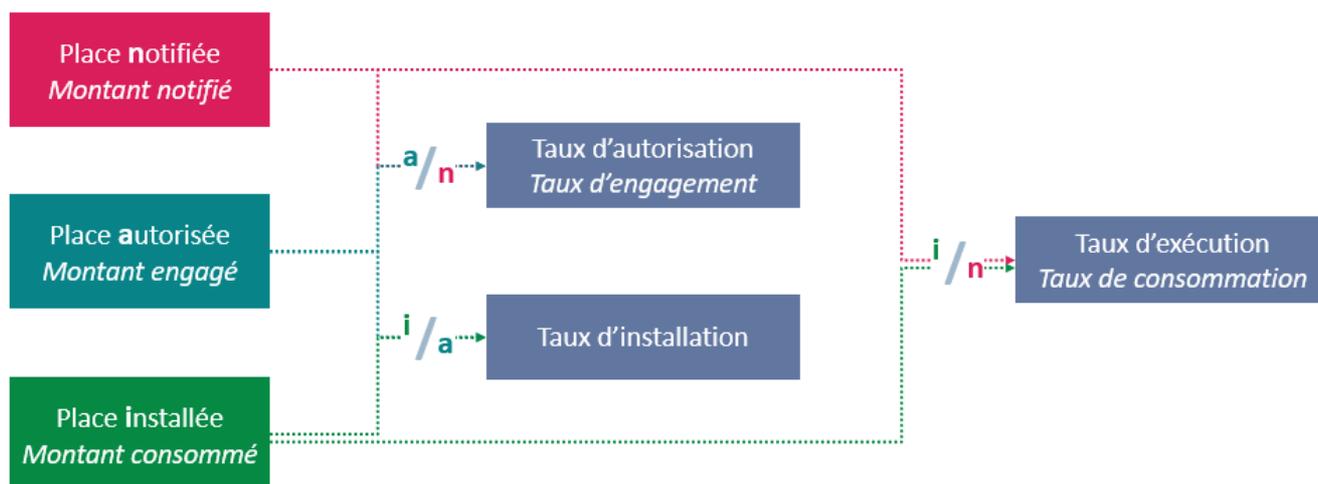
Les ARS ont poursuivi en 2021 leur soutien au développement et à la transformation de l'offre. Ce bilan a vocation à en rendre compte. Il présente, selon une approche thématisée, l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées au cours de cette année atypique, principalement sous le prisme des crédits médico-sociaux relevant de la branche Autonomie. Il est donc centré sur les réalisations soutenues par les ARS dans le secteur médico-social en 2021.

Précisions quant aux données utilisées pour les analyses restituées dans ce document :

Le présent document s'appuie sur une extraction de l'outil de suivi de la programmation des ARS, dit SEPPIA¹, en date du 14 avril 2022. Il fait le point sur les réalisations au 31 décembre 2021 et sur les évolutions programmées par les ARS jusqu'en 2026. L'analyse des programmations des ARS exclut les enveloppes nouvelles octroyées dans le cadre de la campagne budgétaire 2022. Sur la partie budgétaire, les données analysées ont été extraites le 15 janvier et le 15 mars 2022 de l'application HAPI qui décline la tarification des établissements et services médico-sociaux.

¹ Lorsque des consommations de crédits et des installations de places au 31 décembre 2020 sont mentionnées, il s'agit des données renseignées dans SEPPIA qui n'est pas exhaustif sur les installations anciennes, antérieures à sa mise en service, et sur les enveloppes gérées de façon autonome par les ARS, hors plans nationaux.

Figure 1 : Rappel du vocabulaire, de la programmation à l'installation



En caractères droits : raisonnement en places.
En caractères italiques : raisonnement en crédits.

1 Les crédits disponibles en 2021 pour transformer et développer l'offre

Les ARS disposaient en 2021, pour transformer et développer l'offre médico-sociale, d'un total de **821,3 millions d'euros** notifiés dans le cadre de **stratégies ou de plans nationaux** (tableau 1).

Tableau 1 : Moyens disponibles dans le cadre des stratégies ou plans nationaux

| Champ d'intervention | Personnes handicapées | Personnes âgées |
|--|-----------------------|-----------------|
| Crédits restant à engager ou à consommer au 31 décembre 2020 | 460,3 M€ | 182 M€ |
| Nouvelles délégations de crédits en 2021 | 101,2 M€ | 77,8 M€ |

En complément des plans et stratégies nationaux, les ARS peuvent mobiliser les **leviers dont elles disposent** :

- **Les enveloppes relatives à la transformation et au développement de l'offre** : elles recouvrent les enveloppes précédemment intitulées « redéploiement » (crédits retirés à un ESMS pour différentes raisons, par exemple un débasage, une fermeture ou l'évolution de l'offre au sein d'un même ESMS, et alloués à un autre type d'ESMS) et « marge de gestion » (crédits libres d'emploi dont la réallocation à un autre ESMS n'est pas encore arrêtée) ;
- **Le dispositif de fongibilité** : il permet le transfert de crédits entre les enveloppes de financement des établissements de santé et médico-sociaux pour accompagner des conversions de structures ou d'activité dans un même établissement ou entre deux établissements ou structures d'une même région.

Enfin, les ARS disposent d'enveloppes spécifiques *via* le **fonds d'intervention régional (FIR)**. Celui-ci couvre un large spectre de crédits dont l'emploi est cadré par des orientations nationales et par des principes d'utilisation. Ces crédits sont destinés à des domaines d'action tels que les groupes d'entraide mutuelle (GEM), les dispositifs de coordination (MAIA – méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, puis DAC – dispositif d'appui à la coordination), l'habitat inclusif, le déploiement du système d'information de suivi des orientations (SISDO). Un bilan national du FIR est adressé au Parlement chaque année. Le rapport établi par le ministère pour l'année 2021 est disponible en ligne².

² [Fonds d'intervention régionale. Rapport d'activité 2021.](#)

Dans le champ du handicap : 460,3 millions d'euros restaient à engager ou à consommer fin 2020

Des crédits restaient à engager au titre des stratégies et plans nationaux (360,5 millions d'euros)

Les autorisations d'engagement octroyées aux ARS dans le cadre des plans et stratégies nationaux constituent un des leviers pour financer la création d'établissements ou de services médico-sociaux.

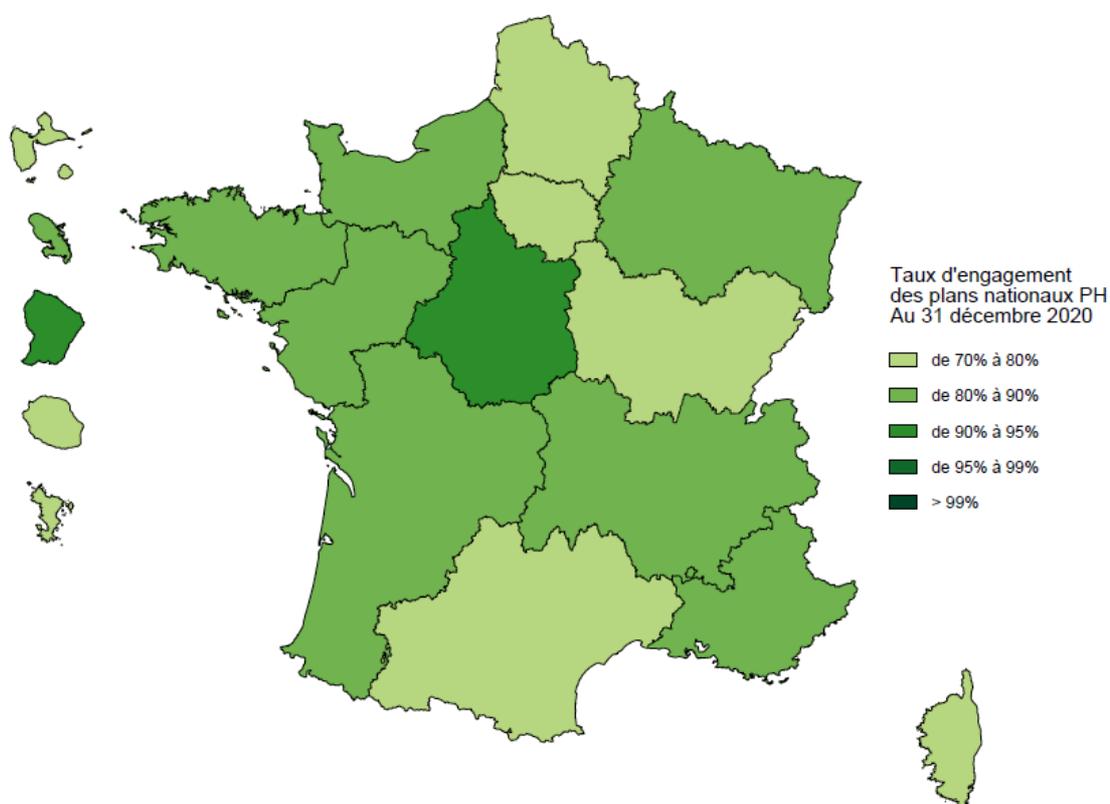
Le taux d'engagement de ces crédits fin 2020 laissait une part non négligeable de crédits mobilisables pour de nouvelles créations : au total, **360,5 millions d'euros** restaient à engager en amont de la campagne budgétaire 2021. Cela représente 18 % des crédits notifiés, tous plans confondus (1 997 millions d'euros).

Ils se répartissaient comme suit :

- > **Programme pluriannuel du handicap (PPH) et schémas handicaps rares : 13,2 millions d'euros**, soit 1 % des crédits notifiés ;
- > **Troisième plan autisme (2013-2017) : 5,4 millions d'euros**, soit 3 % des crédits notifiés ;
- > **Stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale (2017-2021) : 57,7 millions d'euros**, soit 32 % des crédits notifiés ;
- > **Plan de prévention des départs en Belgique (2016-2018 et 2020) : 86,3 millions d'euros**, soit 72 % des crédits notifiés ;
- > **Situations critiques (2019 et 2020) : 14,7 millions d'euros**, soit 59 % des crédits notifiés ;
- > **Stratégie nationale pour l'autisme – SNA (2018-2022) : 86,8 millions d'euros**, soit 66 % des crédits notifiés.

En toute logique et comme fin 2019, le taux d'engagement des plans les plus récents est moins élevé. On observe par ailleurs des taux d'engagement variant de 70 % à 99 % d'une région à l'autre (carte 1).

Carte 1 : Taux d'engagement par région au 31 décembre 2020



Une part des crédits engagés restait à consommer (99,8 millions d'euros, toutes enveloppes confondues)

Les projets de création d'établissements ou de services médico-sociaux autorisés qui n'avaient pas été installés fin 2020 représentent une enveloppe de **99,8 millions d'euros, toutes origines de crédits confondues, soit 2 276 places³**.

Une grande majorité de ces crédits restant à consommer (81 %) sont issus des stratégies et plans nationaux (figure 2).

Près de la moitié des places (47 %) correspondent à des projets autorisés en 2019 et 2020 (figure 3).

³ Une erreur de méthodologie de décompte est à noter dans le bilan de l'évolution de l'offre 2020. En effet, fin 2019, il fallait considérer 160 millions d'euros comme engagés mais non consommés (3 680 places) contre 66 millions d'euros (1 400 places) indiqués.

Ces crédits engagés, mais non consommés concernent essentiellement le **développement de l'offre en établissement (90 % des 99,8 millions d'euros) pour les adultes** (80 % des places en établissement). Il s'agit essentiellement de **places d'internat** (1 288 sur les 2 276 places non installées) : 654 en foyer d'accueil médicalisé (FAM), 511 en maison d'accueil spécialisée (MAS) et 123 places pour enfants.

Figure 2 : Origine des crédits non consommés au 31 décembre 2020

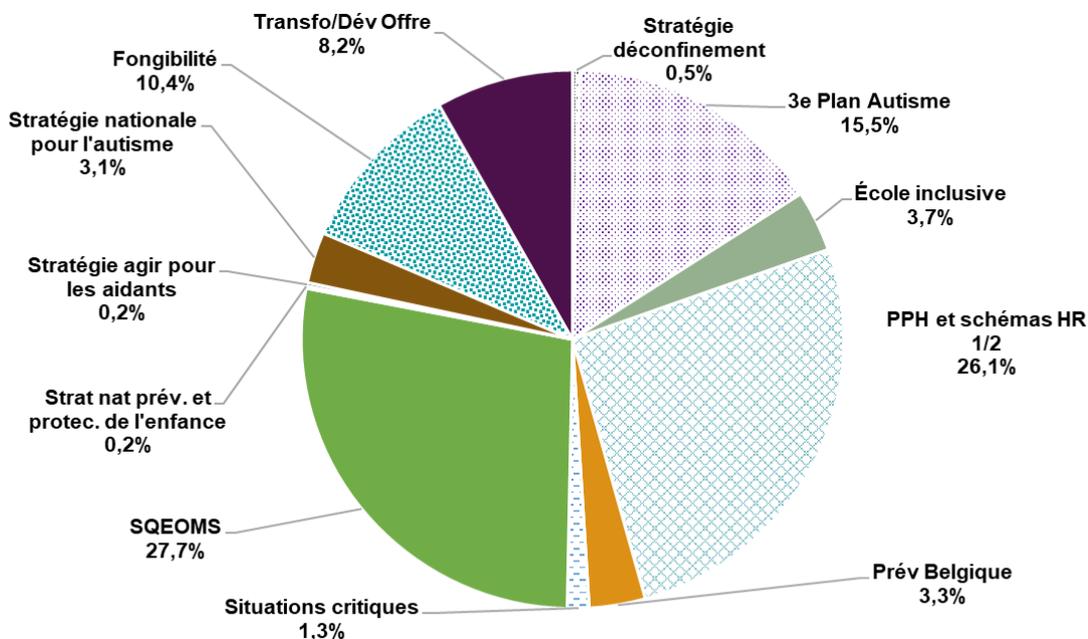
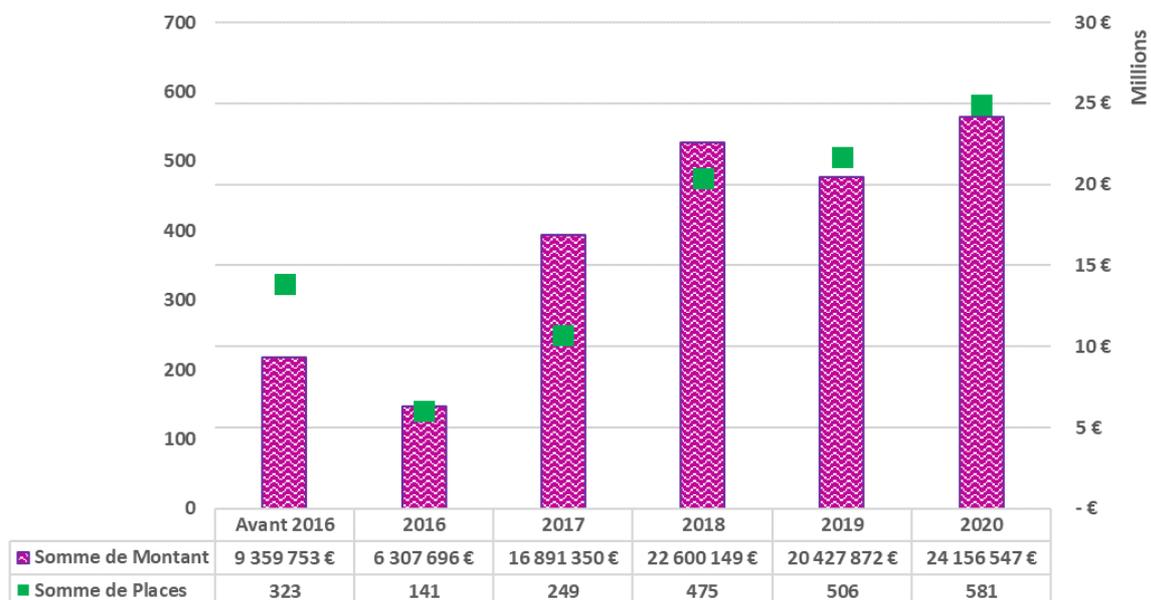


Figure 3 : Crédits restant à consommer par année d'engagement, en montant et en nombre de places, au 31 décembre 2020



De nouveaux crédits en 2021

Les nouvelles notifications d'autorisations d'engagement et de délégations de crédits de paiement au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social en 2021 s'élèvent au total à **101,2 millions d'euros**.

Elles se décomposent ainsi :

- > Soutien à la scolarisation : 48,4 millions d'euros ;
- > Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 (deuxième tranche de crédits) : 19 millions d'euros ;
- > Situations critiques : 10 millions d'euros ;
- > Communautés 360 : 10 millions d'euros ;
- > Offre de répit : 7 millions d'euros ;
- > SNA – Plateforme de coordination et d'orientation 7-12 ans : 3 millions d'euros ;
- > SNA – Unités adultes autisme très complexe : 3,798 millions d'euros.

En 2020 les nouvelles délégations s'élevaient à 252 millions d'euros ; en 2019 ce montant était de 207 millions d'euros.

Dans le champ des personnes âgées : 182 millions d'euros restaient à engager ou à consommer fin 2020

Des crédits restaient à engager à la fin des plans nationaux dédiés aux personnes âgées (96,4 millions d'euros)

Trois plans gouvernementaux ont été déployés depuis 2007 pour permettre le développement d'une offre adaptée aux besoins d'accompagnement collectif des personnes âgées sur l'ensemble du territoire français. Ces plans soutiennent principalement des objectifs de création de places nouvelles d'établissements et de services médico-sociaux en fonction des besoins locaux.

Le **plan Solidarité grand âge (2007-2012)**, annoncé à la suite de la canicule de l'été 2003, 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). Son montant de **819,43 millions d'euros** correspond au financement de **82 557 places**.

Le **plan Alzheimer (2008-2012)**, appelé aussi Alzheimer et maladies apparentées, a permis de déléguer aux ARS **239,06 millions d'euros**, pour le financement de **6 648 places**.

Le **plan Maladies neurodégénératives (2014-2019)**, qui a pris le relais du plan Alzheimer, s'élève à **49,35 millions d'euros**, pour le financement de **2 420 places**.

La **stratégie Agir pour les aidants** pour 2020 s'élève à **12 millions d'euros** dans le champ des personnes âgées.

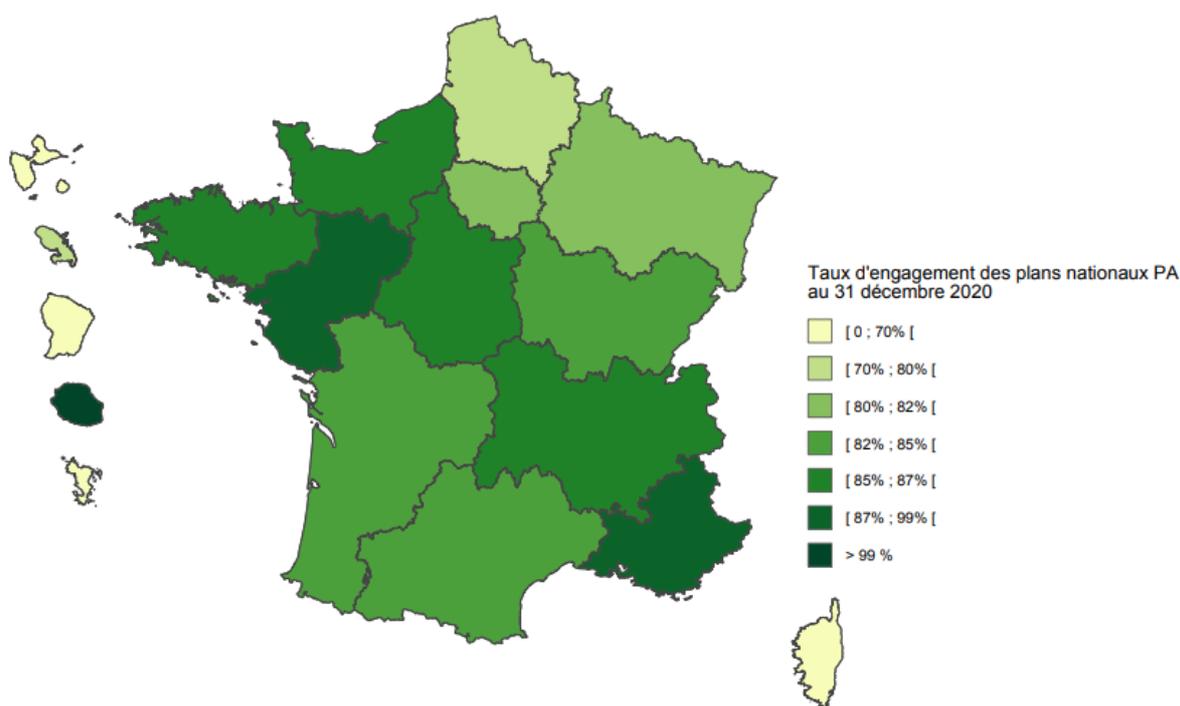
Au regard du **1,12 milliard d'euros** de crédits notifiés⁴ par la CNSA aux ARS au titre de ces quatre plans, la part restant à engager est relativement faible : **96,3 millions d'euros, soit 7,5 % des crédits notifiés**.

- **Plan Solidarité grand âge (PSGA) : 78,9 millions d'euros** (9,2 % des crédits notifiés) ;
- **Plan Alzheimer : 930 507 euros** (0,4 % des crédits notifiés) ;
- **Plan Maladies neurodégénératives (PMND) : 7,69 millions d'euros** (15,6 % des crédits notifiés).
- **Stratégie Agir pour les aidants 2020 : 8,78 millions d'euros** (73,2 % des crédits notifiés).

Le volume des crédits restant à engager ne peut être lu qu'au regard du volume global, en montant, du plan (très élevé pour le plan Solidarité grand âge) ou de son ancienneté (la stratégie Agir pour les aidants est le plan le plus récent).

Le taux d'engagement dépasse les 90 % au niveau national. Bien que les taux d'engagement soient élevés sur l'ensemble du territoire national, il existe des disparités entre les régions (carte 2).

Carte 2 : Taux d'engagement des crédits notifiés au titre des plans et stratégies nationaux au 31 décembre 2020



⁴ Comprenant les crédits issus du plan de relance d'un montant de 38,89 millions d'euros intégrés dans le PSGA dans SEPPIA.

Une part des crédits engagés restait à consommer (85,24 millions d'euros, toutes enveloppes confondues)

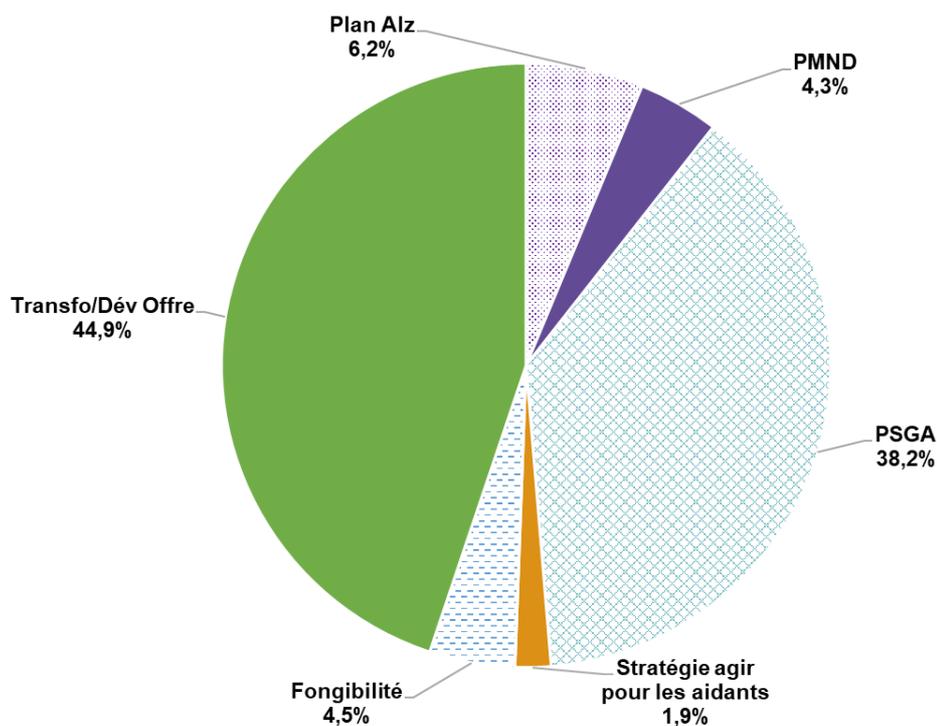
La part des crédits engagés par les ARS, mais qui n'étaient pas encore consommés fin 2020 s'élève à **85,24 millions d'euros**, ce qui correspond à **7 959 places** d'établissements et services autorisés mais non installés⁵.

