

**Décembre 2019**

## Bilan 2018 des appels à projets, appels à candidatures et appels à manifestation d'intérêt médico- sociaux

Participation des appels à projets, appels à candidatures et appels à manifestation d'intérêt des agences régionales de santé et des conseils départementaux à l'évolution de l'offre médico-sociale

# Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>1 L'évolution des leviers de transformation de l'offre médico-sociale se poursuit en 2018.....</b>	<b>6</b>
1. Remise en cause de la procédure d'appel à projets .....	7
1.1 Retour sur les fondements de la procédure d'appel à projets et sur les premières mesures de simplification .....	7
1.2 L'élargissement des cas d'exonération de la procédure d'appel à projets.....	10
2. Confirmation de la prédominance des appels à candidatures et émergence des appels à manifestation d'intérêt.....	11
2.1 L'appel à candidatures, levier incontestable de l'évolution de l'offre médico-sociale .....	11
2.2 L'appel à manifestation d'intérêt, une nouvelle modalité pour faire évoluer l'offre médico-sociale et faire émerger des réponses innovantes aux besoins .....	13
<b>2 Évolution des modalités de mise en œuvre des plans et des orientations nationales et de leur suivi.....</b>	<b>15</b>
1. Les appels à projets, les appels à candidatures et les appels à manifestation d'intérêt comme outils de mise en œuvre des plans et des orientations nationales .....	15
1.1 La dynamique par secteur .....	15
1.2 Champ des personnes âgées.....	17
1.3 Champ des personnes handicapées .....	20
2. La nécessaire évolution des outils de suivi de la transformation de l'offre .....	26
2.1 Le nombre de projets lancés et de places prévues comme unités de mesure quantitatives .....	26
2.2 Les indicateurs de la transformation de l'offre comme outils de suivi qualitatif.....	29
<b>Conclusion.....</b>	<b>31</b>

<b>Annexes .....</b>	<b>32</b>
Annexe 1 : Glossaire.....	32
Annexe 2 : Région Auvergne-Rhône-Alpes .....	34
Annexe 3 : Région Bourgogne–Franche-Comté .....	35
Annexe 4 : Région Bretagne .....	36
Annexe 5 : Région Centre-Val de Loire.....	37
Annexe 6 : Région Corse .....	38
Annexe 7 : Région Grand-Est .....	39
Annexe 8 : Région Guyane .....	40
Annexe 9 : Région Hauts-de-France.....	41
Annexe 10 : Région Île-de-France .....	42
Annexe 11 : Région Martinique.....	43
Annexe 12 : Région Normandie .....	44
Annexe 13 : Région Nouvelle-Aquitaine.....	45
Annexe 14 : Région Occitanie.....	46
Annexe 15 : Région Océan Indien .....	47
Annexe 16 : Région Pays de la Loire.....	48
Annexe 17 : Région Provence-Alpes-Côte d’Azur .....	49

# Introduction

L'étude présente le bilan quantitatif et qualitatif des appels à projets, des appels à candidatures ainsi que des appels à manifestation d'intérêt lancés par les agences régionales de santé exclusivement ou conjointement avec les conseils départementaux, dans le champ des personnes âgées et des personnes handicapées, au cours de l'année 2018.

Ce bilan est réalisé dans un contexte d'évolution de la forme et du fond, à savoir la poursuite en 2018 de l'évolution des procédures faisant émerger les projets médico-sociaux (partie 1), qui vient servir la recomposition du champ de l'autonomie (partie 2).

En annexe figurent le glossaire des sigles utilisés et le bilan décliné par région.

## Champ de l'étude

Le périmètre de l'étude s'étend uniquement au champ médico-social (secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées), entendu au sens de l'objectif global des dépenses de la CNSA (le secteur des personnes confrontées à des difficultés spécifiques est donc écarté).

Le bilan retient les modes de lancement de projets médico-sociaux suivants :

- > les appels à projets (AAP) ;
- > les appels à candidatures (AAC) ;
- > les appels à manifestation d'intérêt (AMI).

L'étude prend en compte les AAP, AAC et AMI lancés par les agences régionales de santé (ARS), exclusivement ou conjointement avec les conseils départementaux (CD).

Le bilan ne s'attache qu'à la phase de lancement des AAP/AAC/AMI, matérialisée par la publication des avis de ces derniers, soit au recueil des actes administratifs de la préfecture de région (et de département dans le cas de compétences conjointes) pour les AAP, soit sur les sites internet des ARS et des conseils départementaux pour les AAC et les AMI, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2018.

L'étude est réalisée dans les 17 régions françaises.

### Synthèse du périmètre de l'étude

**Champ médico-social  
personnes âgées et personnes handicapées**

AAP publiés au recueil des actes administratifs de la préfecture de région (et de département dans le cas d'AAP conjoints) entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2018

+

AAC et AMI publiés sur le site internet des ARS entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2018

## Sources

Les données du bilan sont recueillies dans les avis et les cahiers des charges des AAP, AAC et AMI rédigés par les autorités compétentes (ARS et conseils départementaux).

Il faut toutefois distinguer les avis et les cahiers des charges des AAP de ceux des AAC et des AMI :

- > les avis et les cahiers des charges des appels à projets sont encadrés par le Code de l'action sociale et des familles (CASF) :
  - pour ce qui concerne **les avis**, l'article R. 313-4-1 précise qu'ils sont constitués de l'ensemble des documents préparés par l'autorité ou, conjointement, par les autorités compétentes pour définir les besoins médico-sociaux à satisfaire, notamment en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes, ainsi que les modalités de financement du projet. Ils doivent au moins être publiés au recueil des actes administratifs de chaque autorité compétente afin d'assurer le respect des principes de liberté d'accès, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures. La date de leur publication détermine le lancement de la procédure,
  - **les cahiers des charges** sont eux définis par l'article R. 313-3-1. Ils identifient notamment les besoins à satisfaire, conformément à la planification médico-sociale, et indiquent les exigences que doit respecter le projet pour attester des critères déterminés, et ce afin d'inviter les candidats à proposer les modalités de réponse qu'ils estiment les plus aptes à satisfaire aux objectifs et besoins. Le cahier des charges est soit annexé à l'avis d'appel à projets, soit mentionné dans cet avis avec indication de ses modalités de consultation et de diffusion ;
  
- > les avis et les cahiers des charges des appels à candidatures et des appels à manifestation d'intérêt ne sont pas formalisés par le CASF. Ils ne comportent aucune mention obligatoire, mais doivent cependant garantir l'équité de traitement entre les candidats. Il faut cependant nuancer le propos lorsqu'il s'agit d'opérations mises en œuvre dans le cadre d'une instruction spécifique (emploi accompagné, pôle de compétences et de prestations externalisées – PCPE, dispositifs Alzheimer...). Dans ce cas précis, l'instruction fait office de cahier des charges. Ces documents sont publiés par les autorités compétentes sur leurs sites internet respectifs.