Les crédits concernés sont plutôt issus des plans nationaux (50,6 %), en particulier le plan Solidarité grand âge (figure 4)⁶.

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du plan Solidarité grand âge (2007-2012) se traduisent par des autorisations antérieures pour une large part à 2015 et non suivies d'installation. Sur les 85,24 millions d'euros non consommés, 18,7 millions d'euros ont été engagés entre 2007 et 2015 (figure 5). Ils concernent à **65 % de l'hébergement permanent (HP)**.

Sur l'ensemble de la période étudiée (2007-2019), les crédits engagés, mais non consommés visent essentiellement à développer l'offre en établissement (85 %).

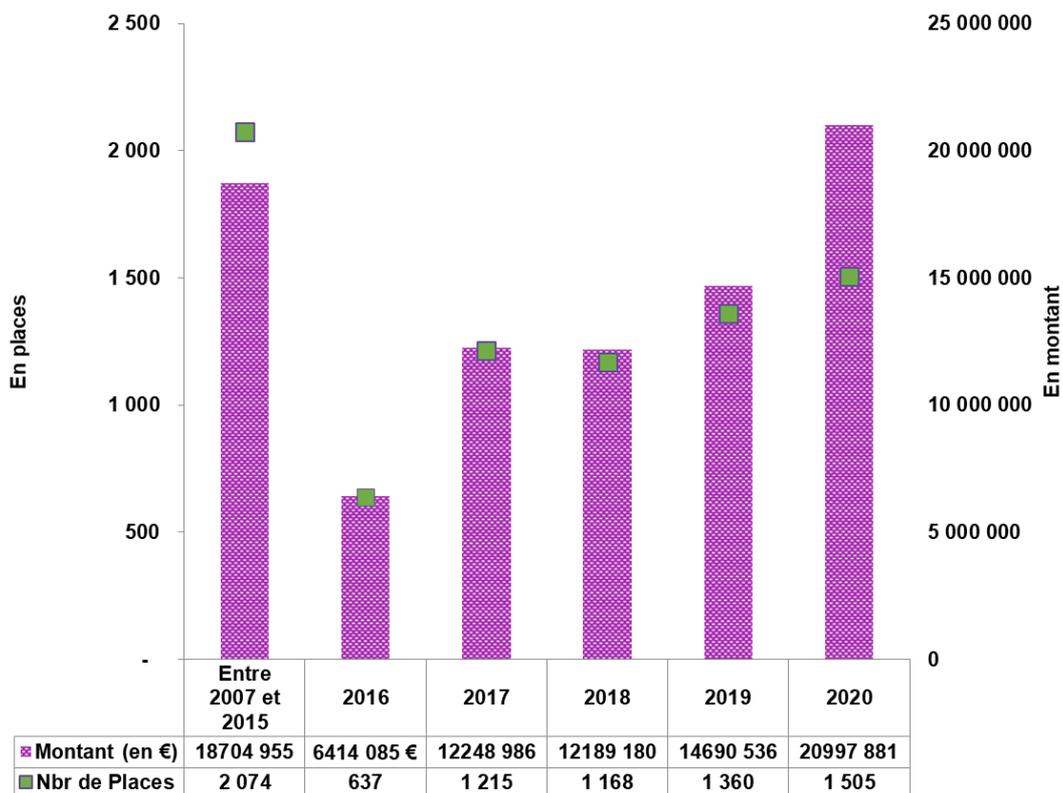
Figure 4 : Origine des crédits engagés, mais non consommés au 31 décembre 2020



⁵ Une erreur de méthodologie de décompte est à noter dans le bilan de l'évolution de l'offre 2020. En effet, fin 2019, il fallait considérer 90,68 millions d'euros comme engagés mais non consommés (6 996 places) contre 50,70 millions d'euros (3 943 places) indiqués.

⁶ Le montant engagé non consommé pourrait être majoré de 5,8 millions d'euros (dates d'autorisation effective manquantes) à la suite de travaux de mise à jour des projets renseignés dans l'application SEPPIA en cours.

Figure 5 : Crédits restant à consommer par année d'engagement, en montant et en nombre de places, au 31 décembre 2020



De nouveaux crédits en 2021

De nouvelles notifications d'autorisation d'engagement ou de délégations de crédits de paiement sont venues abonder en 2021 les crédits consacrés au secteur des personnes âgées en perte d'autonomie : une autorisation d'engagement de **40 millions d'euros** dédiés à l'offre de répit pour les proches aidants de personnes âgées dépendantes, dans le cadre de la stratégie nationale Agir pour les aidants, **30 millions d'euros** pour les plans de prévention en EHPAD et **7,8 millions d'euros** pour généraliser les astreintes infirmières de nuit en EHPAD.

Les nouveaux crédits ou autorisations d'engagement s'élèvent donc en 2021 à **77,8 millions d'euros** ; ce montant était de 12 millions d'euros en 2020 et de 40 millions d'euros en 2019.

Une palette diversifiée d'autres leviers de financement

Le fonds d'intervention régional

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

La décision n° 2021-04 du 10 mars 2021⁷ fixe pour 2021 les montants délégués par la CNSA aux ARS pour le financement notamment :

- > Des GEM : 45 143 656 euros ;
- > Des MAIA : 96 286 708 euros ;
- > De l'habitat inclusif (au titre du forfait « habitat inclusif » déployé à titre expérimental avant la création de l'aide à la vie partagée) : 25 millions d'euros.

Les enveloppes propres des ARS

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 de services médico-sociaux, telles que :

- > **Les crédits dits de transformation et de développement de l'offre, issus du redéploiement** (crédits retirés à un ESMS – débasage, fermeture, évolution de l'offre au sein d'un même ESMS... – et alloués à un autre ESMS) ou de la **marge de gestion** (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 ou médico-sociaux pour accompagner des conversions de structures ou d'activité dans un même établissement ou entre deux établissements ou structures d'une même région.

Les plans d'aide à l'investissement (PAI)

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.

Le secteur des personnes âgées a bénéficié d'un plan d'investissement spécifique de 300 millions d'euros en 2021 dans le cadre du Ségur de la santé, détaillé plus loin dans ce document.

En 2021, la CNSA a par ailleurs mobilisé 30 millions d'euros pour soutenir la modernisation des établissements et des services médico-sociaux dans le champ du handicap.⁸

⁷ Décision n° 2021-04 du 10 mars 2021 fixant pour 2021 le montant des contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du code de l'action sociale et des familles, de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 du même code, du forfait pour l'habitat inclusif et du déploiement de l'extension à l'accueil temporaire et séquentiel 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.

⁸ [Plus d'informations sur le PAI sur le site internet de la CNSA.](#)

2 Le développement général de l'offre en 2021

Dans le champ du handicap

L'année 2021 est marquée par une dynamique d'installation dans les territoires moins forte qu'en 2020, dans un contexte où la mobilisation exceptionnelle des ARS sur la gestion de la crise en 2020 a naturellement réduit leur capacité à lancer et à instruire les appels à projets ou à manifestation d'intérêt généralement préalables aux autorisations.

Les crédits mobilisés : une consommation majoritairement issue des plans nationaux

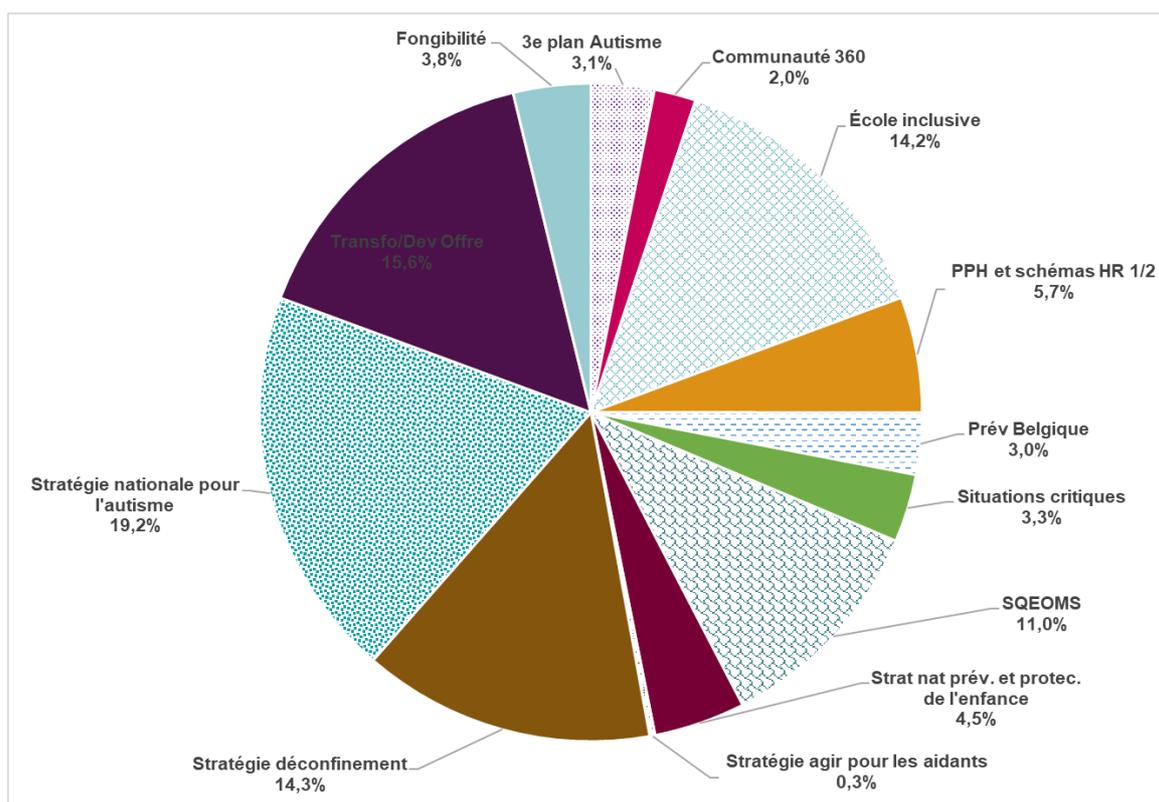
En 2021, **178,5 millions d'euros** ont été consommés par les ARS, toutes enveloppes confondues.

On distingue deux types d'installations :

- > Les nouveaux dispositifs qui ne se comptabilisent pas en nombre de places : **47 millions d'euros** ont été consommés pour la mise en œuvre de pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), de plateformes de coordination et d'orientation et d'équipes mobiles d'appui à la scolarisation ;
- > Les places en établissements et services : **131,5 millions d'euros** ont été consommés pour l'installation de **5 366 places**.

La part des **crédits issus des plans nationaux** a fortement augmenté par rapport à 2020 : **81 % des installations (143,9 millions d'euros)** ont été financées en 2021 par ces crédits (figure 6), en progression de 17 % par rapport à 2020 (123,5 millions d'euros).

Figure 6 : Origine des crédits consommés en 2021



Un développement de l'offre de service plus marqué dans le champ de l'enfance

L'analyse des 5 366 places installées par les ARS en 2021 montre une différence entre le champ « adultes » et le champ « enfants ».

Tout d'abord, les installations dans le champ « enfants » représentent 67 % des installations totales. Au 31 décembre 2020, les places installées dans le champ « enfants » représentaient 33 % de l'offre existante.

Dans le champ « adultes », les installations sont, comme en 2020, plus importantes en établissement qu'en service. Les places en établissement constituent 70,8 % des installations et 82,7 % des crédits consommés (figure 7). *A contrario*, **dans le champ « enfants »**, plus encore qu'en 2020, la dynamique d'installation d'une offre de services est plus forte. Ces places représentent 82,9 % des installations et 72,5 % des crédits consommés (figure 8). Au 31 décembre 2020, les places installées dans le champ « enfants » représentaient 33 % de l'offre existante.

Au 31 décembre 2020, les places de services représentaient 22 % de l'offre (service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH, service d'accompagnement à la vie sociale – SAVS).

Figure 7 : Installation de places dans le champ « adultes » en montants et en places, selon le type de place et l'origine du financement, en 2021

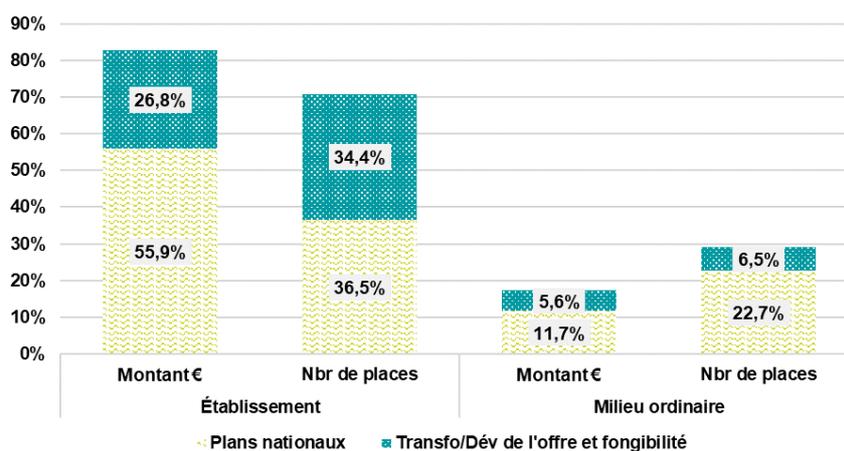
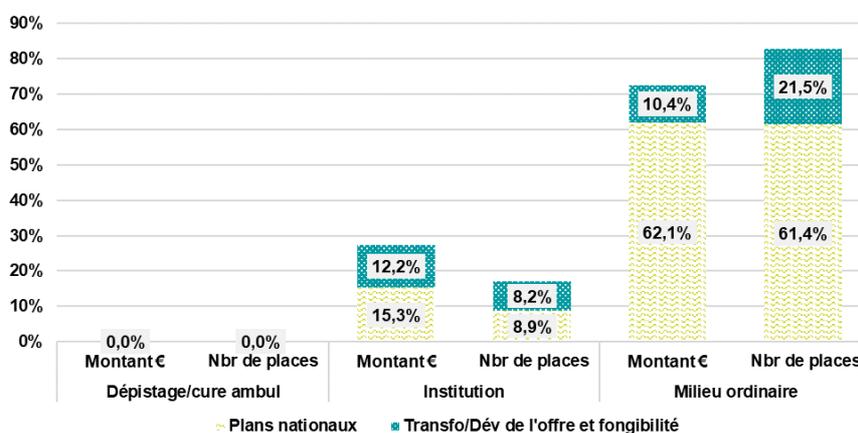


Figure 8 : Installation de places dans le champ « enfants » en montants et en places, selon le type de place et l'origine du financement, en 2021



Dans le champ des personnes âgées

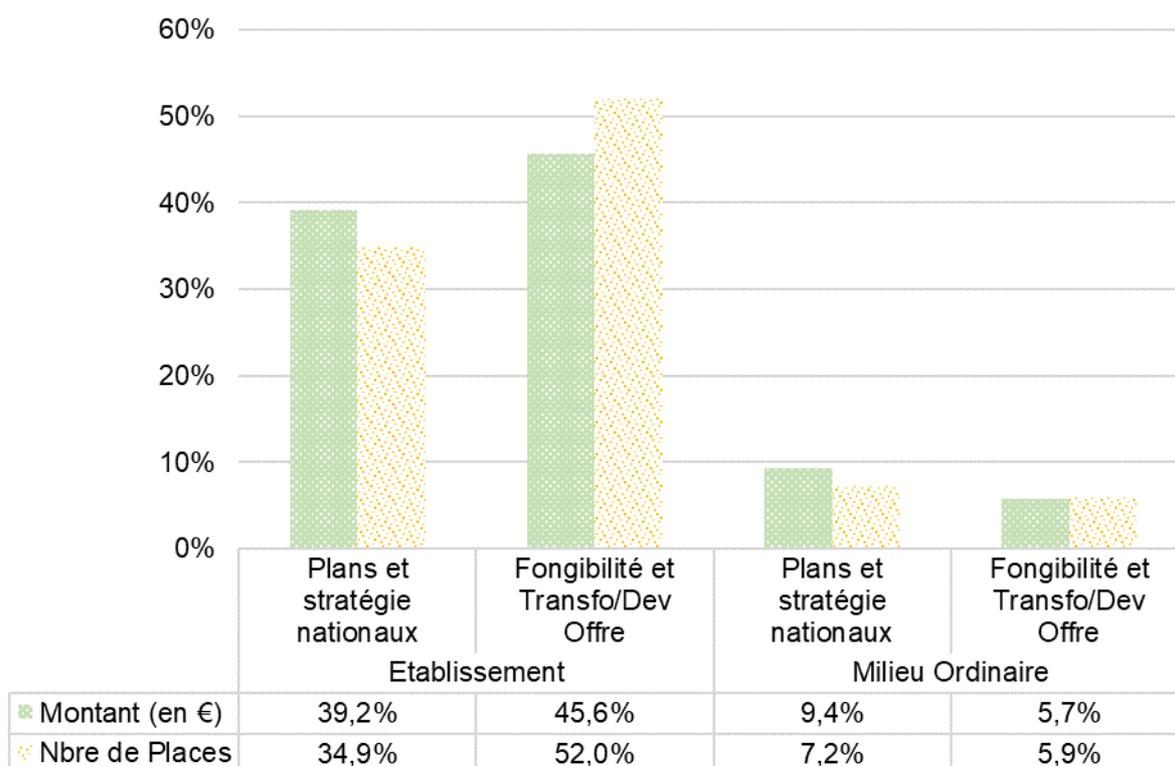
Comme en 2020, le développement général de l'offre pour les personnes âgées est marqué en 2021 par une installation majoritaire de places en établissements avec hébergement.

Une dynamique d'installation de places qui se poursuit en 2021

En 2021, les ARS ont consommé **35,55 millions d'euros** pour installer **2 680 places**, toutes enveloppes confondues.

Le développement de l'offre porte principalement sur l'offre en établissements qui représente 84,8 % des crédits consommés (figure 9).

Figure 9 : Répartition de l'offre en établissement et en milieu ordinaire par enveloppe « personnes âgées » en 2021



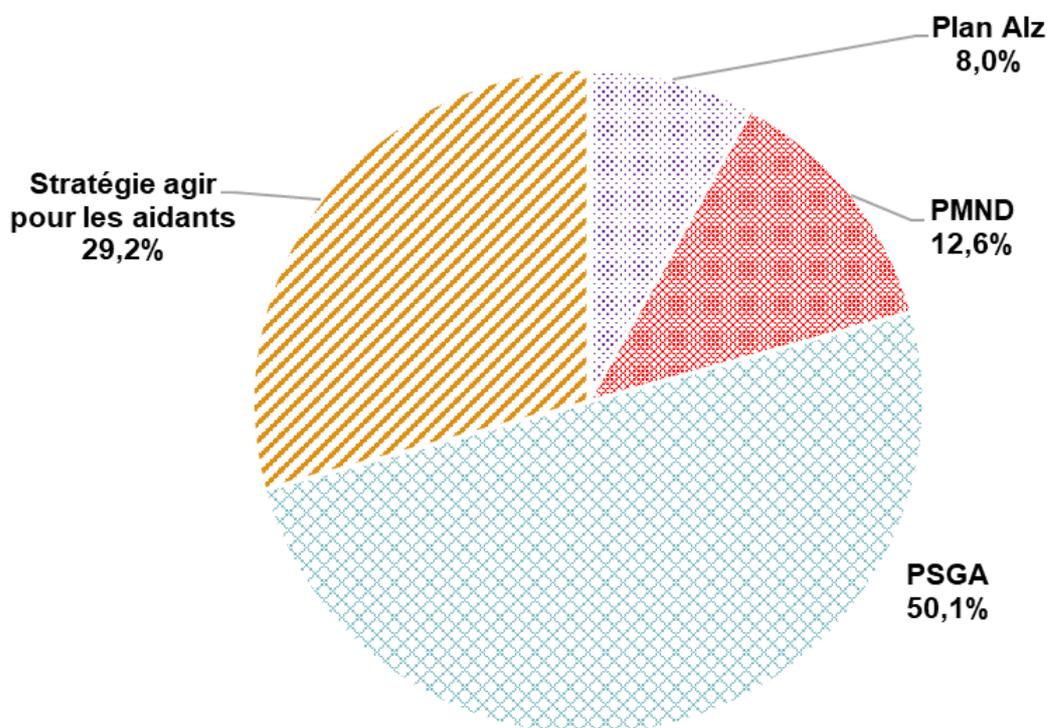
Les enveloppes dites de transformation de l'offre et de fongibilité représentent 18,26 millions d'euros et 1 551 places installées, soit 51,38 % de l'enveloppe totale consommée. 45,6 % ont été fléchés pour de l'offre en établissements.

Les plans et stratégies nationaux représentent 17,28 millions d'euros, 1 129 places installées et ont permis l'installation de 935 places en EHPAD. 39,2 % ont été fléchés pour de l'offre en établissements.

En 2021, 8,66 millions d'euros, soit 50,1 % des crédits consommés, sont issus du PSGA. Ces crédits ont permis l'installation de 758 places.

5,05 millions d'euros des crédits consommés sont issus de la stratégie Agir pour les aidants afin d'installer 12 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire et des plateformes de répit (PFR), ce qui traduit un lancement progressif de la consommation des crédits « répit ».

Figure 10 : Répartition de la consommation par plan « personnes âgées » en 2021



La médicalisation des EHPAD : une priorité de la feuille de route « Grand âge et autonomie »

L'adaptation de l'offre en EHPAD se poursuit en 2021 et s'appuie principalement sur des moyens engagés pour leur médicalisation. Ceux-ci visent notamment à adapter l'offre d'accompagnement à l'évolution du profil des résidents, dont les besoins de soins médicaux sont croissants (figure 11).

La convergence tarifaire

Un mécanisme de convergence tarifaire a été mis en œuvre pour que les EHPAD présentant un niveau de financement inférieur aux forfaits cibles bénéficient plus rapidement de moyens supplémentaires. Le montant alloué en 2021 au titre de la feuille de route Grand âge et autonomie pour la convergence du forfait « soins » s'élève à **313 millions d'euros**. Il permet notamment de recruter du personnel soignant médical et paramédical. 2021 est la dernière année de convergence.

À partir de 2022, les crédits alloués au titre de la médicalisation sont uniquement liés à des évolutions des groupes iso-ressources (GIR) moyen pondéré/PATHOS moyen pondéré (PMP) ou du nombre de places installées.

La convergence est presque achevée sur le volet « soins » (tableau 2). Les EHPAD en convergence positive, qui représentent 77,45 % des places d'accueil en hébergement permanent, sont financés à hauteur de 96,63 % du forfait « soins » cible à fin 2021. Les EHPAD en convergence négative sont également près de la cible.

Tableau 2 : Écart par rapport au forfait soin cible en 2021

| Écart par rapport au forfait soins cible | En montants | En places |
|--|-------------|-----------|
| EHPAD en convergence positive | 96,63 % | 77,45 % |
| EHPAD en convergence neutre | 100 % | 5,27 % |
| EHPAD en convergence négative | 103,20 % | 17,26 % |

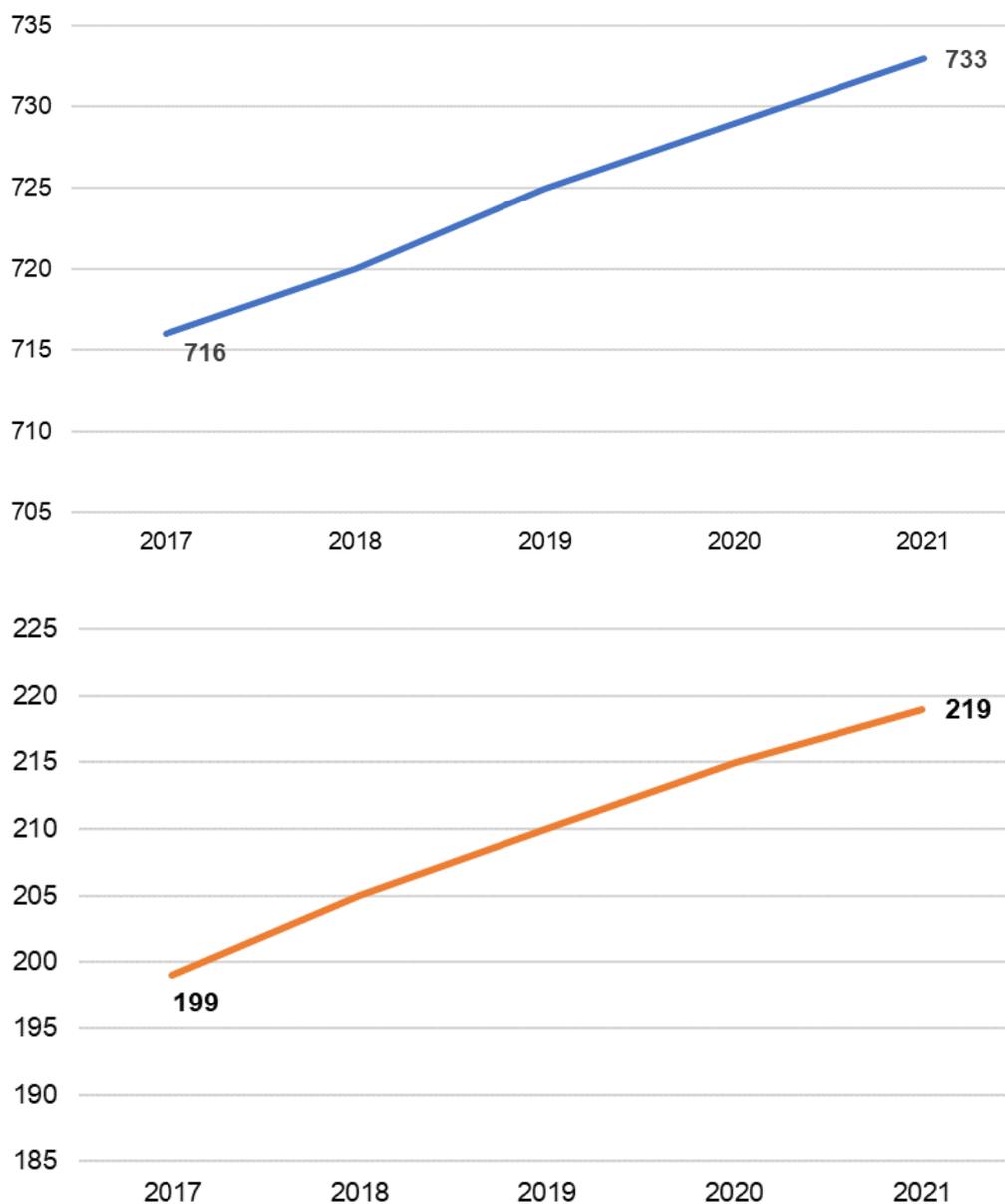
Source : HAPI 2021.

Évolution des besoins des résidents en EHPAD

Si la réforme tarifaire a eu pour effet d'augmenter les ressources de la majeure partie des EHPAD, ces derniers ont aussi vu leurs dotations rehaussées régulièrement en raison de l'accroissement des besoins en soins et de soutien à l'autonomie des personnes âgées résidentes.

Les indicateurs pris en compte dans la dotation des établissements sont le GMP et le PMP qui croissent continument depuis 2017 (figure 11). Le GIR reflète le degré de dépendance d'un résident, et l'indice PATHOS, les soins médico-techniques qu'il requiert compte tenu de ses pathologies. Leur évaluation est faite pour chaque résident par le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Figure 11 : Évolution du GMP et du PMP depuis 2017



3 L'offre par thématique

Les dynamiques partenariales et de coopération territoriale : les dispositifs d'appui à la coordination

La démarche d'unification des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des parcours complexes a commencé à se concrétiser en 2019. Au sein d'un même territoire, plusieurs dispositifs peuvent en effet venir en appui des parcours de santé et de vie complexes, sur des problématiques différentes. C'est le cas des réseaux de santé, des MAIA, des plateformes territoriales d'appui (PTA) et des coordinations territoriales d'appui (CTA). L'unification de ces dispositifs vise à rendre leur intervention plus lisible pour les professionnels dans le suivi des parcours complexes. À l'horizon 2022, tous les territoires devront être couverts par un DAC.

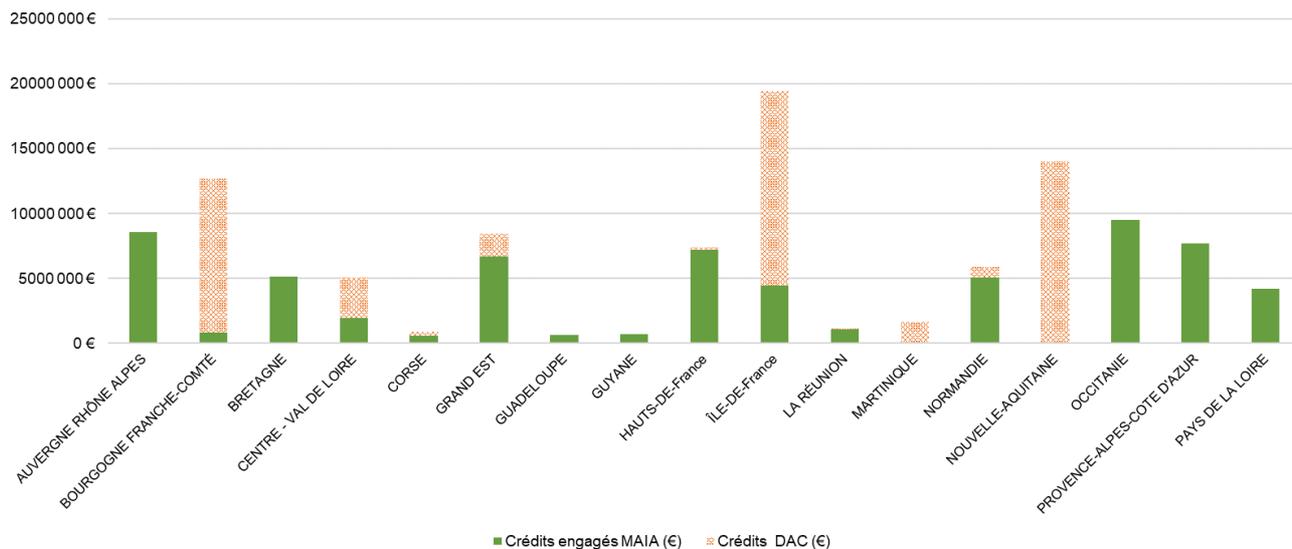
L'unification des DAC s'est poursuivie en 2020, aussi bien au sein de l'ARS afin d'unifier le pilotage interne que sur les territoires avec les opérateurs et les professionnels concernés. Son déploiement diffère selon les régions et les contextes.

La contribution aux budgets des ARS pour **le financement des MAIA** était fixée à **96,28 millions d'euros** pour 2021. Ces crédits sont versés *via* le FIR.

Les données de suivi des allocations de ressources passant par le FIR (application HAPI FIR) ont pu être analysées. On constate que :

- > 64,4 millions d'euros ont été alloués par les ARS à des MAIA sur les 96,6 millions d'euros notifiés par la CNSA (soit 67 %) ;
- > Les crédits consommés par les ARS, mais non alloués aux MAIA ont contribué :
 - Directement au financement de DAC lorsque ceux-ci étaient déjà constitués ou en cours de constitution (environ 21 millions d'euros),
 - Au financement de la résolution de situations critiques,
 - À des actions préparatoires à la constitution des DAC (formations, prestations d'accompagnement des acteurs...)
- > Les ARS ont alloué 48,5 millions d'euros pour les DAC constitués (incluant les crédits issus des MAIA) ;
- > Le processus de convergence s'est poursuivi et intensifié en 2021.

Figure 12 : Répartition des crédits MAIA et des crédits DAC engagés en 2021 par région



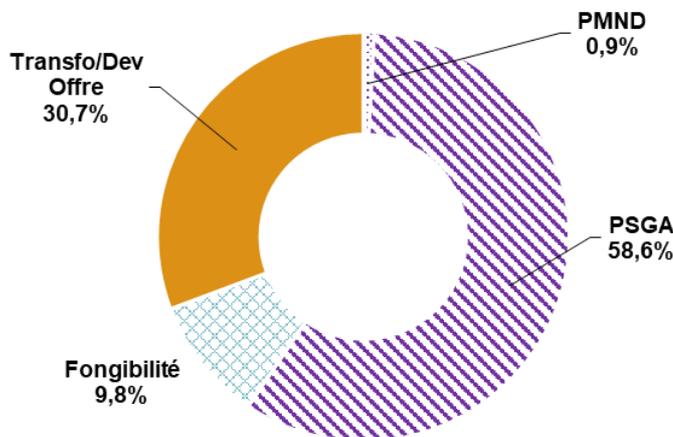
Source : HAPI FIR. 2021.

Le développement de l’offre en SSIAD/SPASAD dans le champ « personnes âgées »

En 2021, selon SEPPIA, dans le champ des personnes âgées, 3,39 millions d’euros ont été consommés pour de l’offre en services à domicile (SSIAD/SPASAD – service polyvalent d’aide et de soins à domicile). 2,01 millions d’euros (soit 59,4 %) des crédits permettant d’installer cette offre sont issus des plans PSGA et PMND. 96 % des 3,39 millions d’euros sont destinés aux SSIAD et 3,4 % aux SPASAD. Cela a permis l’installation de 228 places (114 places financées par le PSGA) en SSIAD sur le territoire national.

L’offre de services à domicile représente 9,18 % des crédits consommés sur la totalité des crédits consommés par les ARS.

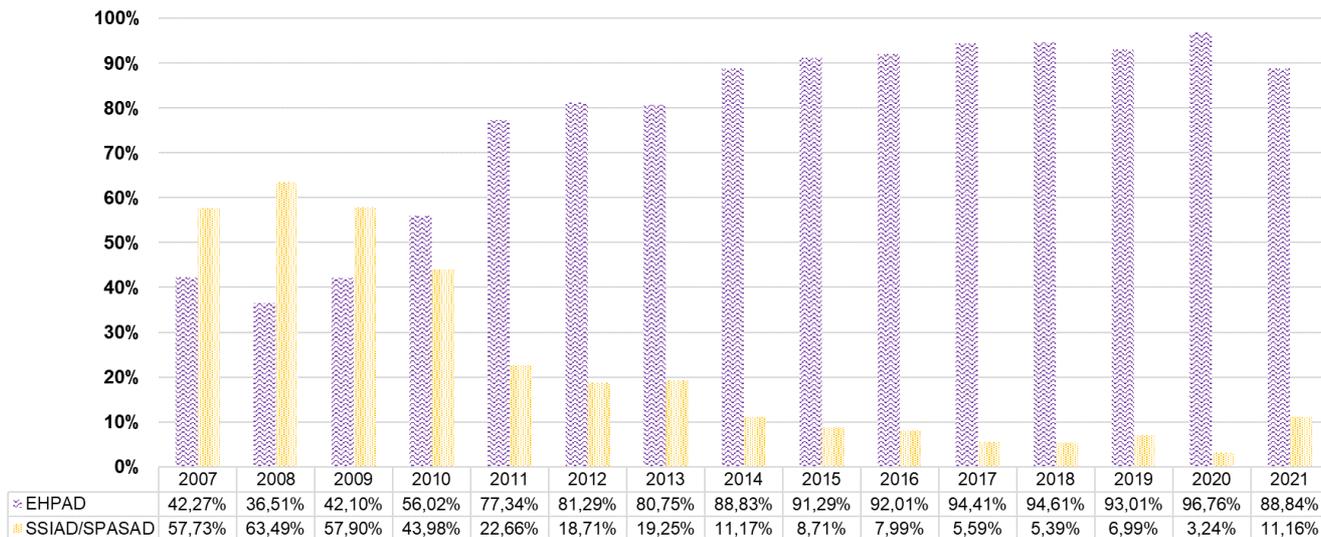
Figure 13 : Répartition des enveloppes consommées pour les installations de SSIAD ou de SPASAD en 2021



Source : SEPPIA.

Les installations de places de services sont devenues minoritaires au fil du temps (figure 14) ; en 2021, 23 323 places en SSIAD/SPASAD ont été créées au titre des plans nationaux.

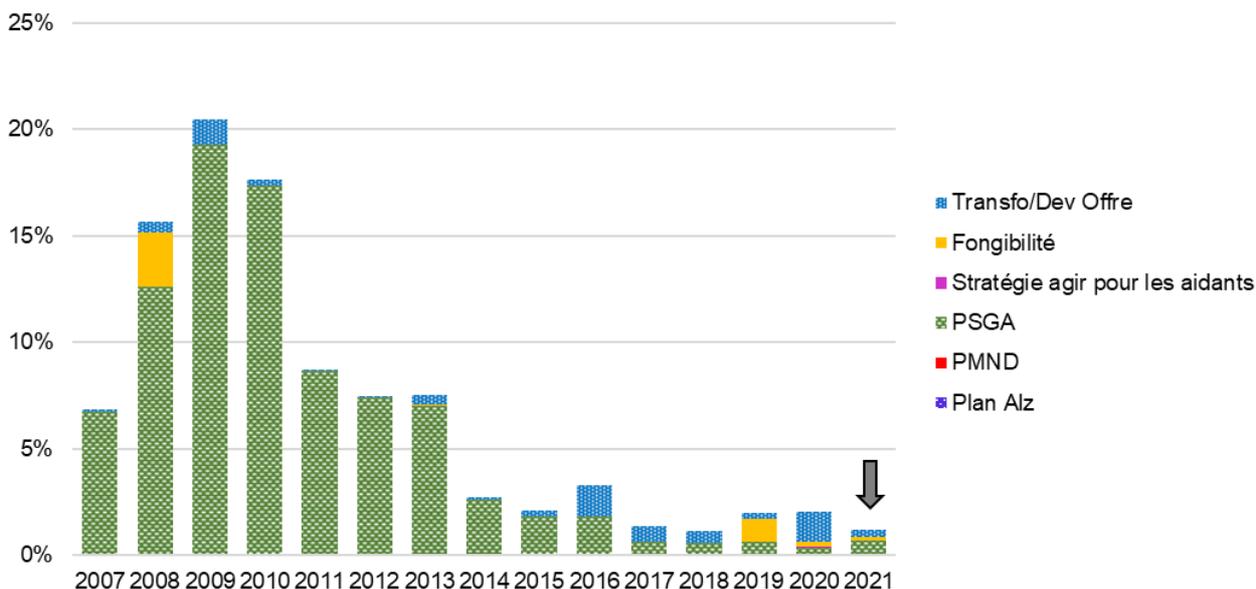
Figure 14 : Installation de places en EHPAD et en SSIAD/SPASAD depuis 2007



Source : SEPPIA.

Par ailleurs, cette offre de service mobilise principalement le PSGA (à hauteur de 88 %).

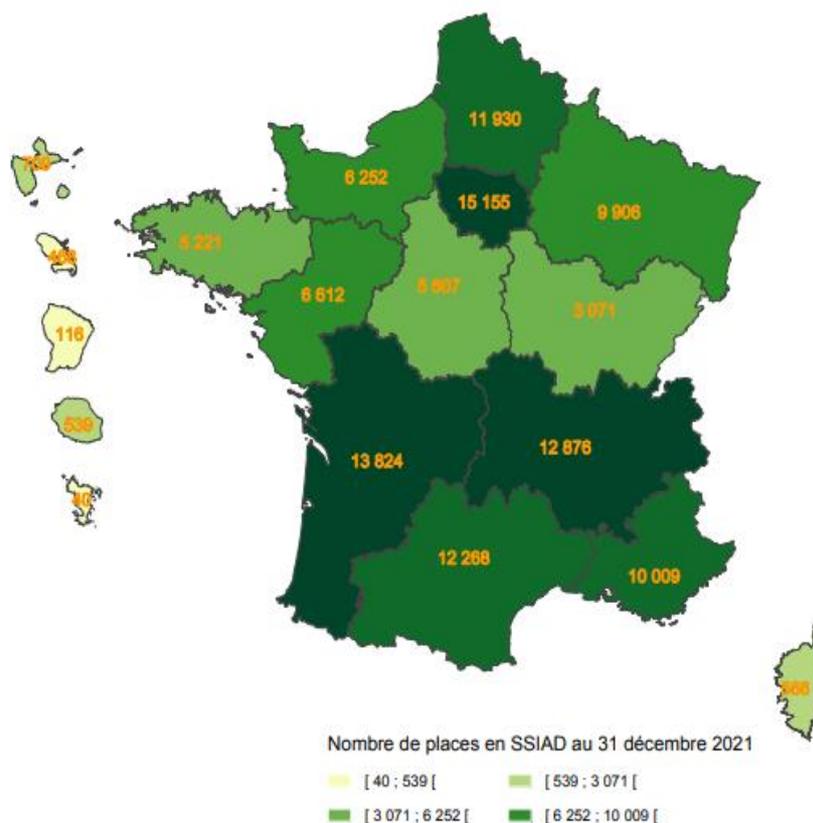
Figure 15 : Taux de consommation par enveloppe et par année



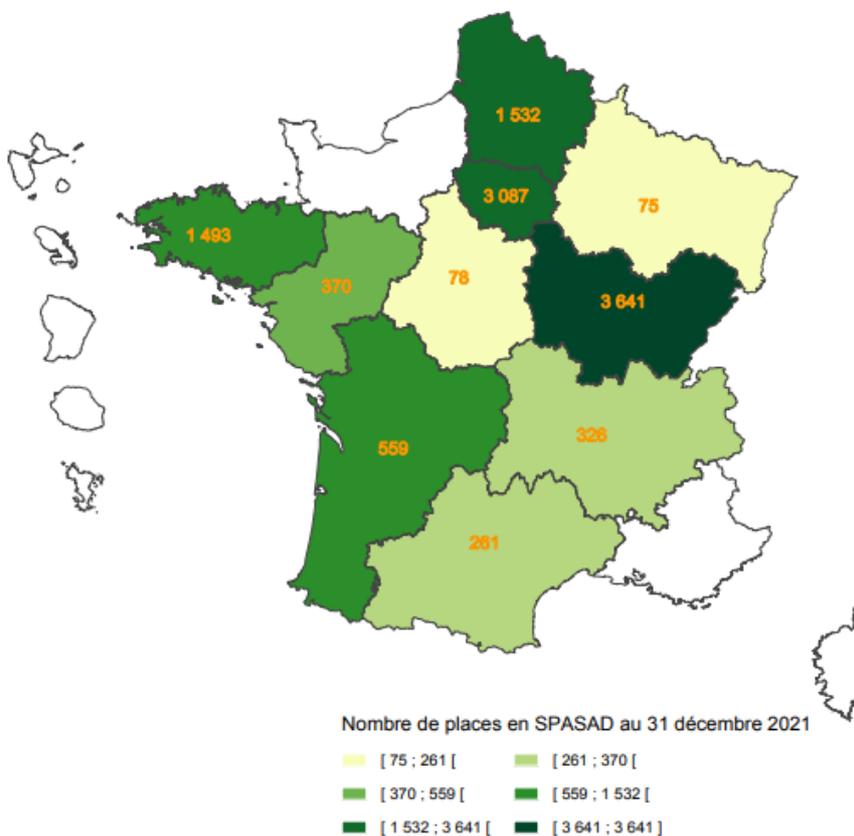
Source : SEPPIA.

Au total, on comptabilise 126 873 places en SSIAD et en SPASAD au 31 décembre 2021, soit 115 169 places en SSIAD et 11 704 places en SPASAD, dans le champ « personnes âgées », au 31 décembre 2021 (FINESS).

Carte 3 : Répartition des places en SSIAD au 31 décembre 2021



Carte 4 : répartition des places en SPASAD au 31 décembre 2021



À l'horizon 2026, 10,75 millions d'euros de crédits supplémentaires devraient être consommés pour cette offre et 765 places devraient être installées. Ces développements reposeront à 63,52 % (6,80 millions d'euros, 439 places) sur les plans nationaux (PSGA et PMND).

📄 Fiche projet

Le projet

Nom du projet : Service de soins infirmiers pour personnes à domicile souffrant de maladies neurodégénératives – SSIAD MND.

Public cible : Personnes adultes vivant à domicile, âgées ou en situation de handicap, souffrant de maladies neurodégénératives de type Parkinson, sclérose en plaques (SEP) ou apparentées.

Région : Bretagne.

Date de lancement : 2019.

Expérimentation : Oui Non – si oui, durée de l'expérimentation : fin 2022.

Constats de départ

(Quels constats ont conduit à lancer le projet ? En réponse à quels besoins ? Comment ces besoins ont-ils été identifiés ?)

Sur le modèle des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) à domicile, la mesure 21 du plan Maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019 visait à renforcer et à adapter l'intervention des SSIAD et des SPASAD à travers l'expérimentation, au niveau national, d'un protocole d'accompagnement spécifique pour l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie de Parkinson, SEP ou maladies apparentées, vivant à domicile. À la suite d'un appel à projets, l'ARS Bretagne a sélectionné la proposition de l'équipe mobile Neuro'Dom spécialisée maladie neurodégénérative d'Assia Réseau UNA pour une expérimentation de trois ans sur le territoire du pays de Rennes jusqu'à fin 2022.

Objectif du projet

(Quels sont les objectifs du projet ? S'inscrivent-ils dans le cadre de plans d'action nationaux ou régionaux ?)

| Fondements | Objectifs |
|--|--|
| <i>Plans nationaux, régionaux...</i> Plan Maladie neurodégénérative (PMND) 2014-2019 (mesure 21) | <ul style="list-style-type: none">> Mettre à disposition une offre de prise en charge destinée à prévenir les complications du handicap, en cohésion avec l'action des acteurs du premier recours ;> Apporter des prestations permettant de renforcer l'autonomie du patient, de soutenir les aidants et de coordonner les actions. |

Partenaires impliqués

(Le lancement du projet est-il de compétence exclusive de l'ARS ou conjointe avec le conseil départemental ? Qui sont les partenaires impliqués dans le projet ? Ont-ils été impliqués dès la construction du projet ? Pourquoi ?)

Le projet de l'équipe Neuro'Dom sélectionné en 2019 par l'ARS Bretagne a été construit en partenariat avec les centres experts, le service gériatrique du centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes et le service de soins de suite et de réadaptation (SSR) du pôle Saint-Hélier. Dans son domaine de compétence, l'équipe Neuro'Dom travaille en collaboration étroite avec les professionnels qui interviennent déjà auprès de la personne ou peuvent servir de solution de relais : praticiens libéraux, établissements hospitaliers, services à domicile et médico-sociaux, secteur associatif...

Fonctionnement du projet

(Comment fonctionne le projet ? Quel est le public prioritaire de ce projet ? Un autre public peut-il en bénéficier ? Pourquoi ? Comment les usagers peuvent-ils bénéficier du projet – admission, orientation, éligibilité... ? Comment le projet est-il financé ?)

Adossée au SSIAD/SPASAD d'Assia Réseau UNA (SSIAD bien implanté avec une capacité importante), l'équipe Neuro'Dom intervient pour favoriser la vie à domicile de la personne atteinte de la maladie de Parkinson, de SEP ou maladies apparentées et de son entourage. Formalisés à travers un protocole, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des prises en charge sont du ressort de l'ergothérapeute. La demande de prise en charge, quant à elle, peut être adressée par téléphone, *mail* ou courrier et émaner de différentes personnes : médecin généraliste et/ou spécialiste, le patient lui-même ou un proche aidant ou encore un « orienteur » : professionnel libéral, instance de coordination, acteur sanitaire ou médico-social du territoire.