## Méthodologie

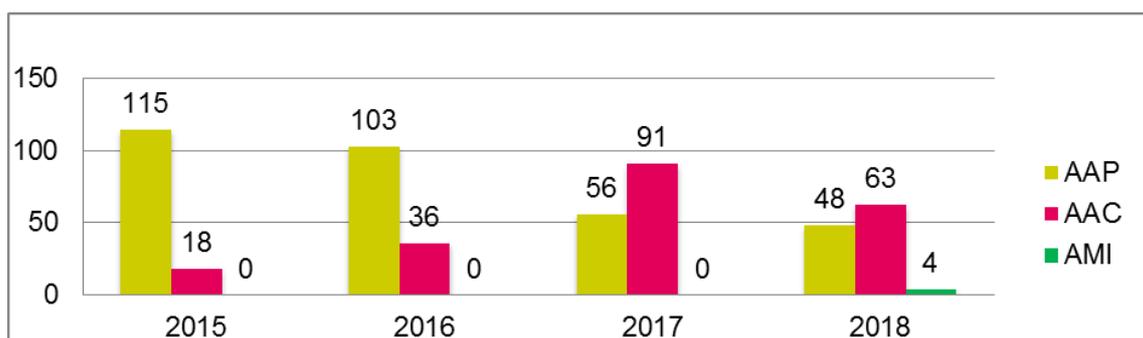
La réalisation du bilan repose sur différentes étapes :

- > demande faite par la CNSA aux ARS au début de l'année 2019 d'identifier les AAP/AAC/AMI lancés au cours de l'année 2018, ainsi que de lui faire remonter leurs avis et leurs cahiers des charges ;
- > réception par la CNSA des documents des 17 régions à la fin du premier trimestre 2019 ;
- > codage, mise en cohérence et consolidation des données recueillies par la CNSA pendant l'année 2019 ;
- > analyse des données et rédaction du bilan 2018 par la CNSA durant le dernier trimestre 2019.

# 1 L'évolution des leviers de transformation de l'offre médico-sociale se poursuit en 2018

Depuis 2010, les projets de création, d'extension et de transformation d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont soumis par principe à la procédure d'appel à projets dès lors qu'ils mobilisent des financements publics. Cependant, les modifications récentes apportées à cette procédure d'autorisation, matérialisées par une simplification de cette dernière et l'apparition de cas d'exonération, offrent aux autorités compétentes la possibilité d'utiliser d'autres leviers pour faire émerger les projets, notamment les appels à candidatures et les appels à manifestations d'intérêt.

## Évolution du nombre des AAP/AAC/AMI



Sources : avis et cahiers des charges des AAP/AAC/AMI lancés en 2018, 2017, 2016 et 2015.

L'histogramme fait état de l'évolution comparative du nombre des appels à projets, appels à candidatures et appels à manifestation d'intérêt entre 2015 et 2018.

Le nombre d'AAP diminue progressivement d'environ 50 % sur cette période alors que le nombre d'AAC connaît une progression fulgurante. Il passe de 18 à 63 dans le même temps, avec un pic à 91 en 2017, année où de nombreux projets lancés ne figurent pas dans le champ d'application des autorisations médico-sociales (plateformes d'accompagnement et de répit – PFR, unités d'hébergement renforcées – UHR...) ou sont mis en œuvre dans le cadre d'instructions spécifiques (emploi accompagné, PCPE...).

On observe un renversement de la tendance : la procédure d'appel à projets perd son statut de levier principal d'évolution de l'offre médico-sociale au profit des appels à candidatures, qui représentent en 2017 62 % de l'ensemble.

Enfin, les appels à manifestation d'intérêt n'apparaissent qu'en 2018 et sont au nombre de 4.

# 1. Remise en cause de la procédure d'appel à projets

L'appel à projets constitue le levier principal d'évolution de l'offre médico-sociale depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, qui l'introduit. À partir de 2015, plusieurs textes viennent réduire le périmètre des opérations relevant de ce mode d'autorisation, ce qui positionne désormais l'appel à projets comme levier secondaire.

## 1.1 Retour sur les fondements de la procédure d'appel à projets et sur les premières mesures de simplification

### Les fondements de la procédure d'appel à projets

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) institue la procédure d'appel à projets préalable à l'autorisation des ESMS et lui confère un caractère de droit commun.

Les projets relevant de la procédure de l'appel à projets sont définis en fonction de deux critères cumulatifs énoncés à l'article L. 313-1-1 du Code de l'action sociale et des familles :

- > le premier critère est celui du financement public ;
- > le second est relatif à la nature du projet :
  - création d'ESMS ou de lieux de vie,
  - extension dite de « grande capacité » (le seuil est fixé par l'article D. 313-2 du CASF à une augmentation d'au moins 30 % de la capacité de l'ESMS, quel que soit le mode de définition de la capacité de l'établissement ou du service prévu par les dispositions du code pour la catégorie dont il relève),
  - transformation (dans le cas où la transformation entraîne un changement de la catégorie de rattachement de l'ESMS considéré – alinéas 1° à 15° du I de l'article L. 312-I).

À la suite des retours d'expérience des équipes chargées de la mise en œuvre de la procédure, les bilans réalisés conjointement par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA) ainsi que la parution de plusieurs rapports ont conduit à tirer des enseignements et ont permis de dégager des perspectives d'évolution.

Le constat a d'abord été fait que la procédure d'appel à projets constituait un outil pleinement adapté pour développer de manière efficiente et transparente la création d'ESMS. En effet, cette procédure permet aux porteurs de projets de savoir quels publics et quels territoires sont considérés comme prioritaires par les autorités publiques. Elle leur permet également de connaître le type d'accompagnement au bénéfice de l'utilisateur, les financements mobilisables et les délais de réalisation attendus. La concurrence peut ainsi être organisée de façon à faire émerger une offre de prise en charge de qualité, particulièrement dans les cas de créations d'ESMS.

Néanmoins, la procédure n'est pas toujours apparue comme la plus appropriée pour accompagner la restructuration de l'offre de prise en charge et son évolution en lien avec celle des besoins des personnes. Or, il est essentiel dans un contexte budgétaire contraint de favoriser, outre le développement de l'offre, l'accompagnement de la transformation de l'offre existante.

Par ailleurs, il est apparu que la conduite de la procédure d'appel à projets elle-même pouvait être facilitée par diverses mesures d'allègement.

C'est dans ce contexte qu'ont été décidées les premières mesures de simplification de la procédure d'appel à projets.

## Les premières mesures de simplification

Les premières mesures de simplification de la procédure d'appel à projets sont issues du décret n° 2014-565 du 30 mai 2014.

« Les modalités de computation du seuil d'extension de capacité des ESMS à partir duquel l'autorisation du projet doit être précédée de la procédure d'appel à projets sont simplifiées, dès lors qu'est retenu un seuil unique d'extension de 30 % de la capacité autorisée, quel qu'en soit le mode de définition, calculé sur la base de la dernière capacité autorisée par appels à projets ou à défaut, sur la base de la capacité autorisée au 1er juin 2014, date de publication du décret du 30 mai 2014. »<sup>1</sup>

La référence précédente à un seuil d'augmentation de 30 % ou de 15 places ou lits de la capacité initialement autorisée avait en effet soulevé de nombreuses interrogations, notamment en raison des difficultés à apprécier le seuil au regard de la capacité initiale d'autorisation, lorsqu'elle était ancienne. Elle apparaissait également inadaptée pour les projets d'extension de certains ESMS, tels que les centres d'action médico-sociale précoce.

Les règles de représentation des membres de la commission de sélection d'appel à projets représentant des usagers sont assouplies pour remédier aux difficultés de participation constatées parfois.

Les documents à établir à l'occasion de l'examen des projets par la commission de sélection d'appel à projets sont allégés.

Les délais de réception des réponses des candidats à compter de la date de publication de l'avis d'appel à projets sont allongés. La limite supérieure du délai de réception est ainsi portée de 90 à 120 jours.

Par ailleurs, dans le but de permettre une connaissance précise et à tout moment de la situation de l'offre, le décret précité prévoit l'obligation de formaliser dans l'acte d'autorisation tout changement affectant un établissement ou un service, même si celui-ci ne donne lieu qu'à une simple information.

Par ailleurs la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et son décret d'application n° 2016-801 du 15 juin 2016 introduisent les premiers cas d'exonération de la procédure d'appel à projets.

---

<sup>1</sup> Circulaire DGCS/SD5B n° 2014-287 du 20 octobre 2014 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

## Les cas d'exonération simple

Sont concernées :

- > les opérations de regroupement des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) par les gestionnaires détenteurs des autorisations, si elles n'entraînent pas des extensions de capacité supérieures au seuil déclenchant l'intervention de la commission d'information et de sélection, c'est-à-dire 30 % de la capacité du service ou de l'établissement ;
- > les projets de transformation d'établissement ou de service n'entraînant pas de modification de la catégorie de bénéficiaires de l'établissement ou du service ;
- > les projets de création et d'extension des lieux de vie et d'accueil ;
- > les projets d'extension de capacité des ESSMS de petite taille, inférieurs à 15 places ou lits. Sont concernées les structures dont la capacité n'excède pas 10 places ou lits.

## Les cas d'exonération sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Entrent dans ce cadre :

- > les projets de transformation d'établissements et de services – à l'exception des services à domicile qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ni autorisés à délivrer des soins aux assurés sociaux – qui entraînent une modification de la catégorie des bénéficiaires de la structure, sous réserve :
  - qu'il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe,
  - que les projets de transformation n'entraînent pas une extension de capacité supérieure à 30 %, quel que soit le mode de définition de la capacité de l'établissement ou du service prévu par les dispositions du CASF pour la catégorie dont il relève ;
- > les projets de transformation d'établissements de santé en ESSMS, sauf lorsque ces projets entraînent une extension de capacité supérieure à 30 %, quel que soit le mode de définition de la capacité de l'établissement ou du service prévu par les dispositions du CASF pour la catégorie dont il relève.

La commission d'information et de sélection doit néanmoins donner son avis sur ces projets de transformation (CASF, art. L. 313-1-1, III nouveau).

## 1.2 L'élargissement des cas d'exonération de la procédure d'appel à projets

En 2017, de nouvelles mesures de simplification interviennent dans un cadre expérimental, permettant au directeur général de l'ARS de déroger aux règles relatives à la procédure d'appel à projets et élargissant ainsi les cas d'exonération (décret n° 2017-1862 du 29 décembre 2017).

L'expérimentation concerne les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les mesures dérogatoires sont de deux ordres.

### Dérogation aux seuils à partir desquels les projets d'autorisation d'extension d'ESMS doivent être soumis à la commission d'information et de sélection des appels à projets

Ces seuils sont fixés par l'article D. 313-2 du CASF. La dérogation a vocation à intervenir si plusieurs conditions sont réunies :

- > l'existence de besoins urgents avérés de prise en charge des publics ;
- > l'identification d'un ou de plusieurs opérateurs en mesure de répondre rapidement à ces besoins par voie d'extension de leurs établissements ou services existants ;
- > l'obligation pour le directeur général de l'ARS de lancer un appel à projets pour mener à bien l'opération d'extension.

Le seuil dérogatoire peut aller jusqu'à 100 % d'augmentation de la capacité ou des produits de la tarification.

Cette mesure est de nature à faciliter les opérations de restructuration et d'adaptation de l'offre existante pour répondre plus rapidement aux besoins médico-sociaux urgents de la population, tels que définis dans les schémas de planification de l'offre, ou pour favoriser la transformation d'établissements ou de services préexistants en structures intégrées proposant une gamme complète de modes d'accueil et d'accompagnement.

### Dérogation au délai de réponse des candidats prévu à l'article R. 313-4-1 4° du CASF

Le délai dérogatoire doit être annoncé au moment du lancement de l'AAP et ne peut être inférieur à 30 jours ou supérieur à 180 jours. La possibilité d'octroyer un délai dérogatoire a pour principal objectif de laisser plus de temps aux opérateurs pour constituer leur dossier de candidature. Sont visés en particulier les projets de grande ampleur impliquant la recherche de foncier, les projets présentant des caractéristiques techniques complexes pour lesquelles la réalisation des documents exigés demande du temps.

Ces mesures de simplification prévoient aussi que l'instruction de ces demandes d'extension exonérées d'appel à projets soit beaucoup moins lourde pour le directeur général de l'ARS et plus rapide à mettre en œuvre.

Ces mesures dérogatoires seront généralisées à toutes les ARS et aux conseils départementaux par décret n° 2019-854 du 20 août 2019.

La succession de ces mesures, qui viennent limiter l'utilisation de la procédure d'appel à projets, questionne sur l'avenir de celle-ci et sur sa capacité à accompagner la transformation de l'offre médico-sociale déjà entamée.

En pratique, dès lors que les opérations visées sont exonérées de la procédure d'appel à projets, les autorités compétentes font appel à différents leviers pour faire émerger les projets, tels que les appels à candidatures et les appels à manifestation d'intérêt.

## **2. Confirmation de la prédominance des appels à candidatures et émergence des appels à manifestation d'intérêt**

Dans un contexte de transformation de l'offre médico-sociale, l'année 2018 confirme l'appel à candidatures comme nouveau levier essentiel de l'évolution de l'offre et voit émerger une nouvelle évolution avec l'appel à manifestation d'intérêt.

### **2.1 L'appel à candidatures, levier incontestable de l'évolution de l'offre médico-sociale**

En 2018, les ARS et les conseils départementaux confirment leur préférence pour la procédure d'appel à candidatures à celle de l'appel à projets pour faire émerger leurs projets médico-sociaux.

En effet, la bascule de 2017 qui fait de la procédure d'appel à candidatures le choix prioritaire (91 AAC contre 56 AAP) se confirme en 2018 (63 AAC contre 48 AAP).

La multiplication des cas d'exonération à la procédure d'appel à projets étudiés précédemment a permis aux autorités chargées de l'organisation de l'offre sur les territoires de développer leurs projets médico-sociaux en utilisant d'autres procédures, et notamment celle de l'appel à candidatures.

Celui-ci est en particulier utilisé par les ARS et les conseils départementaux lorsque l'opération visée se trouve en dehors du champ d'application des autorisations médico-sociales (ensemble des catégories d'ESSMS mentionnés au I et les lieux de vie et d'accueil cités au III de l'article L. 312-1 du CASF).

Le choix de la procédure d'appel à candidatures est par ailleurs rendu obligatoire pour les opérations mises en œuvre dans le cadre d'instructions spécifiques (emploi accompagné, PCPE, dispositifs Alzheimer...) et donnant lieu à une convention.

L'étude comparative qui suit permet d'observer les spécificités propres à chacune des procédures et d'éclairer le bilan qui en est fait.