Résultats du projet

(Un premier bilan sur le projet a-t-il été réalisé ? Quels en sont les résultats ? Quels sont les points positifs du projet ? Quels sont les points d'amélioration du projet ?)

| Points positifs | Points d'amélioration |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">> Une démarche de prévention pour limiter l'avancée de la maladie, construite autour d'un programme d'actions et d'accompagnement concertés et ciblés ;> Un dispositif très apprécié par les patients qui soulignent l'utilité et la pertinence de l'équipe : séances d'ergothérapie et d'activité physique adaptée, horaires d'intervention et relations avec les intervenants (enquête annuelle Neuro'Dom 2020) ;> Amélioration de la qualité de la prise en charge. | <ul style="list-style-type: none">> Travail en cours pour renforcer la communication auprès des professionnels « adresseurs », notamment les gériatres pour des consultations mémoire de proximité. À ce titre, l'équipe Neuro'Dom travaille les liens et les articulations avec les ESA qui sont mieux identifiées par les gériatres ;> La file active doit être revue et élargie ;> Au regard du taux d'activité, une évaluation médico-économique est à mener pour réaliser un comparatif coûts-bénéfices d'une ESA. |

Perspectives

(Quelles sont les perspectives pour la suite du projet ?)

- > Attente des orientations et consignes nationales à la suite de l'expérimentation SSIAD MND pour établir des perspectives ;
 - > Nécessité de réaliser une évaluation médico-économique et une comparaison avec une autre expérimentation SSIAD MND.
-

📌 Fiche projet

Le projet

Nom du projet : « Équipe urgence nuit » (maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle – dispositif DOMCARE).

Public cible : Personnes âgées de 60 ans et plus.

Région : Nouvelle-Aquitaine.

Date de lancement : Action PAERPA « Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (2014-2019).

Expérimentation : Oui Non – si oui, durée de l'expérimentation : trois ans.

Constats de départ

(Quels constats ont conduit à lancer le projet ? En réponse à quels besoins ? Comment ces besoins ont-ils été identifiés ?)

La Nouvelle-Aquitaine a été, avec Bordeaux et Brive, l'un des premiers territoires pilotes ayant expérimenté la démarche nationale PAERPA qui a débuté fin 2013-début 2014. Pour répondre aux temps de prise en charge prolongés aux urgences, ainsi qu'aux hospitalisations évitables et non pertinentes des personnes âgées dans la métropole bordelaise, « l'équipe urgence nuit » (EUN), portée par la maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle au sein du dispositif DOMCARE (tourné vers le domicile avec le portage d'un SSIAD, d'une hospitalisation à domicile – HAD, d'un SPASAD), a été intégrée dans l'expérimentation PAERPA en 2015.

Objectif du projet

(Quels sont les objectifs du projet ? S'inscrivent-ils dans le cadre de plans d'action nationaux ou régionaux ?)

| Fondements | Objectifs |
|--|--|
| <i>Plans nationaux, régionaux...</i> Expérimentation nationale du programme « Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » dit PAERPA | <ul style="list-style-type: none">> Favoriser, soutenir et organiser le retour à domicile ;> Éviter une rupture dans le parcours de vie ;> Épauler sur les plans sanitaire, psychologique et social afin de diminuer les recours aux urgences et les hospitalisations répétées. |

Partenaires impliqués

(Le lancement du projet est-il de compétence exclusive de l'ARS ou conjointe avec le conseil départemental ? Qui sont les partenaires impliqués dans le projet ? Ont-ils été impliqués dès la construction du projet ? Pourquoi ?)

Créée en 2014 au sein du dispositif DOMCARE, « l'équipe urgence nuit » a été intégrée au projet PAERPA en 2015. L'expérimentation PAERPA de Bordeaux a été pilotée par l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine avec l'appui des partenaires institutionnels (collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie et de retraite, union régionale des professionnels de santé...) et des acteurs de santé du territoire (acteurs de la coordination et de l'offre sanitaire et sociale), notamment avec l'union régionale des professionnels de santé (URPS) IDEL (infirmiers libéraux).

Fonctionnement du projet

(Comment fonctionne le projet ? Quel est le public prioritaire de ce projet ? Un autre public peut-il en bénéficier ? Pourquoi ? Comment les usagers peuvent-ils bénéficier du projet – admission, orientation, éligibilité... ? Comment le projet est-il financé ?)

Dans une démarche préventive, « l'équipe urgence nuit » accompagne à domicile après avis médical les personnes de 75 ans et plus (60 ans et plus depuis 2019) résidant dans la métropole bordelaise, ne nécessitant pas une hospitalisation, mais dont le retour à domicile doit être suivi. Interface entre l'hôpital et le domicile, « l'équipe urgence nuit » couvre les six services d'accueil des urgences (SAU) de la métropole bordelaise et permet un retour sécurisé des personnes âgées après un séjour aux urgences, avec la présence de nuit d'un binôme infirmier aide-soignant. Le lendemain, un trinôme infirmier, aide-soignant et auxiliaire de vie intervient avec une attention particulière portée sur un éventuel épuisement de l'entourage. Il effectue les soins et contacte les partenaires médicaux, paramédicaux et sociaux afin d'effectuer un relais rapide avec les différents intervenants.

Résultats du projet

(Un premier bilan sur le projet a-t-il été réalisé ? Quels en sont les résultats ? Quels sont les points positifs du projet ? Quels sont les points d'amélioration du projet ?)

| Points positifs | Points d'amélioration |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">> Positionnement pertinent de l'EUN dans l'appui au domicile et son périmètre horaire ;> Des outils structurés pour permettre un bon suivi du patient et des interfaces avec l'ensemble des acteurs de son parcours ;> Impact réel sur le parcours des personnes accompagnées, les taux de réhospitalisation et de programmation des hospitalisations ;> Complète les dispositifs d'astreinte IDE (infirmier diplômé d'État) nuit, qui ne couvrent pas la totalité des EHPAD (difficultés de recrutement). | <ul style="list-style-type: none">> Renforcer la communication sur l'EUN auprès de l'équipe mobile intrahospitalière ;> Si l'EUN est très appréciée par les médecins urgentistes, l'interface avec les médecins traitants peut, quant à elle, gagner en efficacité afin que le dispositif soit mieux identifié ;> Le relais à domicile est parfois long en raison de certaines situations complexes (ce qui peut entraîner un allongement des délais). |

Perspectives

(Quelles sont les perspectives pour la suite du projet ?)

- > Évaluation en cours de l'ARS sur les modalités de pérennisation de l'EUN avec les dispositifs d'IDE de nuit en EHPAD : travail d'étude en cours avec le gérontopôle sur des organisations efficaces (astreintes/gardes, taille critique, périmètre géographique, besoins des EHPAD) ;
 - > Travail en cours avec l'URPS IDEL pour réduire le délai de prise en charge au niveau du domicile.
-

Focus sur les tiers-lieux en EHPAD

En 2021, la CNSA a financé des tiers-lieux en EHPAD *via* un appel à projets national. On parle de tiers-lieu lorsque, dans un EHPAD, une partie de l'unité foncière est ouverte directement sur l'extérieur.

La gouvernance est assurée par un collectif d'acteurs locaux, animé par l'EHPAD, et le projet repose sur une cogestion du lieu.

363 projets ont été déposés, 25 ont été retenus. L'enveloppe de 3 millions d'euros a été intégralement consommée pour les cofinancer à hauteur de 80 % maximum. Le coût moyen des chantiers était de 202 000 euros.

Parmi les projets retenus, on compte treize projets d'aménagements extérieurs (jardins, serres) et six cafés solidaires.

Douze projets relèvent du secteur privé non lucratif, et treize projets sont issus du secteur public (deux communaux, cinq hospitaliers, six autonomes).

Le plus petit EHPAD retenu compte 35 places et le plus grand 487 places.

Le développement de l'offre de service dans le champ du handicap

Les dispositifs croisés du champ de la protection de l'enfance et du handicap : 32 % des crédits notifiés consommés fin 2021

La **stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022** prévoit des actions concrètes pour renforcer l'accès à la prévention en santé de tous les enfants, améliorer la situation des enfants protégés et produire une meilleure convergence des réponses à leurs besoins dans les territoires. Il s'agit de développer, dans le cadre de contrats tripartites préfet/ARS/départements, des dispositifs d'intervention souples, portés par des ESMS et **adaptés aux besoins des enfants et des jeunes qui relèvent simultanément d'un accompagnement au titre du handicap et de l'aide sociale à l'enfance (ASE)**.

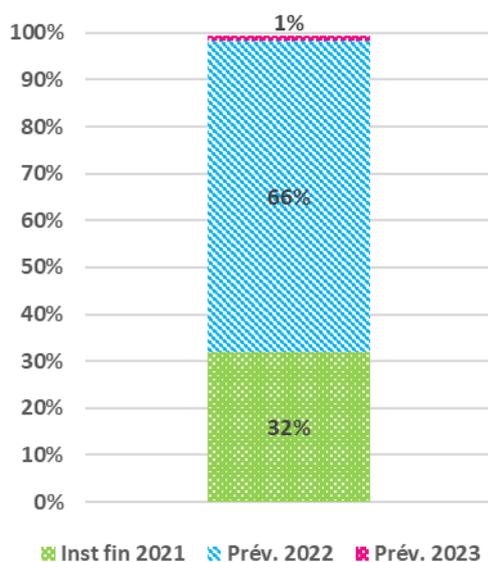
Une première vague de crédits de **15 millions d'euros** avait été notifiée en **2020** aux ARS pour développer ces actions dans **30 départements**.

Une seconde vague de crédits de 15 millions d'euros a été notifiée en 2021 pour développer des actions dans 38 départements.

Les conventionnements tripartites se sont poursuivis en 2021 ; ainsi, au total **63 % des crédits notifiés en 2020 ont été consommés en 2021 par seize départements** sur les 30. Par ailleurs, 7 % des crédits notifiés en 2021 ont été consommés par sept départements.

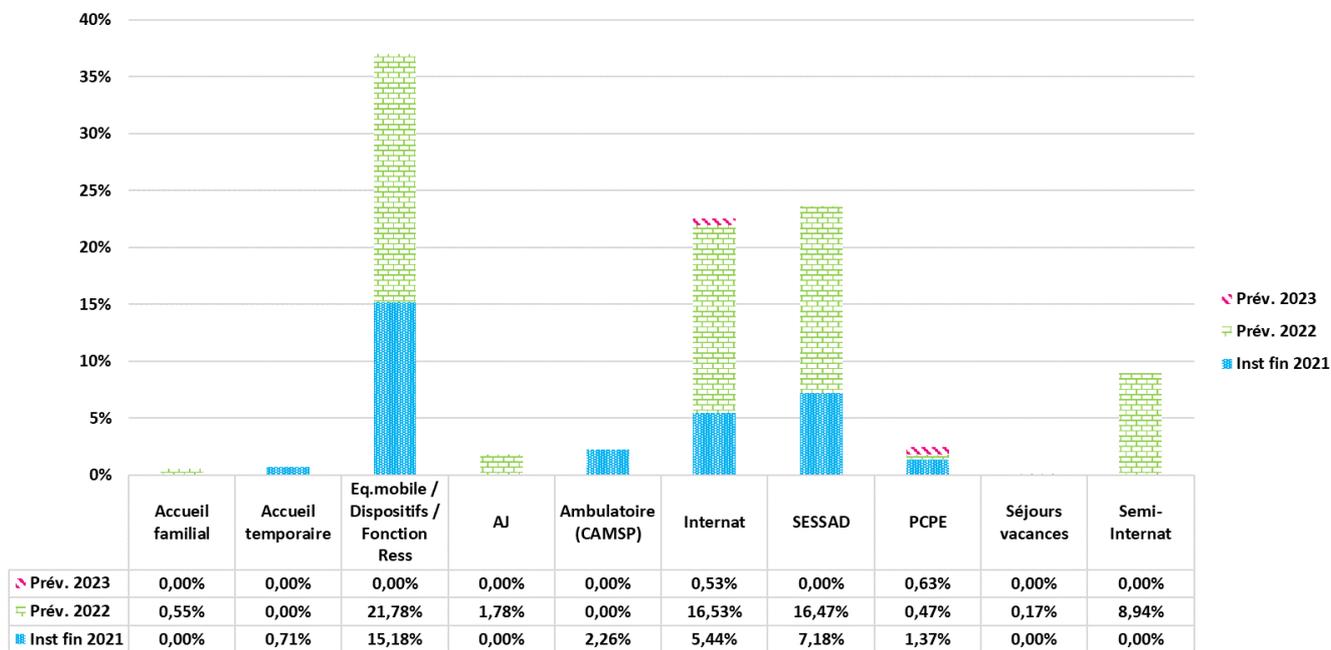
La majeure partie des installations est attendue en 2022 (figure 16).

Figure 16 : Dynamique d'installation des dispositifs croisés de 2021 à 2023



Près de la moitié des crédits consommés fin 2021 l'ont été pour l'installation d'équipes mobiles (figure 17). À l'horizon 2023, les équipes mobiles resteront majoritaires dans les projets que les ARS ont prévu de développer.

Figure 17 : Typologie des projets développés sur les crédits des dispositifs croisés ASE-médico-social



Les plateformes de coordination et d'orientation : 80 % des crédits notifiés consommés fin 2021

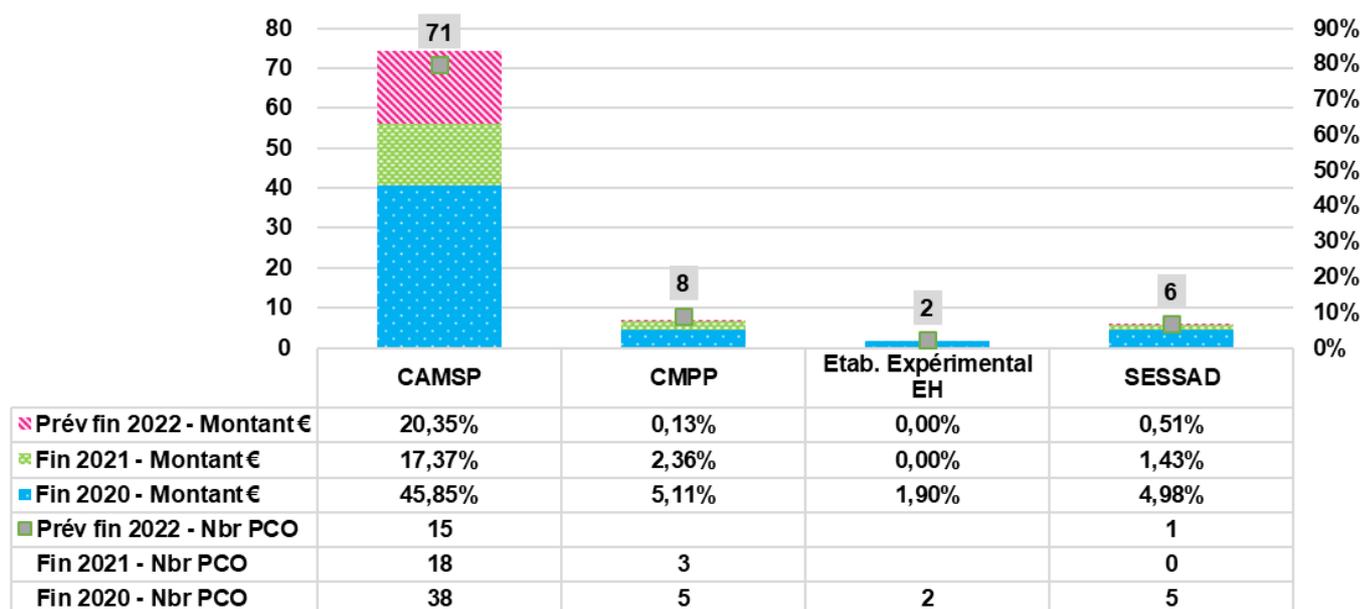
Le déploiement de plateformes de coordination et d'orientation (PCO) constitue une mesure phare de la stratégie nationale pour l'autisme. Ces plateformes ont vocation à soutenir la mise en place d'un parcours de bilan et d'intervention précoce dans les troubles du neurodéveloppement.

Les PCO 0-6 ans effectivement installées ont mobilisé 10,3 millions d'euros de crédits au 31 décembre 2021, soit 80 % des crédits notifiés (dans le bilan 2020, le prévisionnel 2021 était de 101 %). En 2020, le taux de consommation était de 62 %.

Les crédits médico-sociaux⁹ ont majoritairement été octroyés à des **centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** qui ont créé des plateformes en leur sein (figure 18), et, fin 2022, 71 PCO devraient être portées par des CAMSP. Les autres dispositifs installés fin 2021 étaient portés par des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), par des établissements expérimentaux pour enfants handicapés et par des SESSAD.

Les 20 % des **crédits** dédiés aux PCO 0-6 ans, **notifiés mais non consommés** fin 2021 devraient l'être en 2022.

Figure 18 : Consommation de crédits par année d'installation et nombre de PCO par catégorie de structures porteuses en 2021



L'installation des PCO 7-12 ans, dont le développement a fait l'objet d'une allocation de crédits en 2021, a été amorcée. Les PCO 7-12 ans effectivement installées ont mobilisé 100 000 euros de crédits au 31 décembre 2021, soit 3 % des crédits notifiés. **90 % des crédits (2,7 millions d'euros)** devraient être consommés de manière pérenne **en 2022**.

⁹ Les crédits sanitaires des ARS mobilisables pour la création de PCO n'entrent pas dans le champ de cette étude.

La scolarisation des enfants en situation de handicap

La dynamique de consommation de crédits par les ARS dans le champ du soutien à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap, complémentaires des dispositifs mobilisés par l'Éducation nationale (mise en accessibilité des savoirs, aide humaine à la scolarisation...), s'est poursuivie en 2021 et met en lumière l'attention forte que celles-ci portent au déploiement de ces dispositifs spécifiques

Les principaux dispositifs médico-sociaux de soutien à la scolarisation sont les équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation (EMAS), les unités d'enseignement en maternelle (UEM), les unités d'enseignement en élémentaire autisme (UEE autisme) et les dispositifs d'autorégulation (DAR), les SESSAD.

Ces quatre dispositifs représentent **63 % des crédits consommés (76,2 millions d'euros) par les ARS pour les enfants en situation de handicap en 2021**. Ils resteront prépondérants jusqu'en 2026 puisqu'ils constituent 36 % des consommations prévisionnelles pour les enfants (60,3 millions d'euros).

Développement des EMAS

Les ARS ont mobilisé 12,1 millions d'euros pour déployer **60 EMAS en 2021**. À l'horizon 2026, elles prévoient d'en installer 37 autres en mobilisant 5,6 millions d'euros supplémentaires.

Toutes ces créations sont financées essentiellement grâce aux crédits relatifs à l'école inclusive, octroyés spécifiquement pour déployer ce dispositif : 95 % en 2021 et 74 % d'ici 2026.

Développement des UEM

Les ARS ont financé **48 nouvelles UEM en 2021**, ce qui représente **336 places**, et devraient en développer 113 supplémentaires d'ici 2026.

Les UEM sont financées par les crédits de la stratégie nationale pour l'autisme : 99 % en 2021 et 98 % d'ici 2026.

Développement des UEE autisme et des dispositifs d'autorégulation

Les ARS ont installé **303 places d'UEE autisme et de DAR en 2021** et prévoient la création de 338 places à l'horizon 2026.

Ces créations sont financées principalement par les crédits de la stratégie nationale pour l'autisme : 85 % en 2021 et 68 % d'ici 2026.

Développement des SESSAD

2 643 places ont été créées en SESSAD en 2021 et 1 159 supplémentaires sont attendues à l'horizon 2026.

84 % des places ont été financées en 2021 grâce aux plans nationaux. Les créations prévisionnelles devraient mobiliser les crédits issus des plans nationaux à 95 %.

Développement des unités d'enseignement pour les élèves polyhandicapés

Les ARS ont amorcé une dynamique d'installation de places dédiées à ce champ avec des crédits nouvellement notifiés en 2021 ; **11 places** d'unités d'enseignement polyhandicap ont été installées par les ARS en 2021 (165 000 euros), et elles prévoient la création de 58 places (1 million d'euros) à l'horizon 2026.

Ces créations sont financées notamment par les crédits issus des plans nationaux : 40 % en 2021 et 39 % d'ici 2026.

Les groupes d'entraide mutuelle

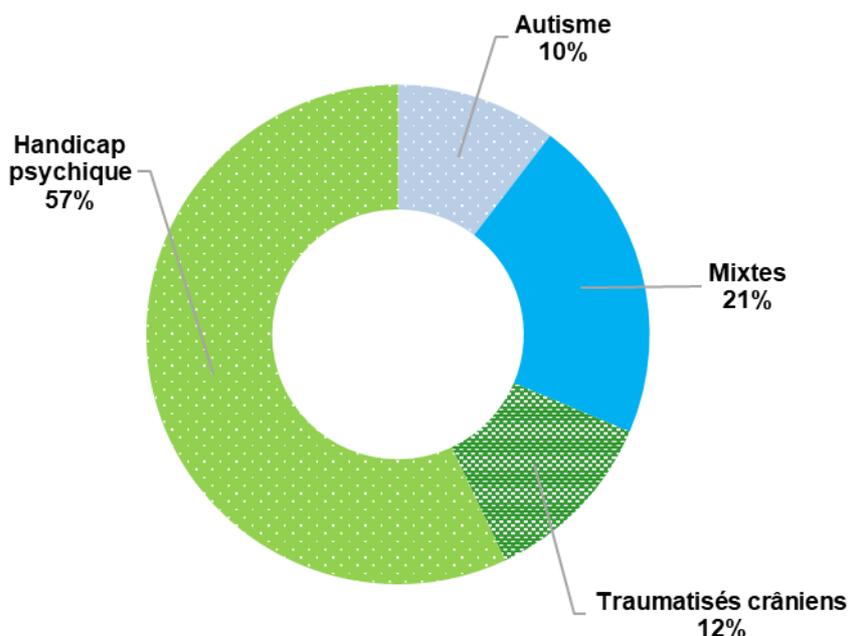
Les groupes d'entraide mutuelle sont financés par des crédits versés aux ARS par la CNSA *via* le FIR.

La dynamique de création de GEM est restée importante en 2021, avec une hausse de 8,5 % de leur nombre en un an. On dénombrait **656 GEM sur le territoire national en 2021**, fréquentés en moyenne par 89 personnes.

La création de **GEM spécifiques au champ de l'autisme**, qui est un des objectifs de la stratégie nationale pour l'autisme, a été engagée en 2019 dans le cadre du cahier des charges rénové des GEM. Elle s'est poursuivie en 2021, et on recensait au 31 décembre 2021 **89 GEM autisme**.

En 2021, la CNSA a délégué aux ARS *via* le FIR **45,1 millions d'euros**, et les ARS ont engagé **49,8 millions d'euros** pour les GEM. Les 4,6 millions d'euros supplémentaires engagés par les ARS en faveur des GEM témoignent du volontarisme des politiques régionales en faveur de ces dispositifs très importants dans les dynamiques d'inclusion et d'ouverture sur la société et sur le droit commun.

Figure 19 : Répartition des GEM selon le public accueilli



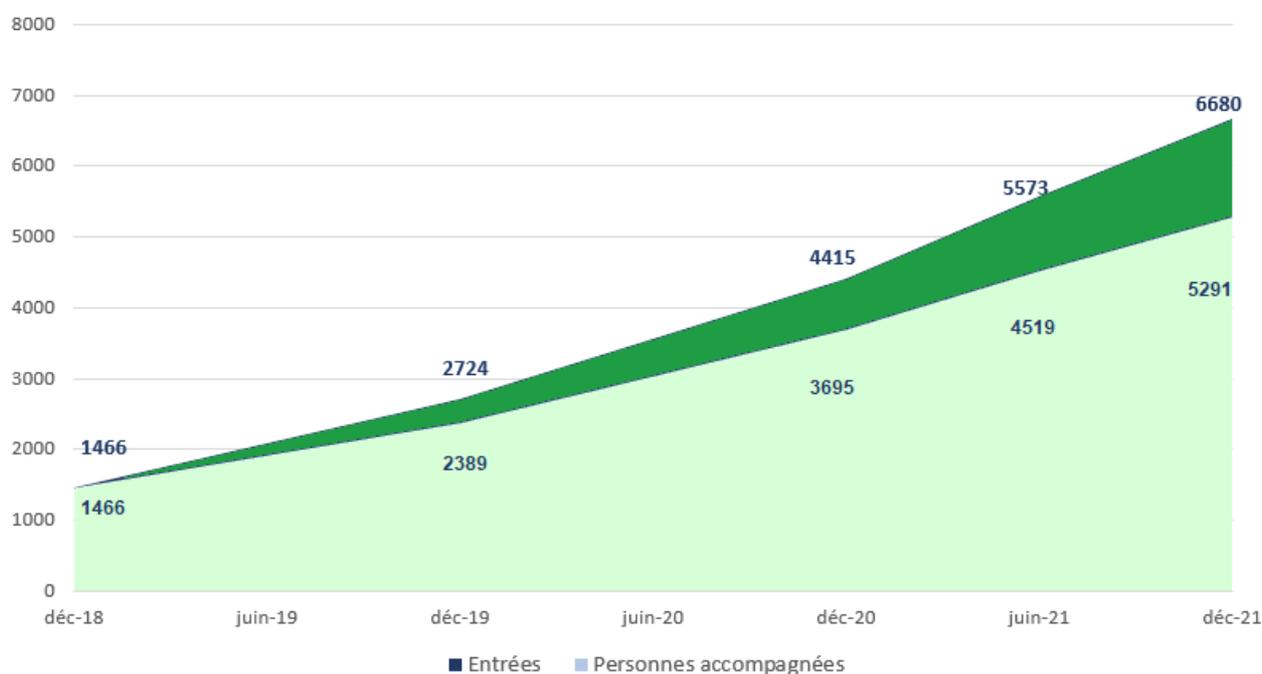
Les dispositifs d'emploi accompagné

Les dispositifs d'emploi accompagné ont poursuivi leur déploiement en 2021, et des crédits nouveaux ont soutenu cette dynamique : **14,8 millions d'euros** de l'État, constituant la base du financement¹⁰, auxquels se sont ajoutés 7,5 millions d'euros de France Relance, soit 22,3 millions d'euros, ainsi que **9,6 millions d'euros** répartis entre le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP, 1,6 million d'euros) et l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH, 8 millions d'euros).