Appel à projets	Appel à candidatures
Procédure encadrée par le CASF.	Procédure non encadrée par le CASF.
Calendrier prévisionnel des appels à projets à publier au moins deux mois avant la publication de l'appel à projets concerné.	Absence de publication d'un calendrier prévisionnel des appels à candidatures.
Avis d'appel à projets et cahier des charges comportant des rubriques obligatoires.	Absence de mentions obligatoires dans l'avis d'appel à candidatures et le cahier des charges.
Production obligatoire de compte-rendu d'instruction pour chaque dossier déposé.	Production conseillée de compte-rendu d'instruction, au moins simplifié, pour chaque dossier déposé.
Réponse aux questions des candidats dans la fenêtre de dépôt des dossiers.	Réponse aux questions des candidats facultative, sous réserve de garantir l'égalité de traitement.
Tenue d'une commission d'information et de sélection d'appel à projets/audition des candidats obligatoire.	Une commission « allégée » associant notamment des représentants des usagers peut être tenue (particulièrement) si l'instruction/la circulaire le prévoit ou le préconise.
Classement des candidats par la commission d'information et de sélection d'appel à projets, notamment à l'aide d'une grille de sélection (avis obligatoire). Classement ne liant pas la décision prononcée par le directeur général de l'ARS.	Décision de sélection prononcée par le directeur général de l'ARS.

Les appels à candidatures offrent un cadre assoupli aux agences régionales de santé et aux conseils départementaux, tout en permettant de conserver la mise en concurrence des projets ainsi que la transparence sur leurs actions et objectifs.

## 2.2 L'appel à manifestation d'intérêt, une nouvelle modalité pour faire évoluer l'offre médico-sociale et faire émerger des réponses innovantes aux besoins

L'année 2018 voit émerger une nouvelle procédure contribuant à l'évolution de l'offre médico-sociale : l'appel à manifestation d'intérêt.

Utilisé en premier lieu par les ARS uniquement dans le champ des personnes handicapées, il apparaît dans un **contexte de transformation de l'offre destinée aux personnes handicapées**, déjà engagée sur le terrain et qui **tend à s'amplifier**.

En effet, **le secrétariat d'État chargé des personnes handicapées, directement rattaché au Premier ministre, porte les grandes orientations politiques nationales précisées par les comités interministériels du handicap de décembre 2016 et septembre 2017**, à savoir :

- > apporter une réponse individualisée et adaptée aux besoins et aux souhaits de chaque personne en situation de handicap ;
- > porter et soutenir le virage inclusif du secteur médico-social pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap en garantissant des solutions d'accompagnement qui permettent une vie en milieu ordinaire, et ce en favorisant le maintien à domicile, l'inclusion scolaire, l'inclusion professionnelle et l'inclusion sociale.

**La mise en œuvre de ces grandes orientations politiques est soutenue par de nouveaux leviers administratifs et juridiques :**

- > la démarche « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT) et ses 4 axes (dispositif d'orientation permanent ; déploiement territorialisé de la RAPT ; soutien par les pairs ; changement des pratiques professionnelles) ;
- > la stratégie nationale Autisme au sein des troubles du neurodéveloppement ;
- > la réforme de la tarification des ESMS (SERAFIN-PH) ;
- > la généralisation de la contractualisation (CPOM obligatoire pour les gestionnaires d'ESMS à compétence exclusive ARS ou partagée ARS/conseil départemental) ;
- > la structuration des systèmes d'information (ViaTrajectoire PH, système d'information des maisons départementales des personnes handicapées – MDPH, répertoire opérationnel des ressources, dossier informatisé de l'usager...);
- > la réforme des nomenclatures.

**La stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale** (circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017) vient compléter ces différents leviers et envisage la diversification des modalités d'accueil et d'accompagnement comme une condition de modernisation des établissements et services concourant à répondre au défi de transformation de l'offre sur les territoires.

**Dans ce contexte, les agences régionales de santé s'emparent de ce nouvel outil qui s'apparente à celui de la procédure d'appel à candidatures et offre un cadre procédural d'une grande souplesse pour décliner au niveau régional la mise en œuvre de la transformation de l'offre médico-sociale.**

En 2018, les régions Bretagne, Île-de-France et Pays de la Loire ont lancé un appel à manifestation d'intérêt dans le cadre de la mise en œuvre de leur stratégie régionale dans le champ du handicap.

L'appel à manifestation d'intérêt est un levier intéressant pour les régions, qui permet :

- > d'affiner la programmation et l'évolution de l'offre pour les accompagner éventuellement par des modifications d'autorisation ;
- > d'ajuster la politique budgétaire régionale au moyen de crédits non reconductibles ou pérennes (rapport d'orientation budgétaire – ROB) afin de mener à bien la réalisation d'objectifs stratégiques précis et/ou éventuellement des extensions non importantes de services et/ou de places en établissement ;
- > d'organiser des appels à candidatures ou appels à projets dès lors que les projets identifiés rentrent dans le cadre d'une instruction spécifique ou nécessitent l'obtention d'une autorisation ;
- > de susciter le développement et le renforcement des partenariats ou des regroupements de structures à terme pour leur conférer des tailles critiques plus solides et/ou assumer de manière plus sûre des missions nouvelles ;
- > de faire émerger des dispositifs expérimentaux (notamment de nouvelles formules d'accueil modulaires).

**Dans le cadre de la recomposition de l'offre médico-sociale** : La tendance à la simplification et à l'assouplissement du cadre contribue à faire émerger des projets et permet l'identification des mieux-disants. Les procédures d'appel à candidatures et d'appel à manifestation d'intérêt permettent une plus grande efficacité dans la mise en œuvre de la réponse au besoin.

**Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre des politiques publiques** : Le développement des procédures d'appel à candidatures et d'appel à manifestation d'intérêt complexifie l'analyse. En effet, les agences régionales de santé et les conseils départementaux publient de moins en moins de calendriers prévisionnels, le suivi se trouve privé de données de programmation, et la possibilité de calculer un taux de réalisation national et par région disparaît (AAP programmés/AAP lancés).

## 2 Évolution des modalités de mise en œuvre des plans et des orientations nationales et de leur suivi

Les appels à projets, les appels à candidatures ainsi que les appels à manifestation d'intérêt représentent des leviers majeurs de la mise en œuvre des plans nationaux et des orientations de politique nationale.

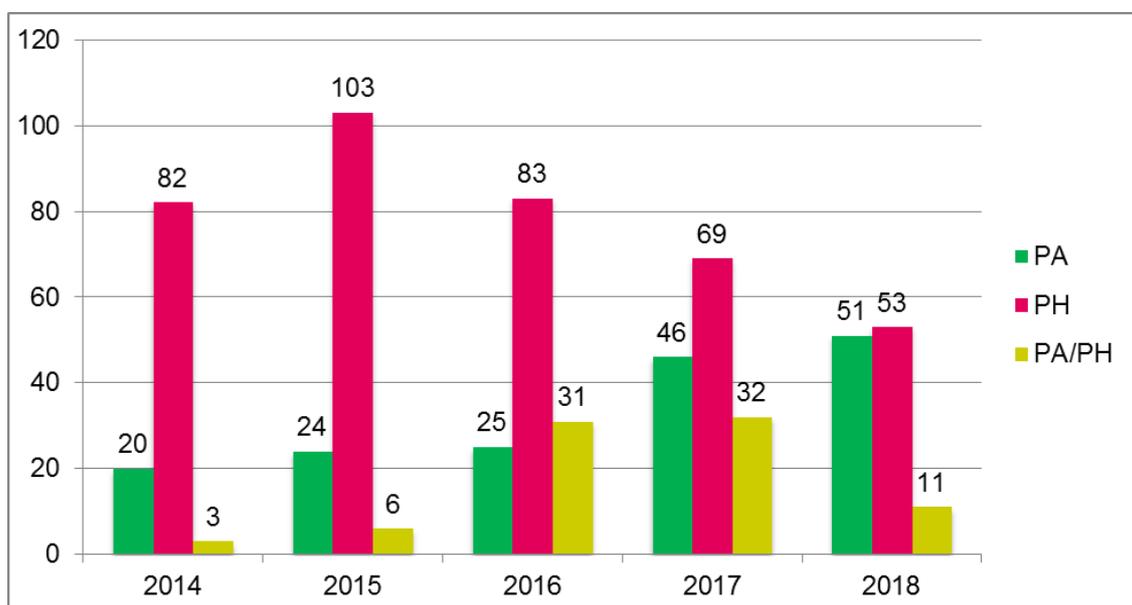
Le bilan propose une analyse des modalités de cette mise en œuvre dans les territoires, dans un contexte de transformation de l'offre médico-sociale.

### 1. Les appels à projets, les appels à candidatures et les appels à manifestation d'intérêt comme outils de mise en œuvre des plans et des orientations nationales

#### 1.1 La dynamique par secteur

Les plans nationaux et les orientations de politique nationale déclinant les mesures par secteur, il convient d'en suivre la mise en œuvre en dissociant l'analyse relative au secteur des personnes âgées de celle du secteur des personnes handicapées ou encore de celle associant les deux populations.

Évolution du nombre d'AAP/AAC/AMI par secteur (2014-2018)



Sources : avis et cahiers des charges des AAP/AAC/AMI lancés en 2018.

## Secteur des personnes âgées

On observe une augmentation progressive du nombre de projets lancés sur la période 2014-2018 qui correspond à la montée en puissance de la mise en œuvre du plan Maladies neurodégénératives 2014-2019 (PMND). L'année 2018 s'inscrit dans une dynamique de fin de plan, les ARS et les conseils départementaux conjointement avec les ARS lancent 51 projets dans le secteur des personnes âgées, chiffre le plus élevé depuis le lancement du PMND.

## Secteur des personnes handicapées

La courbe s'inverse par rapport à celle du secteur des personnes âgées, le nombre de projets lancés diminue progressivement sur la période 2015-2018. En effet, dans le secteur des personnes handicapées, cette période marque la fin de la mise en œuvre de plusieurs plans : le troisième plan Autisme 2013-2017 et le Schéma national pour les handicaps rares 2014-2018. En 2018, le lancement des 53 projets est fondé principalement sur la mise en œuvre :

- > de la fin des plans précités ;
- > de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre présentée à la Conférence nationale du handicap de mai 2016, puis précisée par le comité interministériel du handicap de décembre 2016 (formalisée par la circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées), notamment sur les volets handicap psychique et polyhandicap ;
- > de la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022.

## Secteur associant les personnes âgées et les personnes handicapées

La part de lancement de projets visant les deux publics représente 10 % de l'ensemble des AAP/AAC/AMI. Ils sont issus majoritairement de la mise en œuvre de mesures destinées aux professionnels des ESMS (notamment la qualité de vie au travail – QVT, la professionnalisation des professionnels en ESMS et l'attractivité du secteur), ainsi que de mesures du PMND (mesure 19 : Contribuer à la diversification des formes d'habitat adaptées aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et mesure 21 : Renforcer et adapter l'intervention des SSIAD<sup>2</sup>, SPASAD<sup>3</sup>).

---

<sup>2</sup> Services de soins infirmiers à domicile.

<sup>3</sup> Services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

## Les opérateurs de la mise en œuvre des plans

### Compétence exclusive des ARS ou compétence conjointe ARS/conseil départemental

Compétences	PA	PH	PA/PH	Total
ARS	45	30	9	84
ARS/CD	5	19	2	26
ARS/AGEFIPH-FIPHFP	–	2	–	2
ARS/MDPH	–	2	–	2
ARS/ARACT	1	–	–	1
<b>Total général (France entière)</b>	<b>51</b>	<b>53</b>	<b>11</b>	<b>115</b>

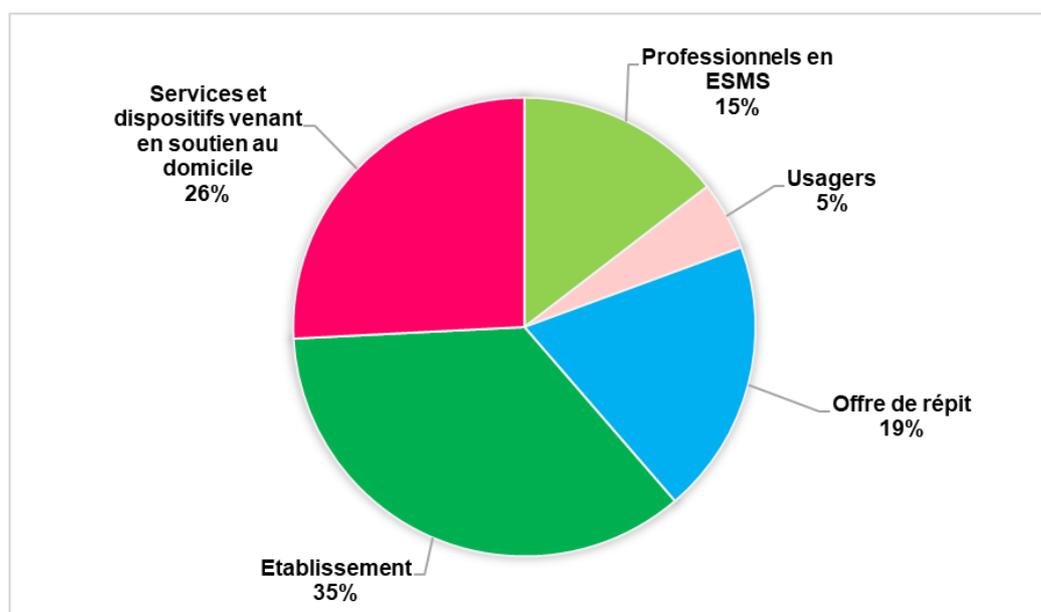
Sources : avis et cahiers des charges des AAP/AAC/AMI lancés en 2018.

En 2018, 73 % des AAP/AAC/AMI sont lancés par les ARS sur leur compétence exclusive. 25 % le sont en compétence conjointe ARS/conseil départemental, avec une double tarification. C'est notamment le cas sur le secteur des personnes handicapées, avec le lancement de 10 AAP/AAC relatifs à des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et 6 AAP sur des établissements d'accueil médicalisé (EAM).

## 1.2 Champ des personnes âgées

La typologie des AAP/AAC/AMI éclaire les modalités de mise en œuvre par les ARS et les conseils départementaux de la transformation de l'offre médico-sociale dans les territoires sur ce champ de l'autonomie.

### Typologie des AAP/AAC/AMI lancés en 2018



Sources : cibles des avis et des cahiers des charges des AAP/AAC/AMI lancés en 2018.

Les projets lancés par les ARS et les conseils départementaux apportent une **reconnaissance aux aidants d'une personne âgée dépendante** avec une offre de répit qui s'étoffe, notamment grâce aux mesures 28 et 50 du PMND 2014-2019, à la création d'accueils de jour itinérants, de plateformes de répit, à la formation des aidants et à l'expérimentation du « relayage » (zoom p.19).