Ceci a permis aux dispositifs de comptabiliser 2 265 nouvelles entrées et 669 sorties sur l'année 2021.

Fin 2021, 5 291 personnes étaient accompagnées (figure 20).

Figure 20 : Évolution du nombre d'entrées et du nombre de personnes accompagnées



Source pour ce chapitre : Collectif emploi accompagné.

¹⁰ Modalités de versement des dotations : l'État fait deux versements aux ARS dans l'année via le FIR ; les fonds (FIPHFP, AGEFIPH) font un versement aux dispositifs en début d'année.

Les publics accompagnés ont également évolué depuis 2019, avec une progression de la représentation des publics avec autisme, dont la part a augmenté de 7 points : 18 %. Les personnes avec troubles du psychisme représentent 41 % des situations, mais cette part a diminué de 7 points. Enfin, on constate une baisse de 4 points de la part des personnes avec déficience intellectuelle (16 %). Ces données sont présentées dans les figures 21 et 22.

Figure 21 : Répartition au 31 décembre 2021 par type de handicap

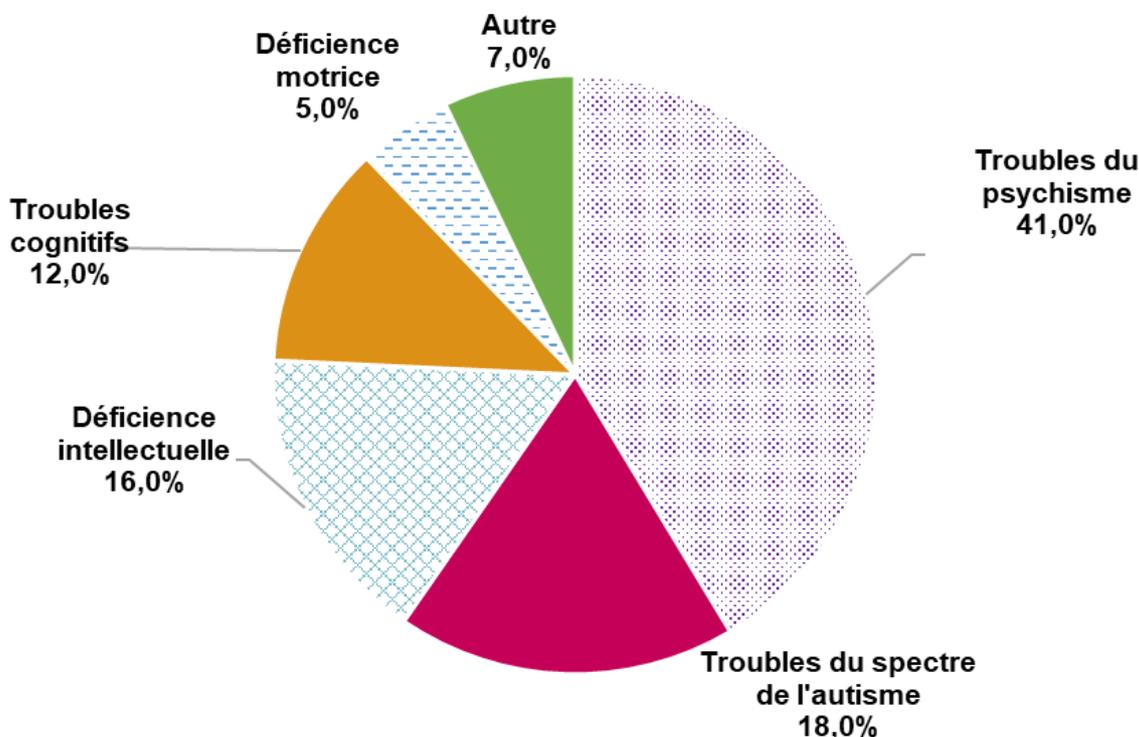
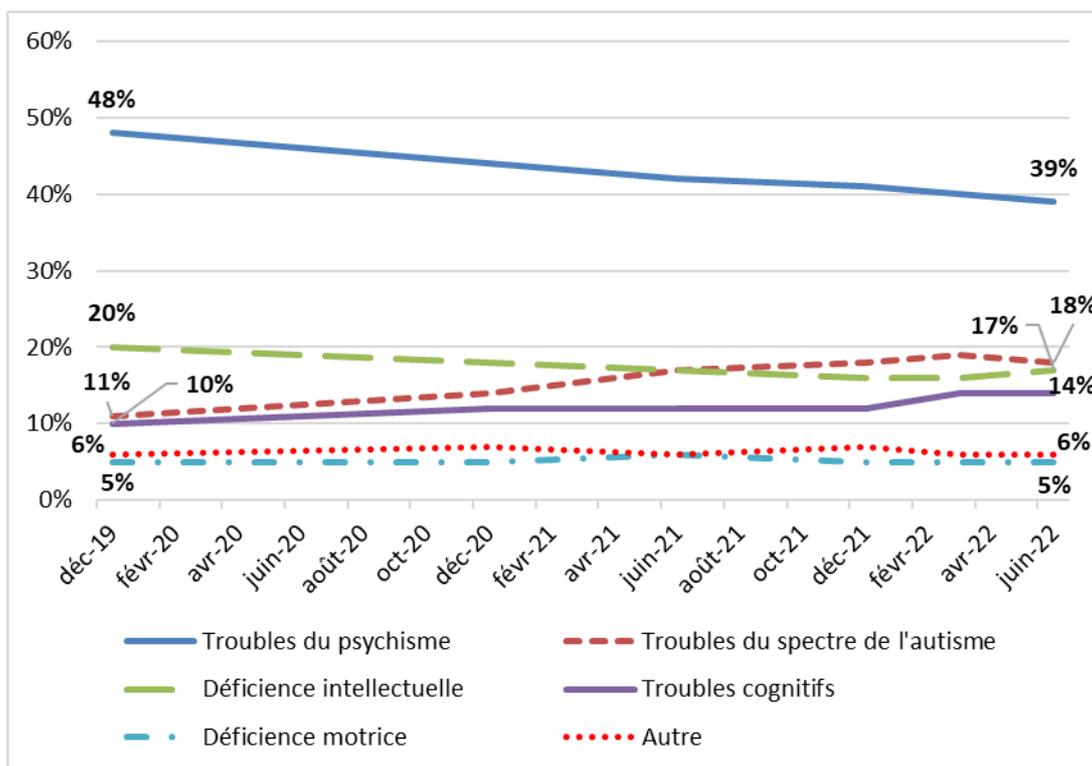


Figure 22 : Évolution de la répartition des publics



De nouvelles solutions : l'habitat inclusif

Au 31 décembre 2021, 64 départements sont engagés officiellement dans la démarche visant à déployer l'habitat inclusif, et 579 habitats inclusifs sont prévus dans les programmations des départements ayant signé l'accord tripartite 2021-2029.

En termes d'activité, au 31 décembre 2020, 976 habitats étaient financés dans 66 territoires, 3 176 personnes y habitaient, 14,4 millions d'euros de financement avaient été délégués aux porteurs, dont 6,5 millions d'euros par les ARS.

L'aide à la vie partagée (AVP) a vocation à se substituer au forfait « habitat inclusif ». Il s'agit d'une aide destinée à financer l'animation, la coordination du projet de vie sociale ou encore la régulation du « vivre ensemble », à l'intérieur comme à l'extérieur de l'habitat. Son financement est assuré par la CNSA et les conseils départementaux et repose sur un accord CNSA/conseil départemental/État et sur une convention entre le porteur et le conseil départemental.

5 367 AVP sont prévues : ces AVP sont destinées à 2 914 personnes handicapées et 2 453 personnes âgées. 4,5 millions d'euros ont été alloués par la CNSA en 2021, les montants allant de 3 000 euros à 8 000 euros par an et par habitant.

📄 Fiche projet

Le projet

Nom du projet : Cap Inclusion.

Public cible : Le dispositif accompagne dix jeunes âgés de 2 à 20 ans, dont le handicap a été notifié à un taux supérieur ou égal à 80 % par la maison départementale des personnes handicapées – MDPH (handicap rare, polyhandicap, trouble du spectre de l'autisme, comportements défis, multihandicap). Le projet s'adresse également aux parents qui souhaitent un projet de vie inclusif pour leur enfant, en dehors du milieu institutionnel, au sein des dispositifs de droit commun.

Région : Hauts-de-France.

Date de lancement : 1^{er} janvier 2021.

Expérimentation : Oui Non – si oui, durée de l'expérimentation : trois ans.

Constats de départ

(Quels constats ont conduit à lancer le projet ? En réponse à quels besoins ? Comment ces besoins ont-ils été identifiés ?)

Cap inclusion est avant tout né du projet d'un parent d'enfant atteint du syndrome héréditaire de « X fragile »¹¹. Après que le diagnostic de cette maladie a été établi, la mère de l'enfant a organisé elle-même la prise en charge de celui-ci en coordonnant la gestion administrative et financière ainsi que l'intervention d'un ensemble de professionnels libéraux. Impliquée depuis 2010 au sein de l'association X-Fragile qui œuvre pour la reconnaissance de cette maladie au niveau national, elle a souhaité agir davantage, notamment auprès des pouvoirs publics, pour témoigner de ses difficultés. Dans le cadre d'échanges engagés avec l'ARS Hauts-de-France, elle a fait part de son souhait de poursuivre et développer cet accompagnement à domicile afin que celui-ci puisse d'une part, disposer d'un financement spécifique pour décharger les parents du volet gestion et d'autre part, être élargi à d'autres familles afin de leur offrir la possibilité de construire un projet de vie en totale inclusion pour leurs enfants.

Objectif du projet

(Quels sont les objectifs du projet ? S'inscrivent-ils dans le cadre de plans d'action nationaux ou régionaux ?)

| Fondements | Objectifs |
|--------------------------------------|---|
| <i>Plans nationaux, régionaux...</i> | <ul style="list-style-type: none">> Aider les familles et permettre le projet de vie inclusif qu'elles souhaitent pour leur enfant lourdement handicapé ;> Accompagner le jeune sur tous les lieux de vie qu'il fréquente : domicile, école, structure de la petite enfance, lieux de loisirs, sportifs et culturels, soins et rééducations. |

Partenaires impliqués

(Le lancement du projet est-il de compétence exclusive de l'ARS ou conjointe avec le conseil départemental ? Qui sont les partenaires impliqués dans le projet ? Ont-ils été impliqués dès la construction du projet ? Pourquoi ?)

Le projet Cap Inclusion a fait l'objet d'une co-construction entre la personne à l'initiative du projet, l'association X-Fragile, l'ARS Hauts-de-France et le Groupement des associations partenaires d'action sociale (GAPAS), porteur actuel du projet. Le projet a également été monté en conventionnement entre l'ARS Hauts-de-France, la MDPH, l'Éducation nationale et quelques autres partenaires.

¹¹ Maladie génétique rare responsable d'une déficience intellectuelle généralement associée à des troubles du comportement.

Fonctionnement du projet

(Comment fonctionne le projet ? Quel est le public prioritaire de ce projet ? Un autre public peut-il en bénéficier ? Pourquoi ? Comment les usagers peuvent-ils bénéficier du projet – admission, orientation, éligibilité... ? Comment le projet est-il financé ?)

Ce dispositif expérimental est financé pour trois ans par l'ARS Hauts-de-France. L'ARS Hauts-de-France a octroyé dix places avec un nombre d'heures d'accompagnement conséquent (2 500) par an pour chaque enfant, accompagné de moyens de répit. Cap Inclusion propose un accompagnement individualisé pour dix jeunes âgés de 2 à 20 ans vivant avec un handicap important et leurs familles. Une équipe mobile, composée de vingt éducateurs encadrés et supervisés par une psychologue, intervient sur le territoire de Lille-Roubaix-Valenciennes. Deux éducateurs accompagnent l'enfant au quotidien, notamment dans les différents dispositifs de droit commun : école, lieux de loisirs, sportifs et culturels... Programmé en fonction du projet de vie de l'enfant, des attentes et des besoins exprimés par les familles, cet accompagnement « à la carte » s'inscrit également en journée dans le cadre d'activités familiales, parfois dès le réveil, mais aussi le soir ou le week-end (possibilité de 10 h/jour en fonction du choix des parents).

Résultats du projet

(Un premier bilan sur le projet a-t-il été réalisé ? Quels en sont les résultats ? Quels sont les points positifs du projet ? Quels sont les points d'amélioration du projet ?)

| Points positifs | Points d'amélioration |
|---|-----------------------|
| <ul style="list-style-type: none">> Dispositif qui permet d'offrir un véritable projet d'inclusion, de favoriser les points de repère et de mettre les enfants et leurs familles en confiance ;> Si le coût à la place est supérieur au coût moyen d'une place en institut médico-éducatif (IME), le dispositif représente plusieurs avantages : reprise d'une activité professionnelle pour les parents, flexibilité territoriale pour couvrir des secteurs non pourvus de capacités d'accueil en institution ;> Émergence de nouvelles pratiques professionnelles, notamment en matière de guidance parentale. | |

Perspectives

(Quelles sont les perspectives pour la suite du projet ?)

- > Évaluation du dispositif (y compris économique) en cours de construction ;
- > Souhait partagé entre les partenaires et les familles pour une pérennisation et une diffusion du dispositif.

L'offre de répit (suivie à travers les financements des ARS)

L'accueil temporaire dans le champ des personnes âgées

Dans le champ des personnes âgées, l'accueil temporaire est constitué d'une part, de l'accueil de jour (dont les accueils de jour autonomes) et, d'autre part, de l'hébergement temporaire.

L'offre en **accueil de jour** était au 31 décembre 2020 de 15 719 places installées¹². En 2021, 242 places supplémentaires ont été installées (soit 2,73 millions d'euros consommés), toutes enveloppes confondues.

De 2022 à 2026, ce sont 12,42 millions d'euros qui seront consommés pour 1 052 places à installer, toutes enveloppes confondues.

L'offre en **hébergement temporaire** était au 31 décembre 2020 de 12 850 places installées. En 2021, 149 places ont été installées (1,69 million d'euros consommés), toutes enveloppes confondues.

De 2022 à 2026, ce sont 11,05 millions d'euros qui seront consommés pour 771 places à installer, toutes enveloppes confondues.

L'accueil temporaire dans le champ des personnes handicapées

Dans le champ du handicap, l'offre d'accueil temporaire était au 31 décembre 2020 de 6 483 places installées.

En 2021, 136 places ont été installées (6,93 millions d'euros consommés), toutes enveloppes confondues.

De 2022 à 2026, ce sont 26,46 millions d'euros qui seront consommés pour 399 places à installer, toutes enveloppes confondues.

D'autres dispositifs ont été soutenus en 2021 et relèvent de l'offre de répit : les séjours vacances (77 500 euros mobilisés par les ARS sur ce sujet), l'augmentation des amplitudes horaires d'ouverture (1,8 million d'euros alloués aux ARS pour permettre cette évolution), les PFR¹³.

¹² FINESS (données au 31 décembre 2020) et SEPPIA (données en 2021 et de 2022 à 2026).

¹³ Sur le soutien au développement des PFR en 2021, voir la figure 28.

📌 Fiche projet

Le projet

Nom du projet : Accueil de jour itinérant rattaché à un EHPAD.

Public cible : Personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile.

Région : Bourgogne – Franche-Comté.

Date de lancement : 2021.

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

Constats de départ

(Quels constats ont conduit à lancer le projet ? En réponse à quels besoins ? Comment ces besoins ont-ils été identifiés ?)

Au regard des données démographiques, croisées avec la géographie des territoires et les taux d'équipement en région Bourgogne – Franche-Comté, trois départements ont été priorités pour répondre à des impératifs de proximité et d'amélioration de la répartition de l'offre : la Nièvre, Saône-et-Loire et la Haute-Saône. Le caractère rural de certains secteurs est venu interroger les taux d'occupation au vu des difficultés des usagers à se déplacer vers un accueil de jour fixe (distance, faible offre de transport...).

Objectif du projet

(Quels sont les objectifs du projet ? S'inscrivent-ils dans le cadre de plans d'action nationaux ou régionaux ?)

| Fondements | Objectifs |
|--|---|
| <i>Plans nationaux, régionaux...</i> Stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022 | <ul style="list-style-type: none">> Améliorer la répartition de l'offre en places d'accueil de jour sur le territoire et sa diversité ;> Apporter une réponse de proximité en permettant aux professionnels d'aller à la rencontre des personnes concernées (maintien des repères dans des lieux familiaux) ;> Proposer des prestations et activités dans un lieu dédié. |

Partenaires impliqués

(Le lancement du projet est-il de compétence exclusive de l'ARS ou conjointe avec le conseil départemental ? Qui sont les partenaires impliqués dans le projet ? Ont-ils été impliqués dès la construction du projet ? Pourquoi ?)

À la suite d'une étude menée par l'ARS Bourgogne – Franche-Comté sur le fonctionnement des accueils de jour de la région, les conseils départementaux des territoires priorités ont été approchés en 2021 pour déterminer le mode de déploiement sur les territoires : par transformation, accueil de jour ou extension.

Fonctionnement du projet

(Comment fonctionne le projet ? Quel est le public prioritaire de ce projet ? Un autre public peut-il en bénéficier ? Pourquoi ? Comment les usagers peuvent-ils bénéficier du projet – admission, orientation, éligibilité... ? Comment le projet est-il financé ?)

Il s'agit d'accueillir en priorité des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés vivant à domicile (3 fois 6 places). Le caractère itinérant se définit par un accueil et une prise en charge par une seule équipe pluridisciplinaire mobile sur plusieurs sites géographiques. En lien avec les besoins des familles et ceux impliqués par l'itinérance, les modalités d'ouverture sont modulées en fonction des demandes et des possibilités du service. Ponctuellement et sur demande, l'agence régionale de santé soutient l'achat de véhicules adaptés si cet équipement est nécessaire à l'activité du service.

Résultats du projet

(Un premier bilan sur le projet a-t-il été réalisé ? Quels en sont les résultats ? Quels sont les points positifs du projet ? Quels sont les points d'amélioration du projet ?)

| Points positifs | Points d'amélioration |
|---|-----------------------|
| <ul style="list-style-type: none">> Amélioration de la répartition et de la diversité de l'offre en places d'accueil de jour sur le territoire ;> Renforcement d'une réponse de proximité en permettant aux professionnels de s'inscrire dans une démarche « d'aller vers » l'utilisateur. | |

Perspectives

(Quelles sont les perspectives pour la suite du projet ?)

Ce projet incite l'ARS à s'interroger sur la transformation en itinérance des accueils de jours « traditionnels » afin d'optimiser leur activité, car les taux d'activité en accueil de jour ont baissé depuis la crise sanitaire et peinent à retrouver leur niveau d'activité d'avant-crise. L'objectif est de lever le frein « transport » et de proposer une offre de proximité, maillée sur les territoires, notamment ruraux.

L'offre en établissement

Dans le champ du handicap, le développement de l'offre en établissement représente 45 % des crédits consommés en 2021

En 2021, les ARS ont consommé 54,5 millions d'euros pour développer l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap par des établissements médico-sociaux, accusant ainsi une baisse de 44 % par rapport à 2020 (97,9 millions d'euros).

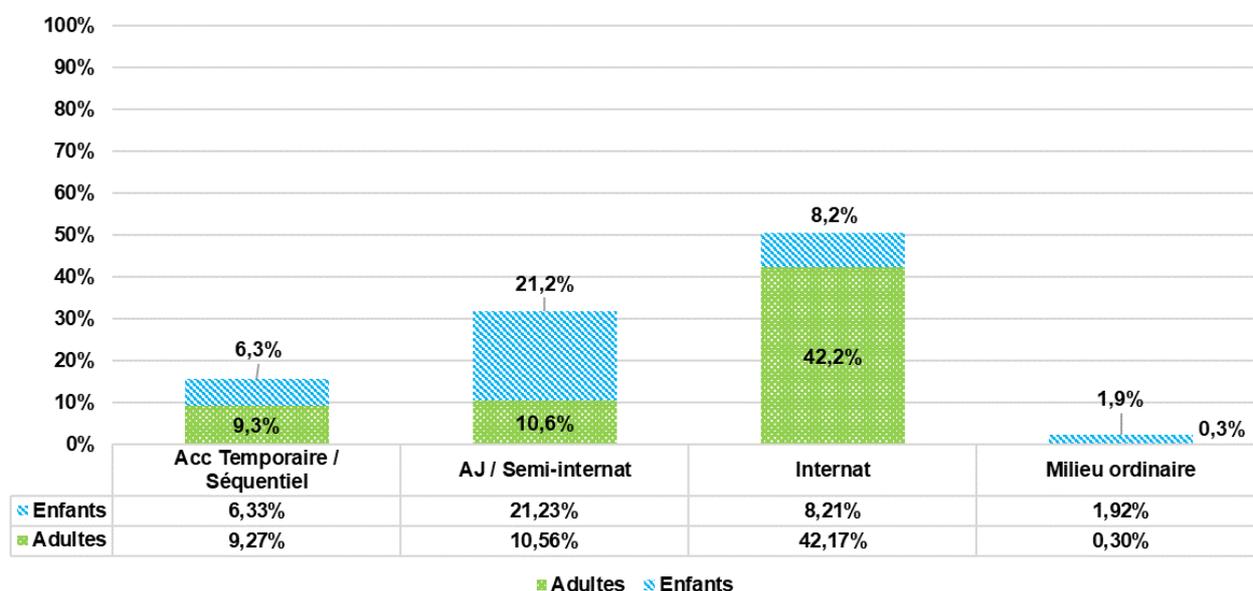
L'origine des crédits utilisés reflète leur démarche d'adaptation de l'offre, puisqu'elles ont eu largement recours à des enveloppes de transformation de l'offre (marge de gestion, redéploiements), à hauteur de 47 %.

L'offre en établissement était majoritairement destinée au public adulte, 62 % des consommations concernant ce public, en particulier autisme-TND (36 % des consommations). Les places d'internat constituent plus de la moitié de l'offre en établissement (figure 23).

À l'horizon 2026, 249,3 millions d'euros supplémentaires devraient être engagés par les ARS pour développer l'offre en établissement dans le champ du handicap, ce qui représente 70 % des consommations prévisionnelles de leurs programmations.

Dans ces consommations prévisionnelles, le public « adultes » restera prépondérant avec 79 % des crédits dédiés. Les projets « autisme-TND » seront majoritaires avec 31 % des crédits dédiés.

Figure 23 : Répartition des consommations de crédits par type d'offre en établissement en 2021



📄 Fiche projet

Le projet

Nom du projet : Plateforme d'appui au logement inclusif (PALI).

Public cible : Les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton.

Région : La Réunion.

Date de lancement : 2020-2021.

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

Constats de départ

(Quels constats ont conduit à lancer le projet ? En réponse à quels besoins ? Comment ces besoins ont-ils été identifiés ?)