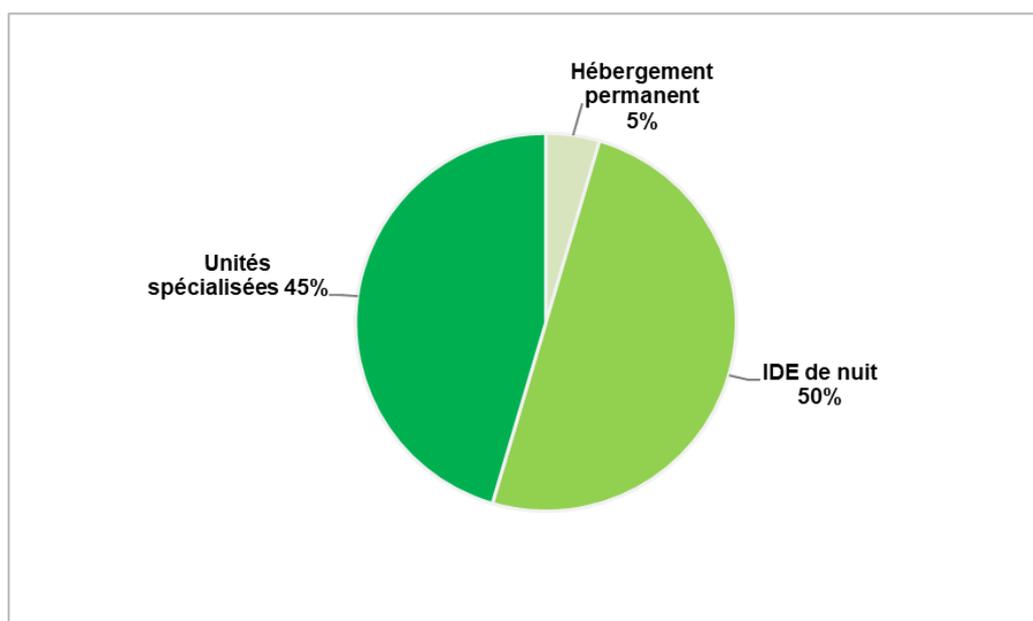
Ces actions seront probablement renforcées par la Stratégie nationale de mobilisation et de soutien en faveur des aidants annoncée le 23 octobre 2019.

La recomposition de l'offre en faveur des personnes âgées **favorise la prise en charge à domicile** avec l'apparition des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « hors les murs », le développement de plateformes de services et l'installation des équipes spécialisées Alzheimer (ESA).

Enfin, **les professionnels des ESMS font l'objet de mesures qui viennent en soutien à l'exercice de leur activité** : QVT, professionnalisation et attractivité des professionnels et des métiers en ESMS, temps de psychologue, activité de téléconsultation et de téléexpertise en EHPAD...

Les projets relatifs aux établissements médico-sociaux dans le champ des personnes âgées se décomposent comme suit.

### Répartition des projets relatifs aux établissements médico-sociaux pour personnes âgées



Sources : avis et cahiers des charges des AAP/AAC/AMI lancés en 2018.

La création de places nouvelles d'**hébergement permanent se raréfie**, le plan Solidarité Grand Âge 2007-2012 étant clos et les plans Alzheimer et MND n'ayant pas prévu de financer de places nouvelles pour ce mode de prise en charge.

**Les expérimentations d'astreinte d'infirmières diplômées d'état (IDE) de nuit en EHPAD** menées sur le territoire national ont fait l'objet d'un rapport publié en annexe 12 de la circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2018/121 du 15 mai 2018 relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des ESMS. Onze régions ont fait le choix de reproduire cette expérimentation en 2018.

**La prise en charge spécifique relative aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées** se développe avec la mise en place de pôles d'activité et de soins adaptés (PASA), d'unités d'hébergement renforcées (UHR) et d'unités cognitivo-comportementales (UCC).

## **Expérimentation du « relayage » – Appel à candidatures lancé par l'ARS PACA**

« La mise en place de l'expérimentation "Relayage" doit permettre aux aidants de prendre du répit en toute tranquillité durant un à plusieurs jours sans avoir à transférer leur proche dans un autre milieu que leur domicile.

Il s'agira de soutenir les aidants dans l'accompagnement de leur proche en leur proposant des stratégies d'intervention adaptées à leur propre situation et en leur fournissant une évaluation des capacités cognitives et de l'autonomie fonctionnelle de leur proche.

Un professionnel viendra au domicile pour relayer l'aidant durant son absence pendant un ou plusieurs jours consécutifs, afin de "lui offrir du répit plus que du temps libéré" ce qui favorisera :

- > la possibilité pour la personne âgée dépendante de rester à son domicile ;
- > la prévention de la perte d'autonomie au domicile (dénutrition, chute, isolement social, iatrogénie) en complète articulation avec les SAAD et les SSIAD ;
- > le répit, le soulagement et le soutien de l'aidant, la poursuite de son implication dans son rôle tout en limitant son impact négatif sur sa santé ;
- > la lutte contre le repli et la dépression de l'aidant, du couple aidant-aidé ;
- > un meilleur état de santé de l'aidant en lui permettant de se préoccuper de sa propre personne et de souffler ;
- > la baisse des hospitalisations évitables pour l'aidant comme pour l'aidé.

Il ne s'agit pas de créer une offre venant se superposer à l'offre existante, mais bien de permettre aux personnes âgées dépendantes de rester à leur domicile, grâce à l'intervention d'un professionnel, en substitution de l'aidant pendant un temps bien défini. Le relayeur prend la place de l'aidant, mais en aucun cas celle des professionnels intervenant au domicile. »

## 1.3 Champ des personnes handicapées

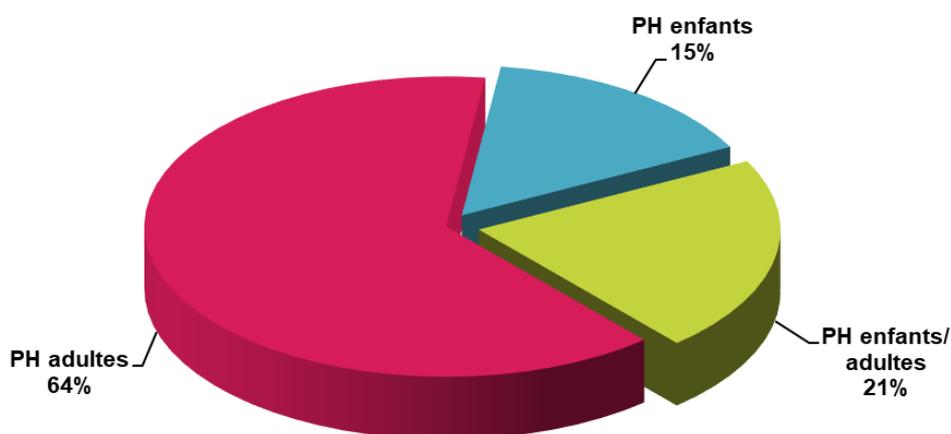
Il convient d'observer dans quelle mesure la dynamique de transformation de l'offre destinée aux personnes handicapées est mise en oeuvre dans le secteur et comment elle est impulsée dans les territoires par le lancement des AAP, AAC et AMI.

De manière opérationnelle, on entend par transformation de l'offre toute action visant à rendre la réponse apportée aux personnes handicapées plus inclusive, plus souple et plus adaptée à la prise en compte des situations individuelles, notamment complexes, dans un objectif de fluidification des parcours. Cela passe à la fois par la création de nouveaux dispositifs, par la diversification des modes de fonctionnement des ESMS existants et par le renforcement qualitatif des accompagnements proposés. Il est nécessaire qu'existe une volonté partagée entre ARS, conseils départementaux, MDPH et autres représentants des pouvoirs publics au niveau local, pour impulser de façon cohérente et efficace les évolutions attendues.

Une étude de la typologie des AAP, AAC et AMI lancés dans ce secteur permet d'observer selon quelles modalités les ARS et les conseils départementaux mettent en oeuvre la démarche de transformation de l'offre à destination des personnes handicapées dans les territoires.

La typologie des AAP/AAC/AMI se présente comme suit :

### Répartition des AAP/AAC/AMI par catégorie de public dans le secteur PH



Sources : avis et cahiers des charges des AAP/AAC/AMI lancés en 2018.

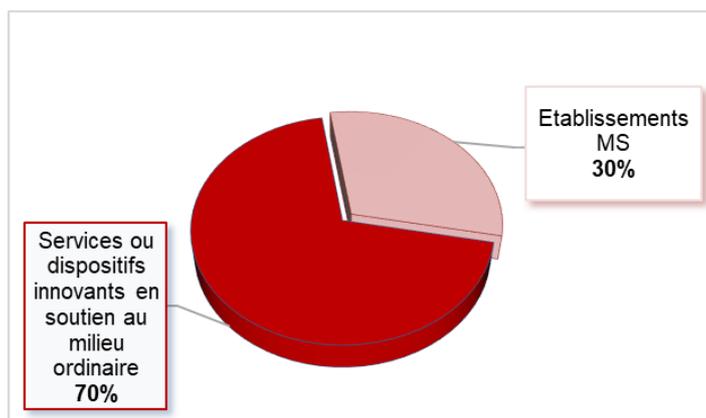
Les projets relatifs aux personnes handicapées enfants et adultes sont lancés majoritairement dans le cadre de la mise en place de PCPE et d'AMI « Transformation de l'offre médico-sociale en faveur de personnes en situation de handicap ».

**Dans le champ des personnes handicapées, les ARS et les conseils départementaux ont lancé des projets à caractère inclusif, venant en soutien à la vie en milieu ordinaire ou proposant une évolution qualitative de la prise en charge et répondant aux objectifs stratégiques de transformation de l'offre :**

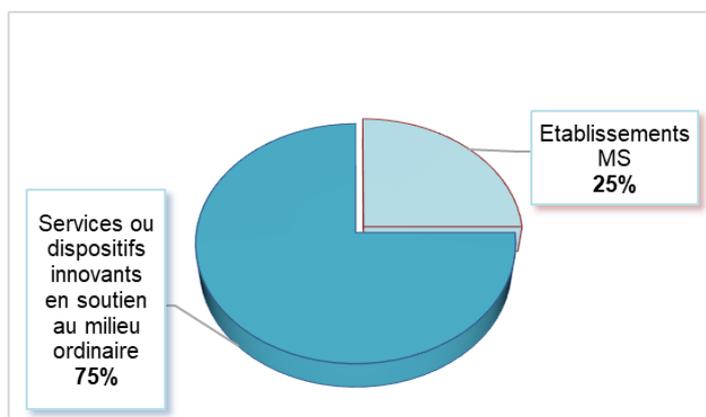
- > **les dispositifs « Emploi accompagné »** : Ils favorisent un accompagnement durable vers et dans l'emploi et constituent un enjeu majeur pour l'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail. Ils s'appuient sur un partenariat avec un établissement médico-social, ce qui constitue une opportunité pour ouvrir davantage le secteur médico-social vers le milieu ordinaire du travail ;
- > **les pôles de compétences et de prestations externalisées** : ils s'adressent aux personnes en situation de handicap pour soutenir leur projet de vie en milieu ordinaire dans un objectif inclusif. Les PCPE contribuent à la transformation de l'offre à trois titres : en diversifiant de fait l'offre existante, en favorisant l'ouverture des ESMS plus classiques sur le milieu ordinaire, car leur constitution doit s'appuyer sur un partenariat avec un ESMS, en permettant des accompagnements souples ;
- > **les dispositifs d'accompagnement et de soins en milieu ordinaire** : ces dispositifs viennent renforcer la liberté de choix des personnes handicapées en adaptant l'offre d'accompagnement à la diversité et à la singularité des situations individuelles ;
- > dans le cadre de la modernisation des établissements et services existants, les modalités d'accueil et d'accompagnement se diversifient avec le lancement de projets de création **d'équipes mobiles et d'EAM « hors les murs »** ;
- > **l'habitat inclusif** : il propose un mode alternatif d'hébergement pour les personnes handicapées et répond à leurs souhaits d'autonomie ;
- > **l'évolution qualitative des pratiques professionnelles** avec le lancement de projets relatifs à la professionnalisation et à l'attractivité des professionnels et des métiers en ESMS, à l'amélioration des conditions de vie au travail dans les ESMS...

L'étude typologique qui suit offre un élément d'appréciation de la mise en œuvre de la transformation de l'offre dans ce secteur à travers les procédures employées.

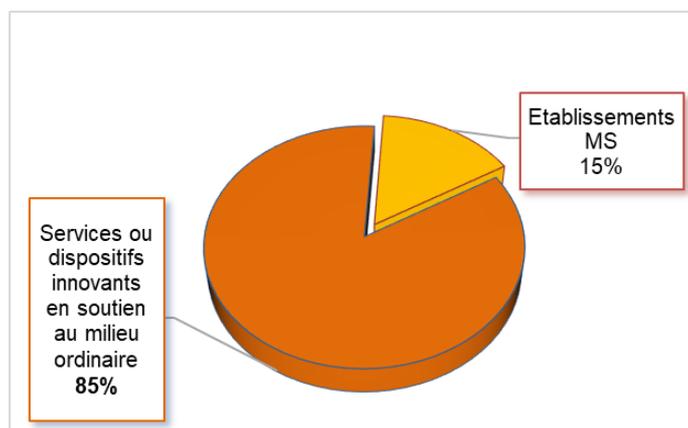
### Répartition des AAP/AAC/AMI par nature dans le secteur PH adultes



### Répartition des AAP/AAC/AMI par nature dans le secteur PH enfants



### Répartition des AAP/AAC/AMI par nature dans le secteur PH enfants/adultes



Sources : avis et cahiers des charges des AAP/AAC/AMI lancés en 2018 pour les publics enfants, adultes, et enfants et adultes handicapés.

Les AAP/AAC/AMI lancés dans le champ des personnes handicapées sont au nombre de 64 (prise en compte du secteur PA/PH).