Deux éléments du contexte réunionnais ont conduit l'agence régionale de santé à soutenir le projet de plateforme d'appui au logement inclusif, notamment pour diminuer le nombre de situations de jeunes adultes relevant de l'amendement Creton (selon l'ARS, plus de 300 sur le département) : l'existence de pensions « marron » en nombre important, accueillant des personnes âgées ou en situation de handicap, et un déficit important d'offre en direction des jeunes adultes en situation de handicap. À la suite des résultats positifs de la PALI pour venir en appui des sorties des personnes dans le cadre de la fermeture programmée des pensions « marron », l'ARS de la Réunion a souhaité missionner cette plateforme pour venir en appui des ESMS afin de les aider, d'une part à construire des projets de sortie pour ces jeunes adultes relevant de l'amendement Creton et, d'autre part, à repenser les modes de prise en charge en développant l'inclusion.

Objectif du projet

(Quels sont les objectifs du projet ? S'inscrivent-ils dans le cadre de plans d'action nationaux ou régionaux ?)

| Fondements | Objectifs |
|--|--|
| <i>Plans nationaux, régionaux...</i> Stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022 | <ul style="list-style-type: none">> Diminuer le nombre de situations de jeunes adultes relevant de l'amendement Creton ;> Soutenir les ESMS dans le développement de nouveaux modes de prise en charge pour aller vers plus d'inclusion ;> Apporter une réponse coordonnée et adaptée pour la mise en œuvre de projets de sortie. |

Partenaires impliqués

(Le lancement du projet est-il de compétence exclusive de l'ARS ou conjointe avec le conseil départemental ? Qui sont les partenaires impliqués dans le projet ? Ont-ils été impliqués dès la construction du projet ? Pourquoi ?)

Le projet « Plateforme d'appui au logement inclusif » fait l'objet d'un coportage entre deux autorités : l'ARS de la Réunion et le conseil départemental. Sollicitée dans le cadre des fermetures des pensions « marron », la PALI est fondée sur un projet collaboratif et partenarial entre plusieurs composantes du secteur médico-social, social et sanitaire (psychiatrie) : l'association Frédéric Levavasseur, l'association ALLONS DEOR, l'Établissement public de santé mentale de la Réunion (EPSMR) et la société d'économie mixte d'aménagement et de construction (SEMAC).

Fonctionnement du projet

(Comment fonctionne le projet ? Quel est le public prioritaire de ce projet ? Un autre public peut-il en bénéficier ? Pourquoi ? Comment les usagers peuvent-ils bénéficier du projet – admission, orientation, éligibilité... ? Comment le projet est-il financé ?)

La plateforme se veut un appui des ESMS et des structures d'hébergement afin de construire conjointement une réponse pour les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton. Au-delà d'une simple fonction de coordination, le dispositif dispose d'une réelle opérationnalité grâce à une équipe pluridisciplinaire ayant des compétences et des méthodologies transversales d'intervention, mutualisées entre secteur sanitaire, médico-social et social. La PALI travaille avec les établissements pour une évaluation et une analyse partagée des situations, coconstruit une réponse d'inclusion adaptée et accompagne la concrétisation des projets de sorties. Dans une démarche de désinstitutionnalisation, la PALI développe des réponses alternatives et adaptées pour favoriser l'inclusion des personnes dans la cité.

Résultats du projet

(Un premier bilan sur le projet a-t-il été réalisé ? Quels en sont les résultats ? Quels sont les points positifs du projet ? Quels sont les points d'amélioration du projet ?)

| Points positifs | Points d'amélioration |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">> Dispositif qui revêt une réelle dimension opérationnelle et qui permet d'apporter une aide à la transformation de l'offre ;> Intérêt de la triple approche médico-sociale, sociale et sanitaire (volet santé mentale) qui permet d'une part, une évaluation et une analyse fines des besoins et des situations des personnes et d'autre part, un agencement des réponses ;> Pluridisciplinarité et méthodologie de l'équipe PALI Coportage ARS-conseil départemental. | <ul style="list-style-type: none">> Volonté de l'ARS de travailler au développement d'outils d'auto-évaluation pour les établissements afin que ces derniers puissent améliorer leurs propres outils et diagnostics ;> Réflexion en cours pour travailler sur la part d'intervention de la PALI d'une part, et la fonction de l'ESMS d'autre part. |

Perspectives

(Quelles sont les perspectives pour la suite du projet ?)

- > Travail en cours afin que la MDPH puisse être pleinement partie prenante du dispositif (déjà sollicitée dans le contexte de fermeture programmée des pensions « marron ») ;
 - > Réflexion à mener si le dispositif devait être pérennisé, notamment sur son intégration dans l'environnement réunionnais et sur les liens à créer avec les DAC et les C360.
-

Focus sur le développement de l'offre en réponse à la problématique des départs en Belgique

Le contexte

L'instruction ministérielle du 22 janvier 2016 a mis en place un plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique dans l'objectif de permettre à toute personne en situation de handicap de bénéficier d'une solution d'accompagnement de proximité. La cinquième Conférence nationale du handicap (11 février 2020) a réaffirmé les objectifs du plan Belgique à travers l'octroi d'une enveloppe de 90 millions d'euros sur trois ans aux trois régions principalement concernées par les départs en Belgique afin de développer des « solutions alternatives pour répondre aux besoins des personnes et des familles et ainsi mettre fin aux séparations subies » : Grand Est, Hauts-de-France et Île-de-France.

Tableau 3 : Répartition des crédits entre les trois régions bénéficiaires

| - | Montant | Solutions (dont celles cofinancées avec les départements) |
|------------------------|-----------------|---|
| Grand Est | 12,42 M€ | 271 |
| Hauts-de-France | 26,55 M€ | 634 |
| Île-de-France | 51,03 M€ | 1 673 |
| Total | 90,00 M€ | 2 578 |

Les transferts de crédits associés de 2021 à 2023

Un moratoire a été mis en place en 2021 pour fixer la capacité de près de 7 000 places, ce qui s'est traduit par un conventionnement des structures en Belgique pour l'accueil de ressortissants adultes français.

En 2021, le nombre total de places à conventionner égale 4 277, soit 2 586 places avec orientation en maison d'accueil spécialisée (MAS) et 1 691 places d'orientation en foyer d'accueil médicalisé (FAM) en deux phases :

- Phase 1 en 2021 pour une effectivité en 2022 : 104 établissements (78 conventions), 2 464 places en MAS pour 166,6 millions d'euros transférés du Centre national des soins à l'étranger (CNSE) vers l'objectif global de dépenses (OGD) personnes handicapées (PH) et 1 017 places en FAM pour 30,6 millions d'euros transférés du CNSE vers l'OGD PH, soit 197,2 millions d'euros de crédits nouveaux sur l'OGD PH en 2020 ;
- Phase 2 en 2022 avec une effectivité en 2023 : 66 établissements (57 conventions), 122 places en MAS (chiffrage en cours) et 674 places en FAM (chiffrage en cours).

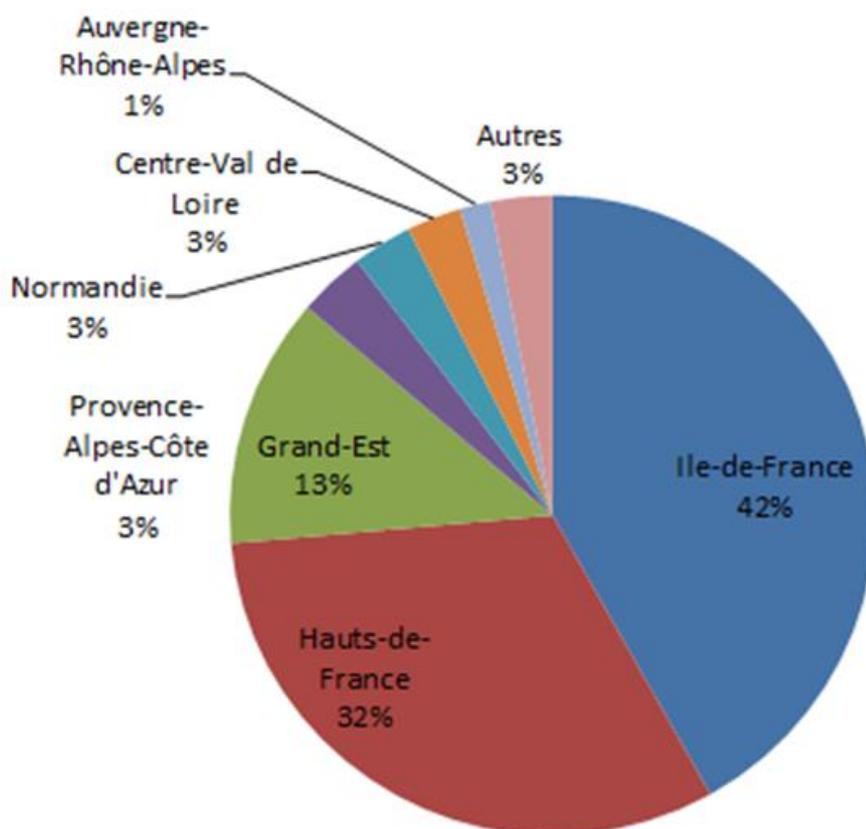
L'estimation est d'environ 88 millions d'euros à ce jour, à prévoir pour un futur transfert sur l'OGD PH en 2023.

En 2022, le retour en France des personnes adultes antérieurement accompagnées par un établissement wallon sera effectué, ce qui mobilisera un financement de 3,4 millions d'euros. En 2021, 74 personnes ont fait l'objet d'un retour dans des structures médico-sociales financées par huit ARS (principalement dans les Hauts-de-France et en Île-de-France).

État des lieux de l'accueil de personnes en situation de handicap en Wallonie au 3 décembre 2020

Les régions d'origine des personnes concernées sont marquées par une forte concentration géographique (figure 24)¹⁴ : 87 % des personnes proviennent de trois régions, l'Île-de-France (42 %), les Hauts-de-France (32 %) et Grand Est (13 %).

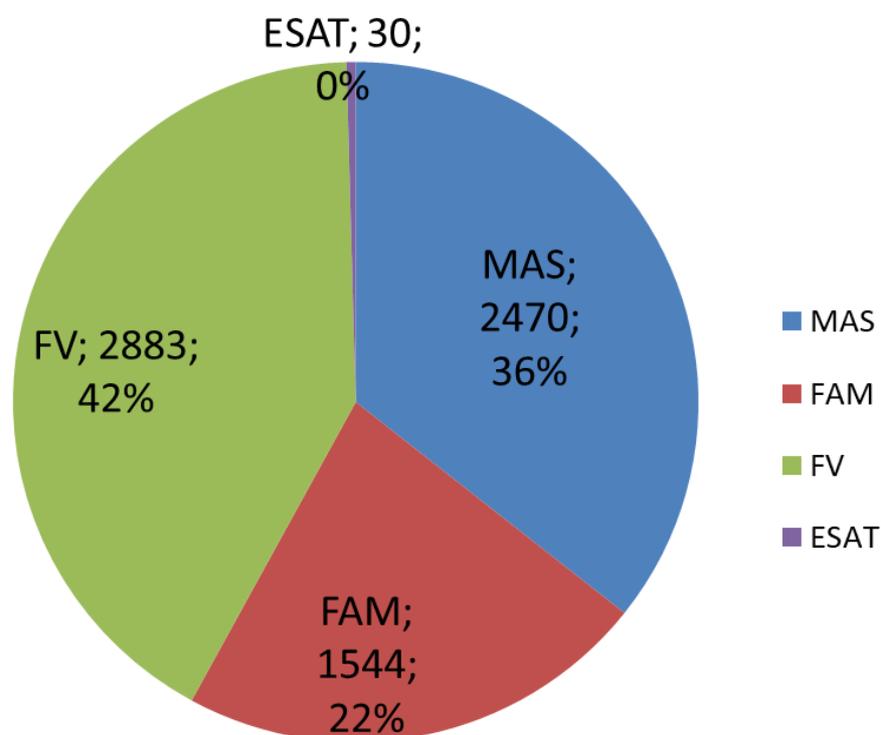
Figure 24 : Répartition des 6 927 adultes au 31 décembre 2020 par région



¹⁴ Sur ce chapitre, source : comité de suivi du plan de création de solutions innovante pour prévenir les départs non souhaités en Belgique, secrétariat d'État chargé des personnes handicapées, 31 janvier 2022.

Les personnes faisant l'objet d'une orientation en établissement médicalisé sont majoritaires (figure 25).

Figure 25 : Répartition des publics par orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)



Entre 2015 et 2020, les augmentations les plus fortes en nombre de personnes accueillies par type d'orientation concernent les FAM (+64,6 %) et les MAS (+63,4 %). Le nombre d'adultes accueillis en Belgique a augmenté de 28,6 % sur la même période.

Tous les types de handicaps sont concernés parmi les personnes accueillies, et on constate une part importante de troubles du comportement en déficience secondaire ainsi qu'une prédominance « statistique » de la déficience intellectuelle, mais qui peut cacher des troubles non diagnostiqués (troubles du spectre de l'autisme – TSA...) – figures 26 et 27.

Figure 26 : Répartition des publics par déficience principale

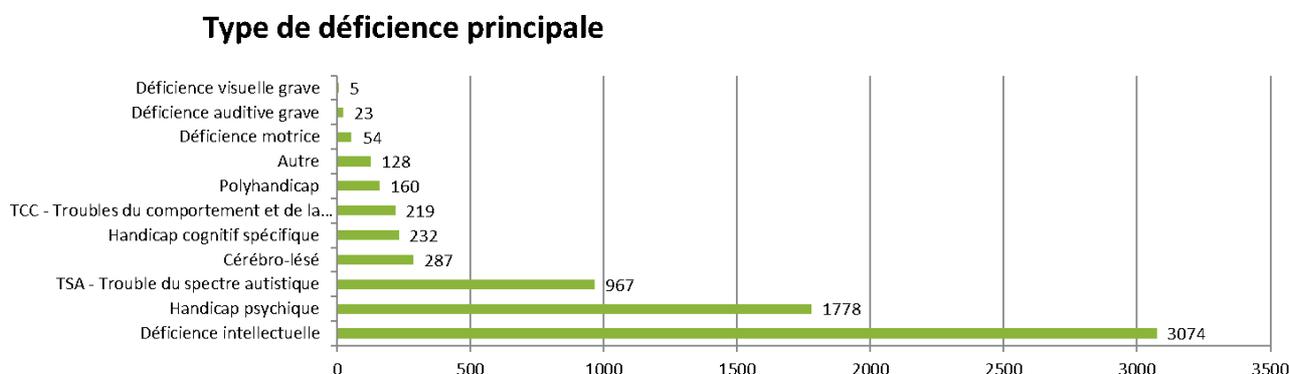
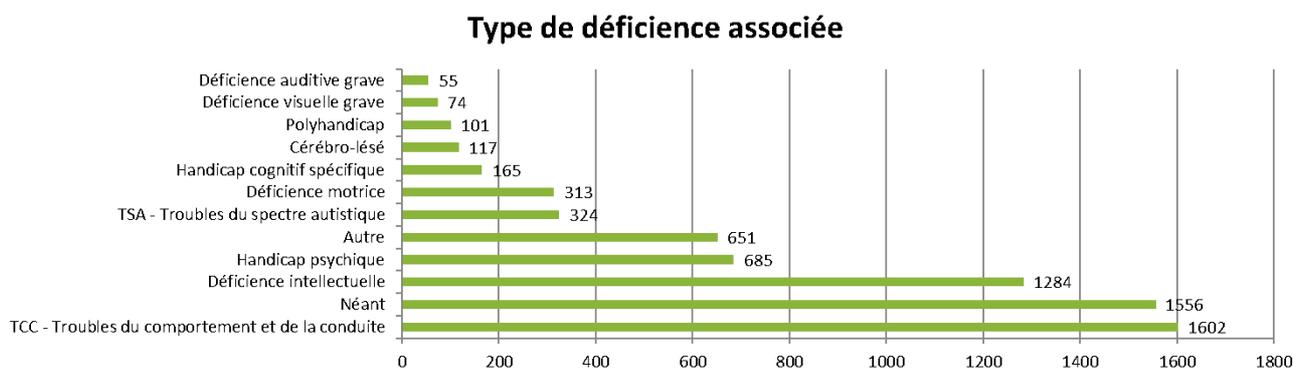


Figure 27 : Répartition des publics par déficience associée



Les trois ARS concernées ont déployé en 2021 des plans d'action permettant de répondre aux objectifs de ce plan : l'ARS Hauts-de-France finançait des extensions non importantes d'ESMS dès 2020 et a lancé un appel à projets pour des unités de vie pour adultes présentant des « comportements problèmes » tout en publiant un appel à manifestation d'intérêt (AMI) avec cinq volets départementaux. L'ARS Île-de-France a déployé une offre régionale pour la prise en charge de l'épilepsie sévère non stabilisée, a contractualisé *via* les CPOM comme leviers de développement et de transformation de l'offre et a lancé trois AMI régionaux. L'ARS Grand Est a également procédé au lancement d'un AMI.

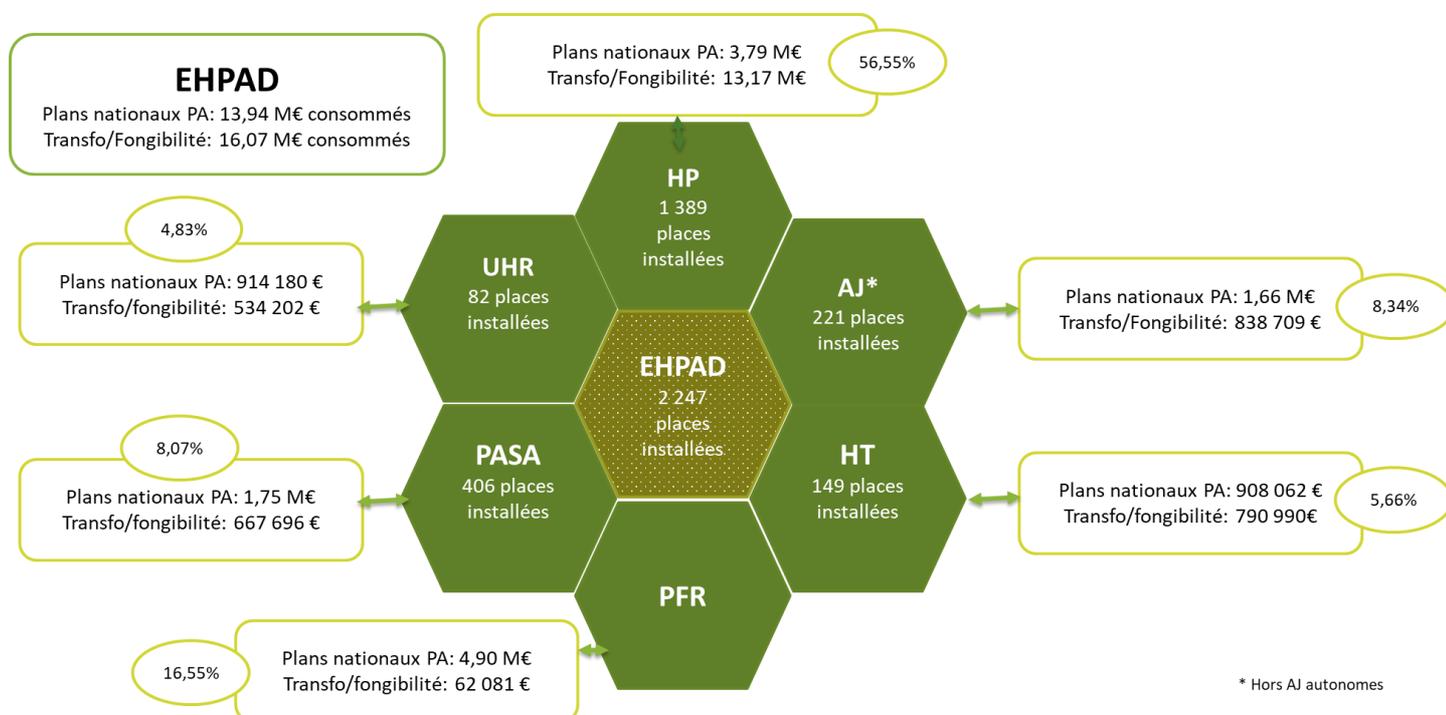
Dans le champ des personnes âgées : une dynamique de développement majoritaire de l'hébergement permanent sur le territoire national

L'offre en EHPAD et son développement en 2021

Le développement et la transformation de l'offre en établissement à destination des personnes âgées comportent plusieurs volets présentés dans la figure 28 : hébergement permanent, pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), unités d'hébergement renforcées (UHR), plateformes de répit, accueil de jour et hébergement temporaire.

En 2021, 30,01 millions d'euros ont été consommés par les ARS pour installer 2 247 places en EHPAD. Les crédits consommés pour le développement de l'offre en établissement pour les personnes âgées restent très importants. Ils proviennent principalement des plans nationaux.

Figure 28 : Répartition des installations de places et des consommations de crédits sur l'offre en établissement pour les personnes âgées en 2021

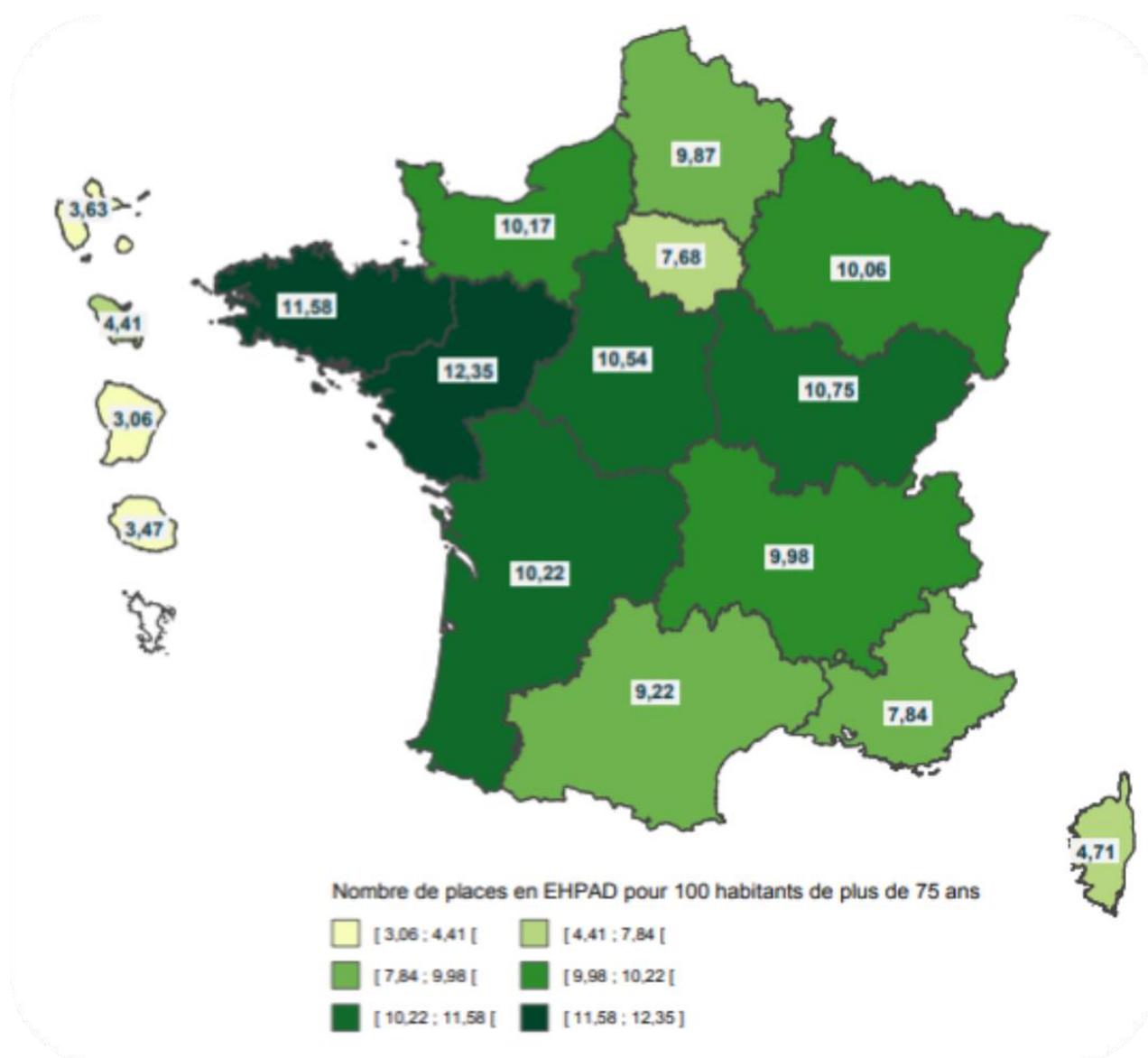


Source : SEPIIA.

Au 31 décembre 2021, on compte 614 070 places dans 7 480 EHPAD.

La répartition de cette offre n'est pas homogène sur le territoire (carte 5).

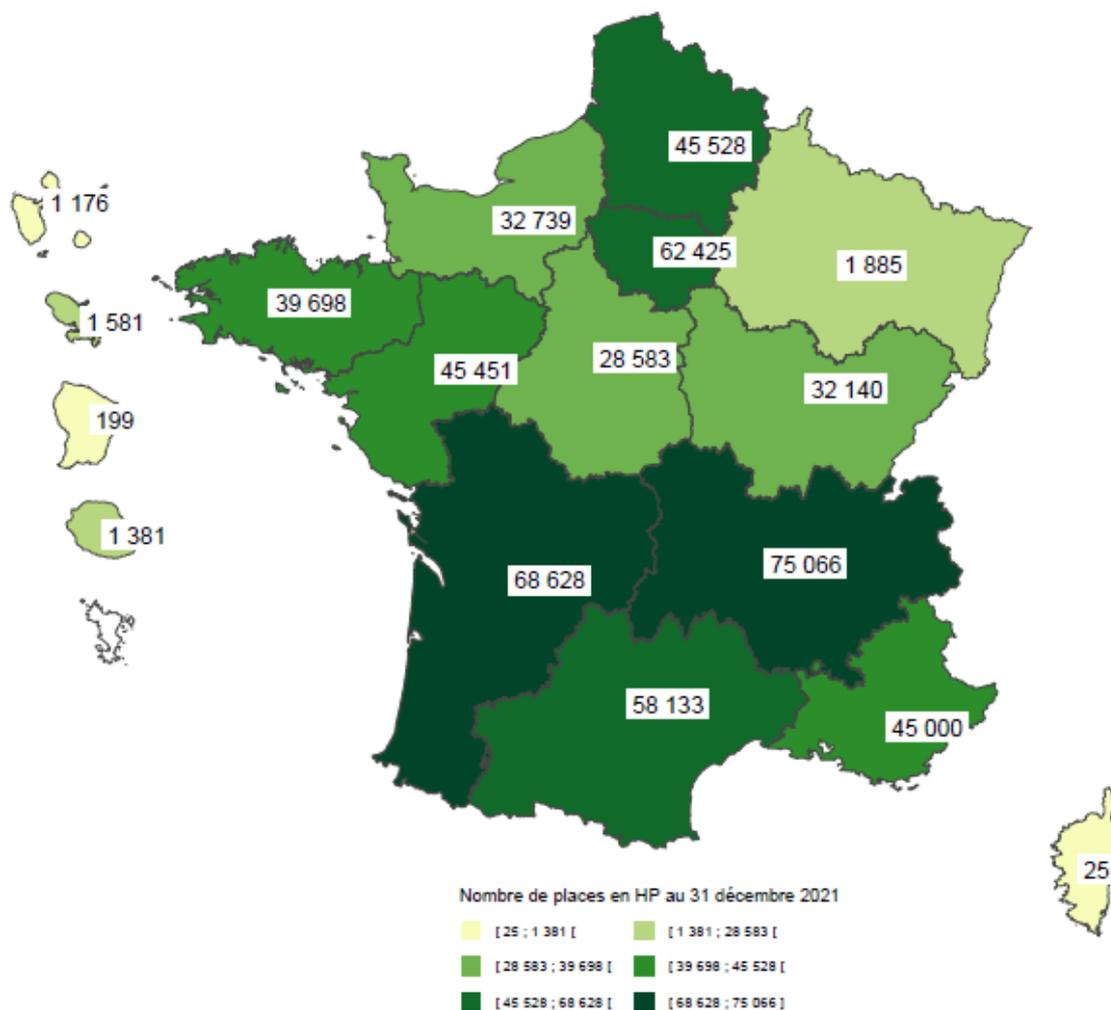
Carte 5 : Nombre de places en EHPAD pour 100 habitants de plus de 75 ans



Source : FINESS.

L'offre en hébergement permanent est elle aussi peu homogène sur le territoire.

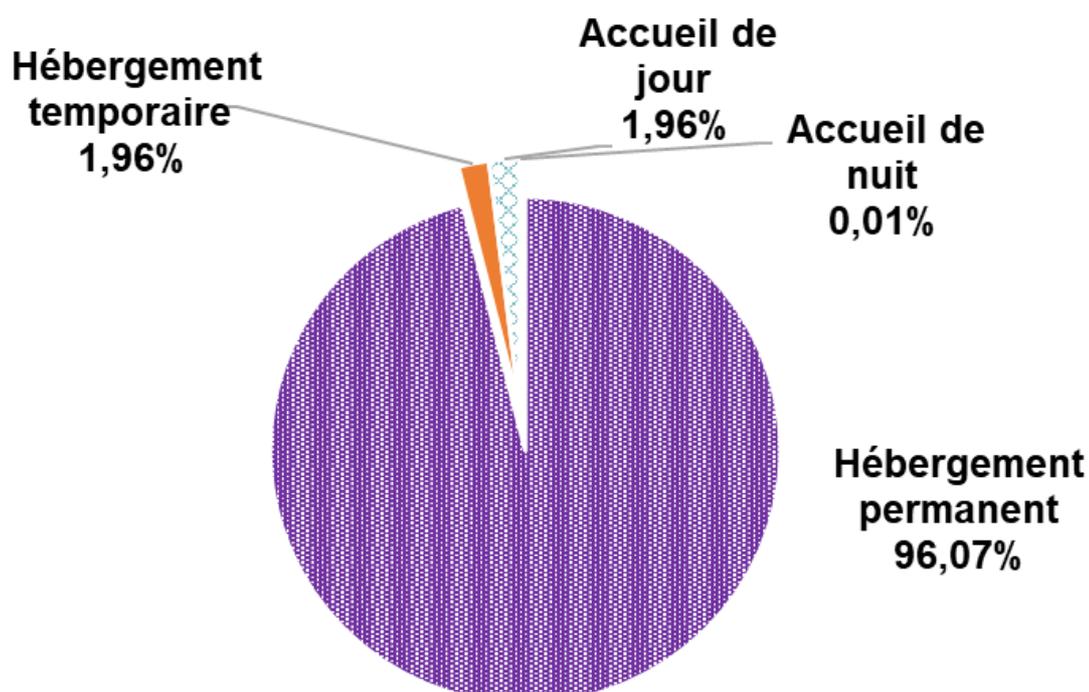
Carte 6 : Nombre de places en hébergement permanent



avec Cartes & Données - © Artique

Cette offre est par ailleurs majoritairement centrée sur des EHPAD avec hébergement permanent qui représentent plus de 96 % des places (figure 29).

Figure 29 : Répartition de l'offre en EHPAD au 31 décembre 2021 – territoire national



Source : FINESS.

Les PASA et les UHR constituent un axe fort du développement et de la diversification de l'offre à destination des personnes âgées.

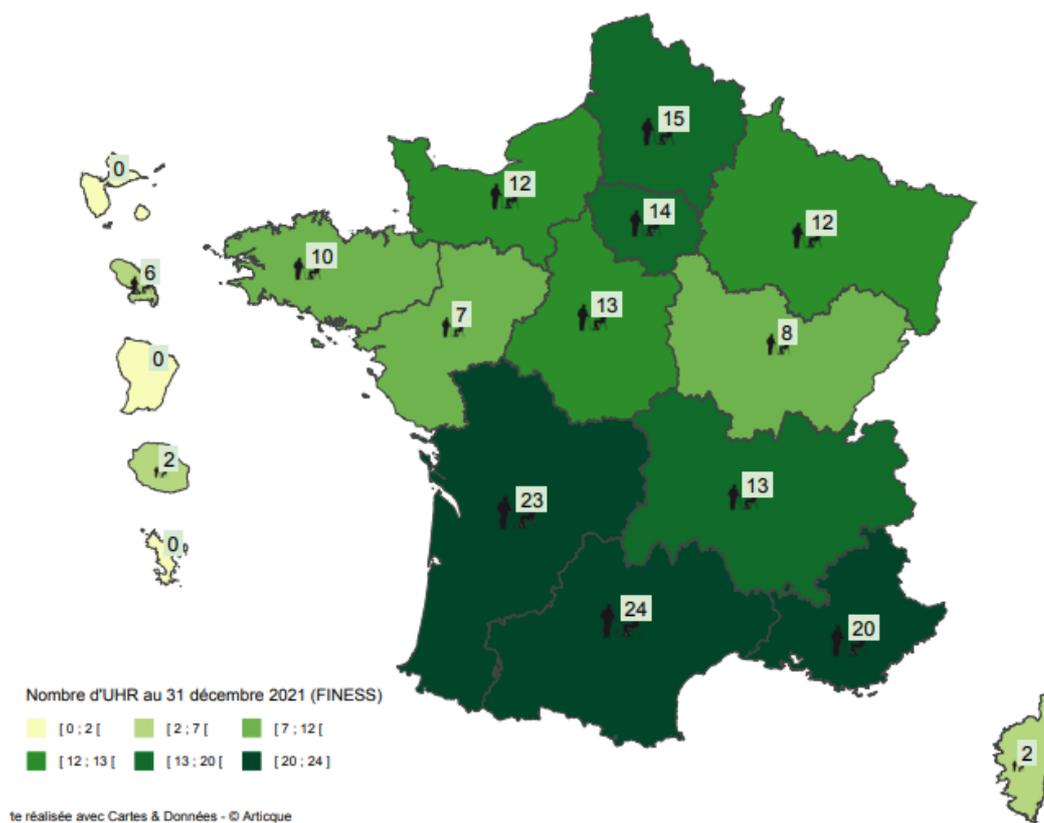
1 749 PASA étaient installés ¹⁵au 31 décembre 2020 sur le territoire national ; en **2021**, ce sont 2,42 millions d'euros qui ont été consommés pour leur développement. **De 2022 à 2026**, 13,51 millions d'euros supplémentaires devraient être consacrés à leur développement.

180 UHR, soit 2 196 places, étaient installées au 31 décembre 2020 sur le territoire national ; en **2021**, ce sont 1,44 million d'euros qui ont été consommés pour leur développement. **De 2022 à 2026**, 7,52 millions d'euros supplémentaires devraient être consacrés à leur développement.

La répartition géographique des UHR et des PASA est très variable entre les régions comme le montrent les cartes 7 et 8.

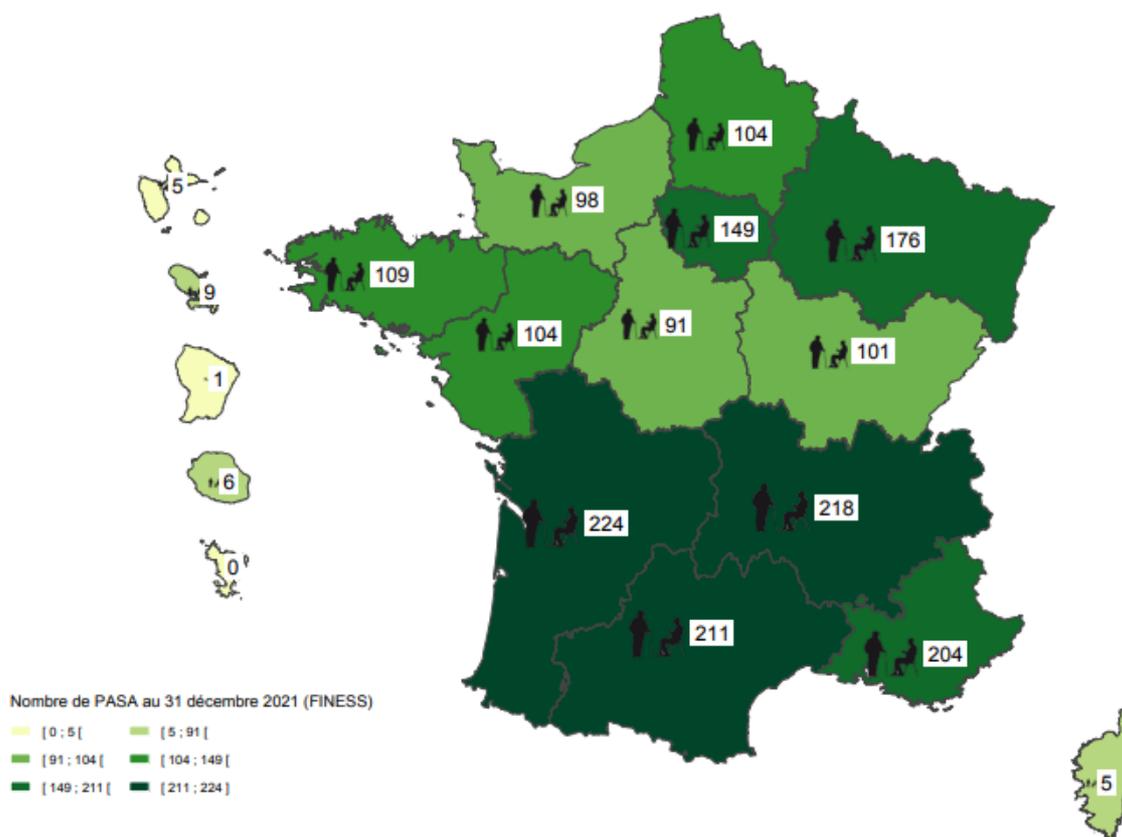
¹⁵ sur les installations au 31 décembre 2020, source : FINESS.

Carte 7 : Nombre d'UHR au 31 décembre 2021



Source : FINESS.

Carte 8 : Nombre de PASA au 31 décembre 2021



Source : FINESS.

Offre en EHPAD : la continuité des soins de nuit, des difficultés à assurer une couverture territoriale suffisante

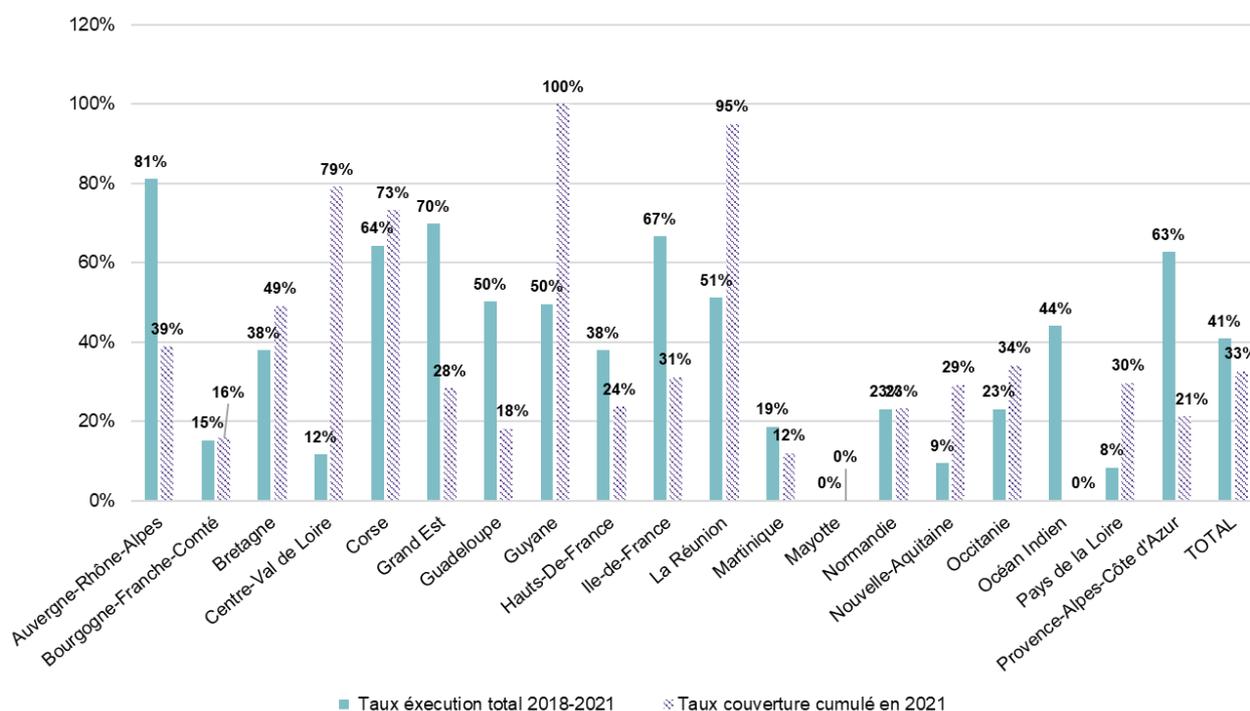
Sur la période 2018-2021, **43,8 millions d'euros** ont été versés aux ARS au titre de la mesure « astreintes IDE nuit ». Au 31 décembre 2021, **20,3 millions d'euros** au total ont été dépensés par les ARS, soit un taux d'exécution de 46 % (au regard de ce qui leur a été alloué) ; de plus, la consommation des crédits est en baisse : en 2021, **15 %** des crédits ont été consommés en tenant compte des crédits nouvellement délégués et des crédits non consommés les années précédentes (figure 30).

Le taux de couverture est de seulement 33 % au niveau national en 2021, marqué par une forte hétérogénéité du territoire (figure 31).

Figure 30 : Taux d'exécution nationale depuis 2018



Figure 31 : Taux de couverture et d'exécution par région



Les leviers et les facteurs de réussite identifiés par les ARS sont divers :

- La collaboration avec les structures HAD et l'amélioration du recours à l'HAD en EHPAD en facilitant les relations et en améliorant la connaissance de ce dispositif ;
- La communication/sensibilisation (notamment vers l'URPS IDE, les établissements et services HAD intéressés pour monter de tels dispositifs...);
- L'accompagnement et l'adaptation du cahier des charges (gestion de projet, temps de coordination...).

Offre en EHPAD : les premiers résultats du Ségur investissement

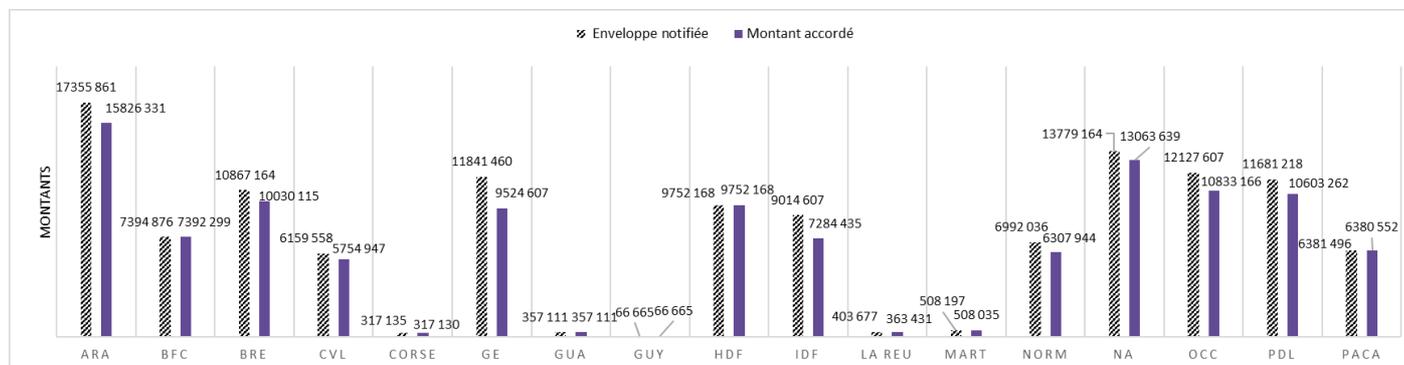
Le **PAI immobilier** était doté en 2021 de **300 millions d'euros**. Le montant consommé par les ARS au 31 décembre 2021 est de 284,8 millions d'euros mobilisés dans le cadre de travaux dont le montant total s'élevait à 2,042 milliards d'euros. Ces fonds ont également été dédiés à des études de faisabilité pour un montant global de 5,985 millions d'euros.

L'enveloppe hors outre-mer a été consommée à 100 %.

On compte en moyenne 22 dossiers par ARS.

Le **PAI du quotidien** a quant à lui été doté d'une enveloppe de **125 millions d'euros**, dont 91 % ont été consommés (114,4 millions d'euros) pour 4 055 EHPAD bénéficiaires (cible initiale de 3 000 EHPAD). Le montant alloué moyen est de 28 204 euros par EHPAD ; 63 projets d'équipement, 8 projets de travaux et 29 projets d'équipements et travaux ont ainsi été financés.

Figure 32 : Enveloppe notifiée et montant dépensé par région, PAI du quotidien 2021



Focus sur les taux d'occupation en EHPAD en phase post-crise, un indicateur de l'adéquation de la réponse aux besoins

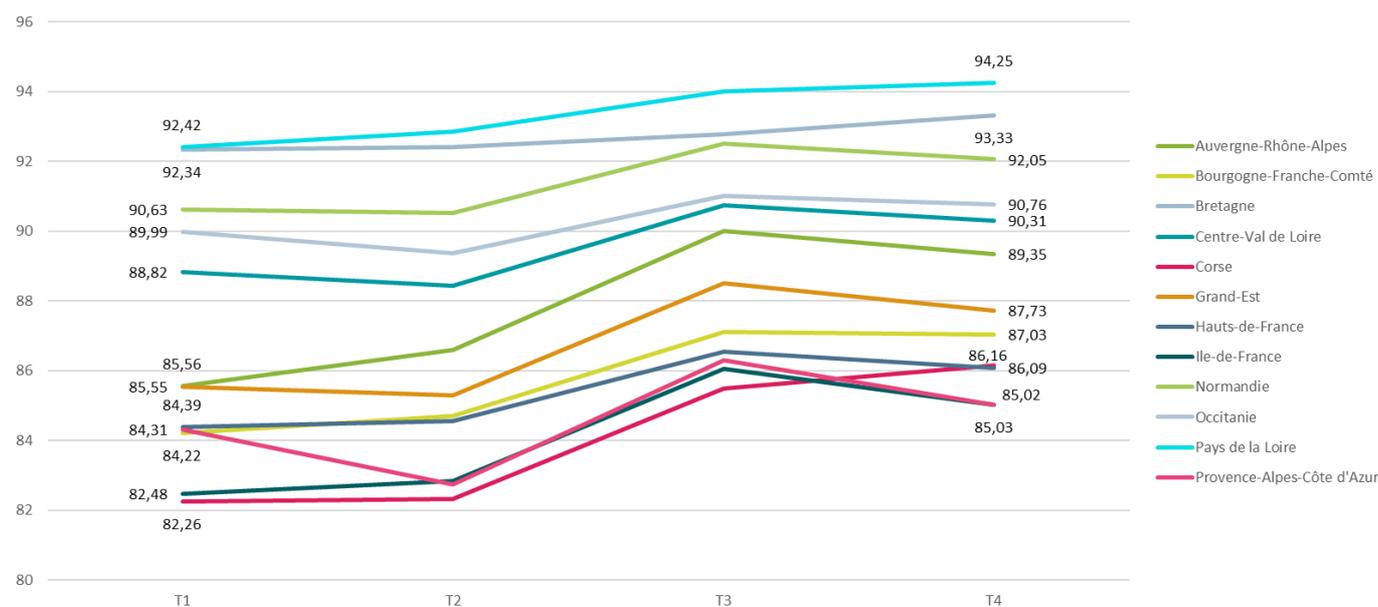
Si l'on observe les taux d'occupation des EHPAD en 2020 et 2021 et leur dispersion par trimestre (tableau 4), donc en période de crise sanitaire puis en sortie de crise, on constate, d'une part une baisse particulièrement marquée au second semestre 2020 et qui se poursuit au premier semestre 2021, d'autre part un creusement des écarts de taux d'occupation entre les établissements, enfin une reprise légèrement à la hausse des taux d'occupation à partir du troisième trimestre 2021.