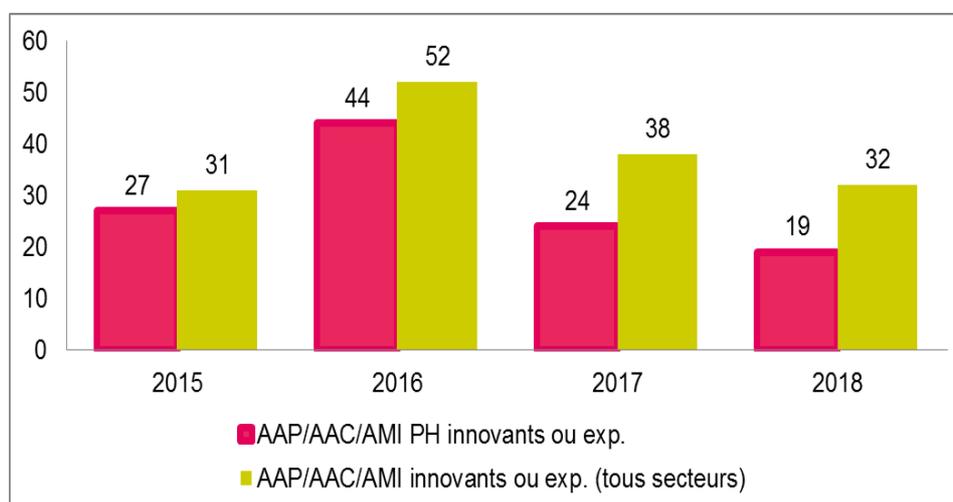
Parmi eux, moins d'un sur cinq préconise ou impose dans le cahier des charges de procéder à une transformation, un redéploiement, un renforcement ou une labellisation de l'existant (indicateur direct de la transformation de l'offre PH par AAP/AAC/AMI).

Les AAP/AAC/AMI dont les cahiers des charges prévoient la création de places nouvelles, d'un service ou d'un dispositif et qui participent directement à la transformation de l'offre « personnes handicapées » sont difficiles à identifier.

**C'est seulement lorsqu'on observe l'indicateur que constitue la part de services ou de dispositifs innovants dans l'ensemble des AAP/AAC/AMI dans le secteur « personnes handicapées » que l'on note que plus des deux tiers d'entre eux viennent en soutien de la vie en milieu ordinaire.**

**Le caractère innovant et expérimental des AAP/AAC/AMI lancés est aussi un indicateur intéressant de mesure de la transformation de l'offre dans ce secteur.**

### Évolution de la part des AAP/AAC/AMI PH innovants ou expérimentaux



Sources : avis et cahiers des charges des AAP/AAC/AMI lancés en 2018.

L'histogramme prend en compte dans les AAP/AAC/AMI « personnes handicapées » ceux qui concernent le secteur PA/PH.

Cette caractéristique des AAP, AAC et des AMI est mentionnée dans l'avis et dans le cahier des charges des projets lancés.

Le caractère innovant d'un projet est déterminé par les ARS et les conseils départementaux lorsque la mise en œuvre d'une réponse adaptée au besoin exprimé est souhaitée sur leur territoire, en dehors des modes de prise en charge prévus par le Code de l'action sociale et des familles dans son article L. 312-1. C'est le cas notamment des AMI « Transformation de l'offre médico-sociale en faveur de personnes en situation de handicap ».

Les appels à projets expérimentaux sont quant à eux lancés dans le cadre d'une expérimentation menée dans les territoires ou au niveau national. On peut citer l'appel à projets lancé par la région Hauts-de-France, relatif à la création de dispositifs expérimentaux d'accompagnement et de soins en milieu ordinaire pour adultes lourdement handicapés, notamment polyhandicapés, vivant au domicile, ou encore celui lancé par la Guyane impulsant la mise en place d'une plateforme de services médico-sociaux afin de répondre aux besoins des personnes atteintes d'un handicap psychique.

En 2018, bien que la part des AAP/AAC/AMI « personnes handicapées » innovants ou expérimentaux reste notable (59 % de l'ensemble), elle diminue. En effet, les AAP/AAC/AMI innovants ou expérimentaux dans le secteur des personnes âgées progressent avec le lancement de projets expérimentaux d'astreintes d'infirmière de nuit en EHPAD ou l'offre de répit (accueil de jour itinérant, relayage, plateforme de répit, ou EHPAD « hors les murs »).

La part des AAP/AAC/AMI innovants ou expérimentaux « personnes handicapées » lancés par rapport à l'ensemble des AAP/AAC/AMI innovants ou expérimentaux est importante sur la période 2015-2018. Elle traduit une dynamique de transformation de l'offre au service de la réponse aux besoins des personnes handicapées.

Enfin, en 2018, **un témoignage de la transformation de l'offre destinée aux personnes handicapées est apparu à travers le lancement par les ARS d'appels à manifestation d'intérêt visant directement celle-ci**. Au nombre de quatre, dont trois visent directement la « transformation de l'offre médico-sociale en faveur de personnes en situation de handicap », ils ont été lancés par les régions Bretagne, Pays de la Loire et Île-de-France.

**Le focus qui suit présente le périmètre de l'appel à manifestation d'intérêt lancé par l'ARS Pays de la Loire et illustre une réponse apportée par les territoires aux objectifs stratégiques de transformation de l'offre.**

## **Appel à manifestations d'intérêt – ARS Pays de la Loire : Transformation de l'offre médico-sociale en faveur de personnes en situation de handicap**

« Le présent appel à manifestation d'intérêt s'adresse à tous les organismes gestionnaires d'une ou plusieurs maisons d'accueil spécialisées (MAS). Si le périmètre du projet devait dépasser le seul champ de compétence de l'ARS, l'accord du conseil départemental devrait être recueilli préalablement.

Les projets devront s'inscrire dans une logique de palette de réponses et ainsi permettre des accompagnements dont l'intensité pourra être plus ou moins progressive et adaptable en fonction de l'évolution des besoins (par exemple de type plateforme de services, accueil de jour, hébergement temporaire, accueil séquentiel, PCPE, SSIAD, équipe mobile...).

Ils pourront s'adresser aux personnes déjà accueillies ou en attente d'une place notamment par des prises en charge partagées entre l'établissement et le domicile.

Ils reposeront sur une équipe pluridisciplinaire dont le rôle sera de faciliter et coordonner le parcours de la personne au sein d'une offre d'accueil et d'accompagnement modulaire et évolutive, en établissement ou service et/ou en milieu ordinaire avec des possibilités d'aller-retour selon l'évolution des besoins.

La richesse de l'offre proposée sera favorisée par le partenariat entre les établissements et services et entre organismes gestionnaires.

En fonction de la nature du projet, un partenariat avec les acteurs du secteur Personnes âgées pourra être également recherché.

La dimension du logement devra également être intégrée à la démarche, et le lien fait avec les dispositifs de logement accompagné ou d'habitat inclusif.

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap est aussi une composante à considérer, ce qui suppose une coopération étroite avec les professionnels de santé en libéral ou du secteur hospitalier.

Les partenariats et coopérations devront être engageants et feront l'objet d'une attention particulière. L'idée est de développer la complémentarité et la coordination entre les acteurs et d'inscrire leur action dans un principe de subsidiarité.

Les projets pourront utilement prendre appui sur les évolutions récentes et travaux en cours dans le domaine médico-social, en particulier :

- > les quatre axes de la démarche "une réponse accompagnée pour tous" (dispositif d'orientation permanent, réponse territorialisée, soutien par les pairs et changement des pratiques) ;
- > la réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux et la nomenclature SERAFIN-PH ;
- > la réforme des autorisations médico-sociales et la nouvelle nomenclature des établissements et services. »

L'émergence de ces nouveaux modes de mise en œuvre des politiques de l'autonomie ouvre des perspectives intéressantes concernant la réponse aux besoins exprimés par les personnes. Elle nécessite cependant, dans le cadre de la planification de l'offre, une évolution des outils de suivi de la transformation de l'offre.

## 2. La nécessaire évolution des outils de suivi de la transformation de l'offre

Les avis et les cahiers des charges des AAP/AAC/AMI constituent une base de données permettant la construction d'indicateurs de suivi de la mise en œuvre des plans et des orientations nationales.