Tableau 4 : Dispersion des taux d'occupation des EHPAD en 2020 et 2021 par trimestre

| Trimestre | Premier quartile | Médiane | Troisième quartile |
|-----------|------------------|---------|--------------------|
| T1 2020 | 91,1 % | 96,0 % | 98,6 % |
| T2 2020 | 89,5 % | 95,0 % | 97,8 % |
| T3 2020 | 85,6 % | 92,9 % | 97,3 % |
| T4 2020 | 86,9 % | 94,1 % | 97,8 % |
| T1 2021 | 81,8 % | 90,2 % | 95,8 % |
| T2 2021 | 81,6 % | 90,4 % | 96,3 % |
| T3 2021 | 84,1 % | 92,6 % | 97,5 % |
| T4 2021 | 85,4 % | 93,2 % | 97,5 % |

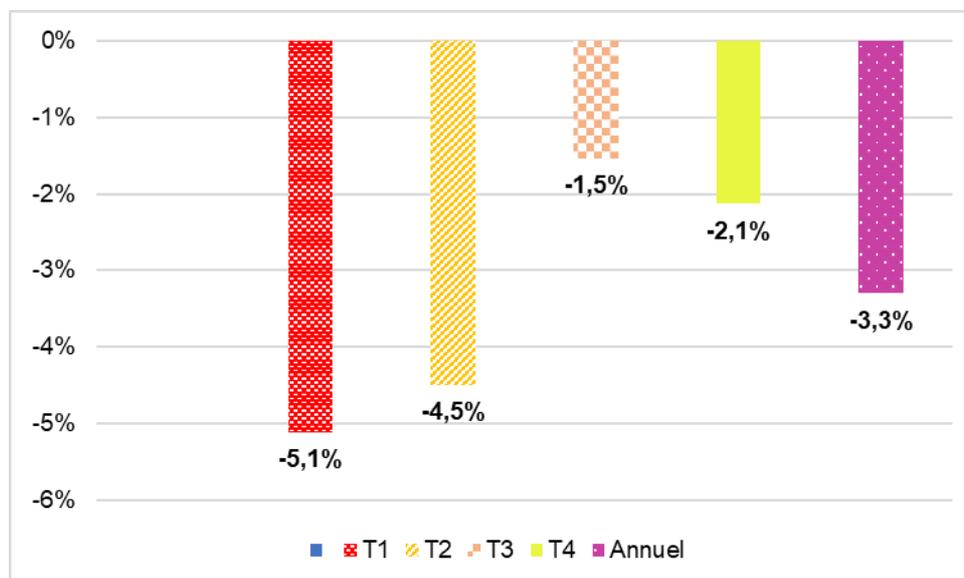
Sans pour autant retrouver les niveaux d'avant crise, il convient de noter que l'exercice 2021 permet d'observer que les taux d'occupation moyens en EHPAD ont progressé pour l'ensemble des régions au troisième trimestre (figure 33). Les taux moyens au quatrième trimestre diminuent quant à eux très légèrement dans plusieurs régions, se stabilisent dans d'autres et évoluent dans certaines dans des proportions moindres.

Figure 33 : Moyenne des taux d'occupation 2021 des EHPAD par région



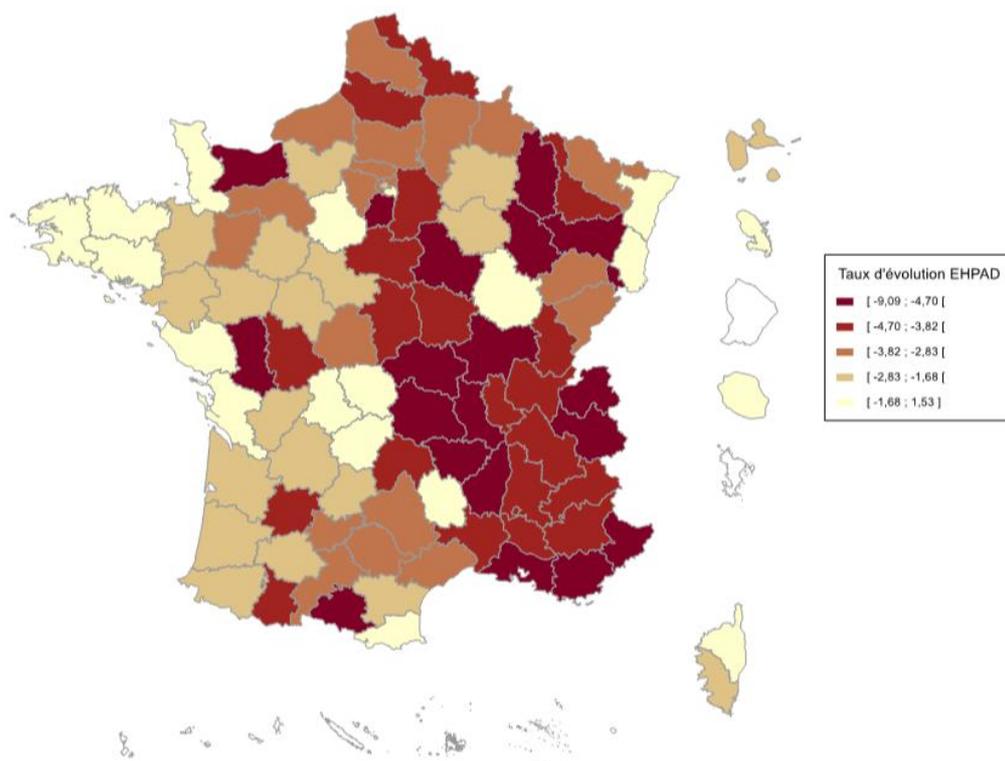
Par ailleurs le taux d'occupation moyen en EHPAD entre 2020 et 2021 a poursuivi sa baisse de manière prononcée jusqu'au premier semestre 2021, si l'on compare chaque trimestre d'une année sur l'autre (figure 34).

Figure 34 : Taux d'évolution moyen en EHPAD entre 2020 et 2021



Ainsi, malgré une reprise visible, les effets de la crise sanitaire continuent d'être sensibles dans les EHPAD à la fin de l'année 2021, avec des territoires diversement affectés (carte 9).

Carte 9 : Évolution moyenne par région du taux d'occupation en EHPAD entre 2020 et 2021



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Source RESIDEHPAD

4 La programmation de l'offre par les ARS à l'horizon 2026, en réponse aux besoins identifiés

Dans le champ du handicap : une consommation prévisionnelle 2022 très concentrée sur le public adulte

La consommation des ARS devrait s'élever à **440,9 millions d'euros** dans le champ des personnes en situation de handicap **entre 2022 et 2026**. Ces crédits seront essentiellement issus des divers plans nationaux (figure 35).

On distingue :

- > **La mise en œuvre de dispositifs** tels que les PCO, les PCPE ou encore les dispositifs hors les murs, qui mobiliseront **83,8 millions d'euros** ;
- > **L'installation de 9 041 places**, qui mobilisera **357,1 millions d'euros** ; ces places concernent majoritairement le public adulte et représentent 67 % des places installées et 68 % des consommations prévisionnelles (figure 36).

L'année 2022 concentre **78 % des installations prévisionnelles** attendues sur l'ensemble de la période 2022-2026.

Dans l'ensemble du champ, publics adulte et enfant confondus, **l'offre de services** représentera la majorité des installations de 2022 à 2026, avec 46,9 % des places installées et 30,1 % des crédits consommés. **Les places en établissement** mobiliseront quant à elles 69,8 % des crédits consommés pour 53 % des places installées.

À titre de comparaison, au 31 décembre 2021, les places installées dans le champ des adultes représentaient 68 % du nombre total de places et 32 % dans le champ des enfants.

Par ailleurs, 79 % de places installées le sont en établissement et 21 % dans les services (SESSAD, SAMSAH, SAVS).

Figure 35 : Origine des crédits des installations programmées sur la période 2022-2026

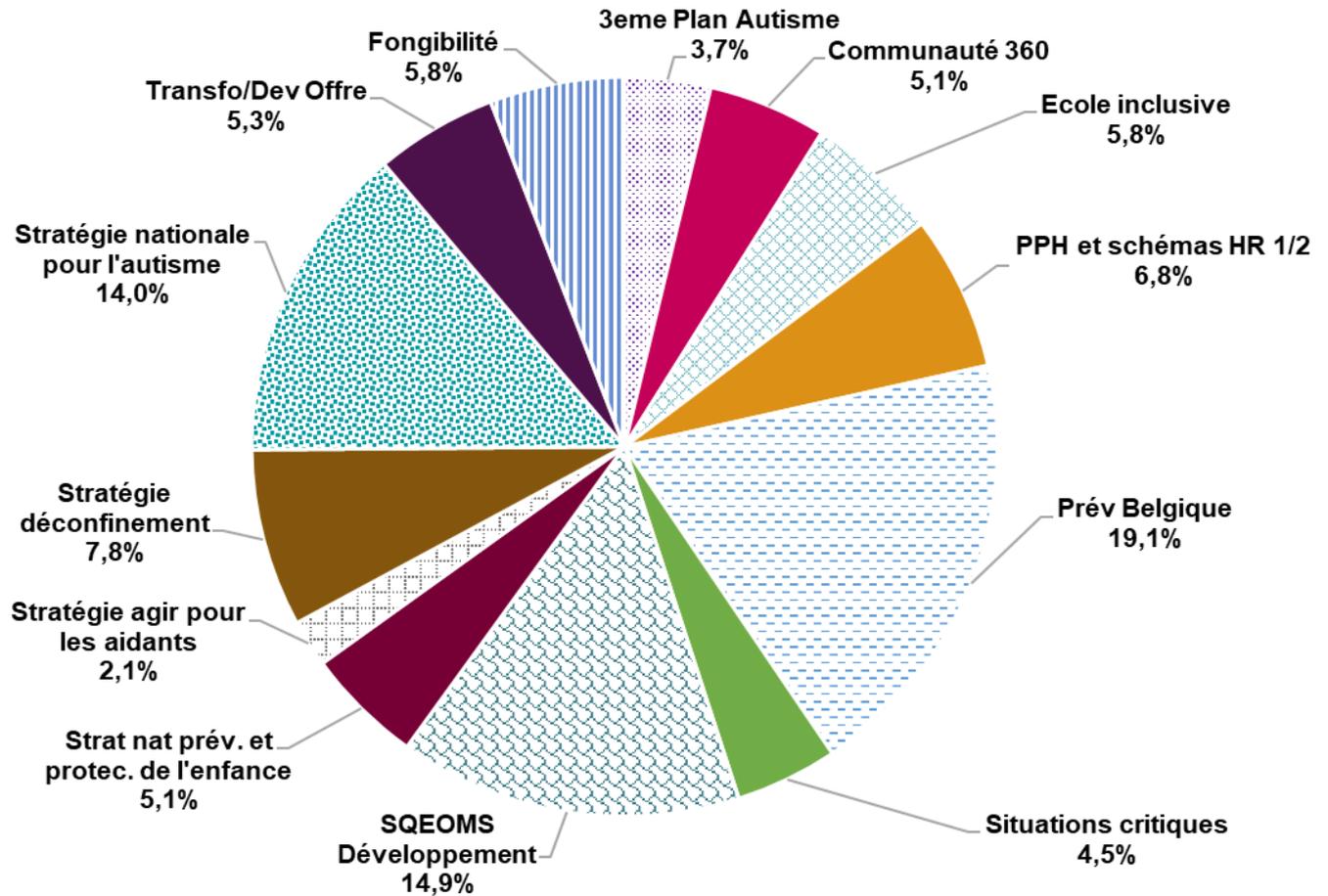
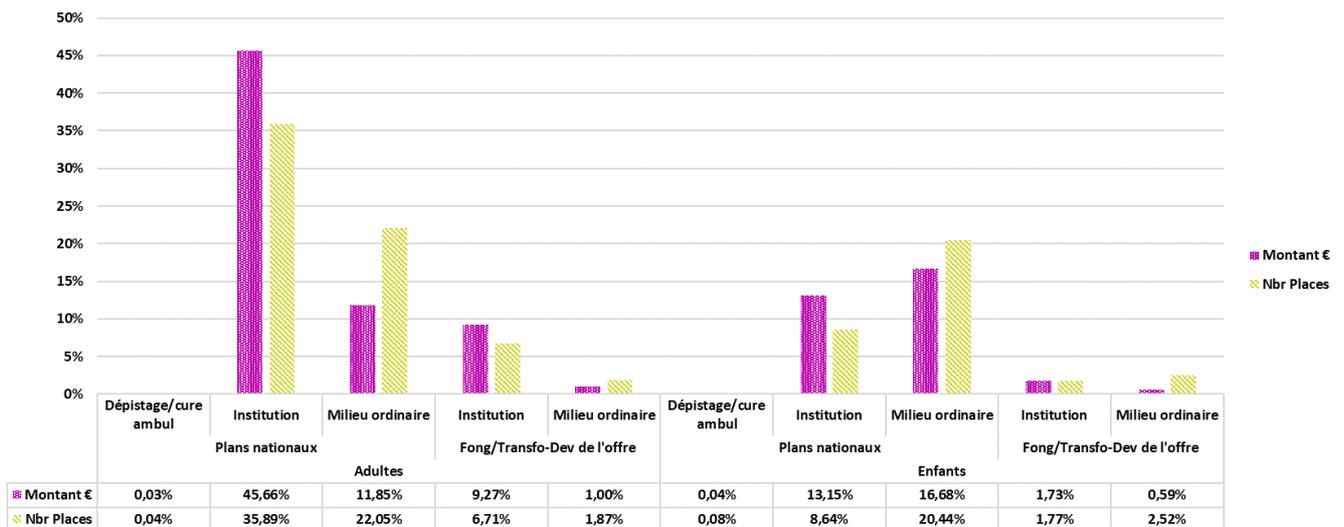


Figure 36 : Répartition des programmations entre public adulte ou enfant, établissement ou service, selon l'origine du financement, sur la période 2022-2026



Une mobilisation majoritaire des crédits issus des plans en faveur des personnes âgées à l’horizon 2026

De 2022 à 2026, les ARS ont programmé **12 640 places** à installer pour un montant de **163,01 millions d’euros**.

La part des crédits relevant des plans nationaux est encore majoritaire (figure 37) :

- > 59 % des crédits sont issus des plans et stratégies nationaux ;
- > 41 % des crédits (78,01 millions d’euros, soit 6 502 places prévisionnelles) sont pris sur les enveloppes de transformation et développement de l’offre et de fongibilité.

Les places sont essentiellement programmées pour de l’offre en établissement, à 90 %, contre 10 % en milieu ordinaire (figure 38).

À titre de comparaison, au 31 décembre 2021, l’offre en établissement médicalisé représente 78 % des places existantes.

Figure 37 : Répartition des crédits par enveloppe et par année dans la programmation 2022-2026

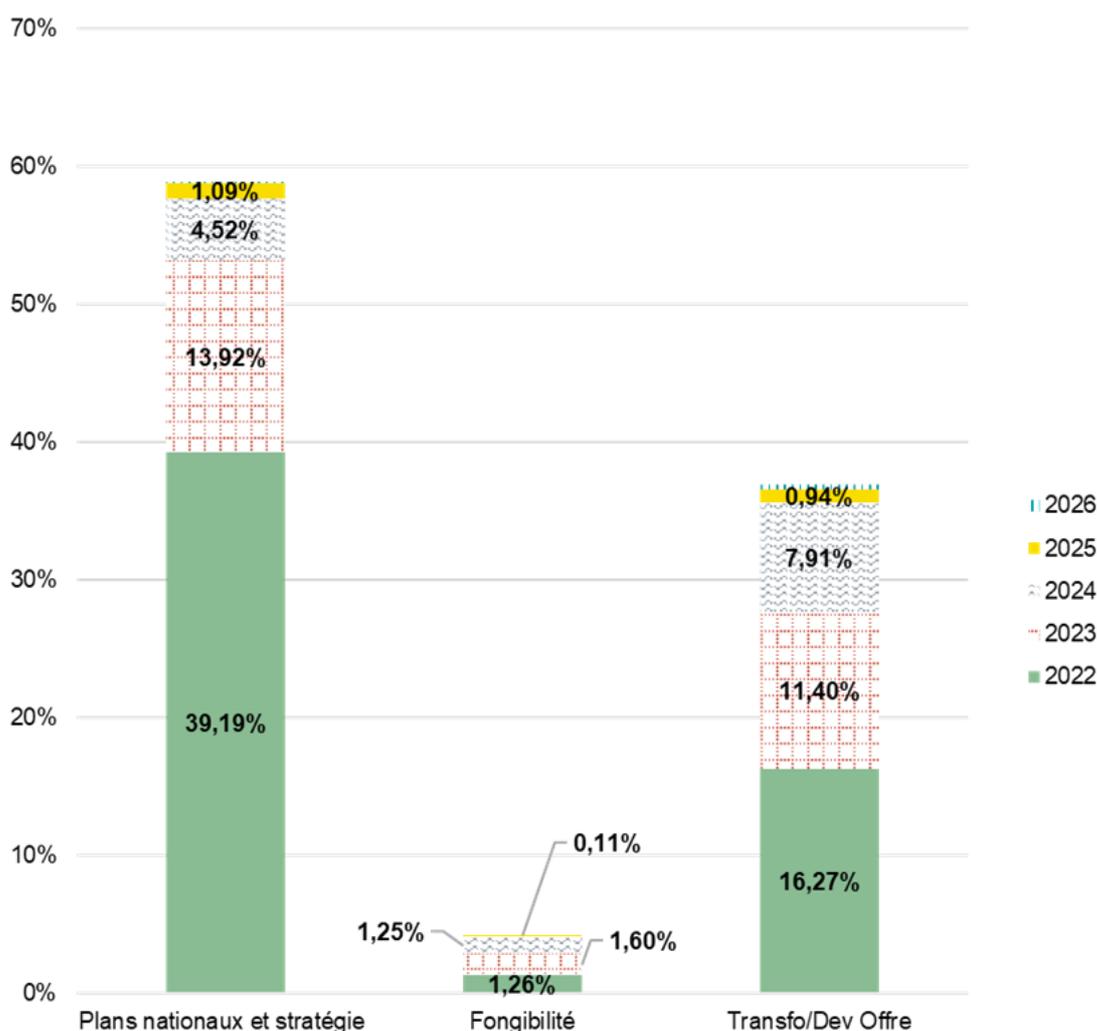


Figure 38 : Répartition des programmations entre établissement ou service, selon l'origine du financement, sur la période 2022-2026

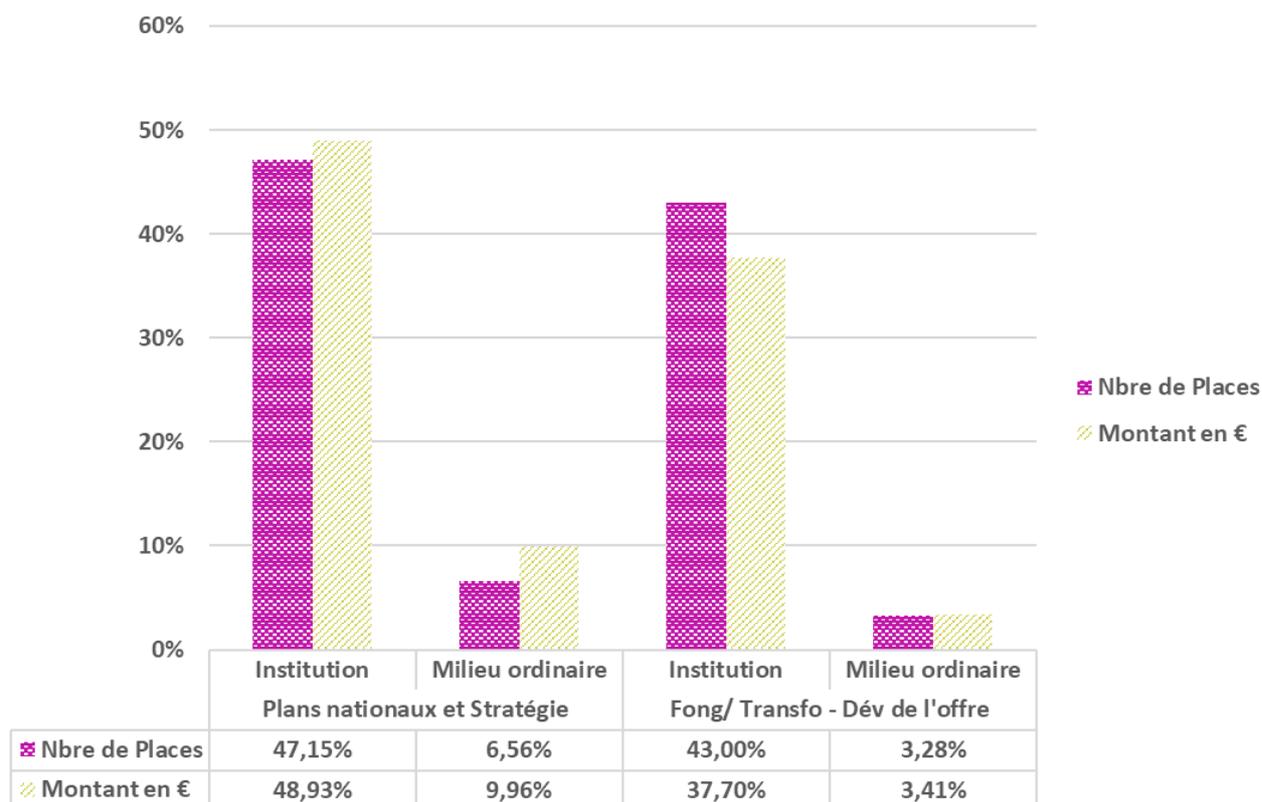


Tableau 5 : Répartition des places et montants par nature d'enveloppe, programmation 2022-2026

| Nature enveloppe | Thématique | En montant (€) | En places |
|------------------------------|------------------|----------------------|---------------|
| Plans nationaux et stratégie | Institution | 79 762 643 € | 5960 |
| | Milieu ordinaire | 16 242 417 € | 829 |
| Fongibilité | Institution | 5 923 159 € | 481 |
| | Milieu ordinaire | 956 226 € | 71 |
| Transfo/Dev Offre | Institution | 55 525 327 € | 4955 |
| | Milieu ordinaire | 4 603 094 € | 344 |
| Total général | | 163 012 866 € | 12 640 |

Conclusion

Pour la troisième année consécutive, le bilan de l'évolution de l'offre 2021 met en lumière les dynamiques nationales et régionales associées à l'utilisation des enveloppes et au développement de solutions, dans une optique d'amélioration et d'individualisation de la réponse aux besoins, dans un contexte de crise sanitaire qui dure et de tensions durables sur les ressources humaines. Il propose une description globale de l'évolution de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap et des personnes en perte d'autonomie. Ce bilan reste d'abord centré sur le suivi des crédits de fonctionnement des ESMS tarifés ou cotarifés par les ARS, délégués par la CNSA, ce qui ne représente pas la totalité de l'offre à destination de ces publics.

Les réflexions sur les besoins auxquels répondent le développement et la transformation de cette offre devront se poursuivre dans les prochaines années afin de permettre aux acteurs territoriaux de cibler de la manière la plus juste l'utilisation des crédits délégués.

Il conviendra également dans les années à venir de poursuivre la réflexion sur les nouvelles modalités de suivi de l'offre dans les systèmes d'information, en tenant compte notamment du développement de l'offre fonctionnant en dispositif.

Glossaire

ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne

AAH : Allocation aux adultes handicapés

AE : Autorisation d'engagement

AAEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

AIS : Acte infirmier de soins

AJ : Accueil de jour

AMI : Appel à manifestation d'intérêt

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

AVP : Aide à la vie partagée

CAJM : Centre d'accueil de jour médicalisé

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

DAR : Dispositif d'autorégulation

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

EAM : Établissement d'accueil médicalisé

DIA : Délégation interministérielle à l'autisme

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMAS : Équipe mobile d'appui médico-social à la scolarisation

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

HP : Hébergement permanent

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

PAI : plan d'aide à l'investissement

PASA : Pôle d'activités 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

SQEOMS : Stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale

SPE : Service public de l'emploi

SRS : Schéma régional de santé

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

TND : Trouble du neurodéveloppement

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

UEEA : Unité d'enseignement élémentaire autisme

UEE poly : Unité d'enseignement externalisée polyhandicap

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


Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie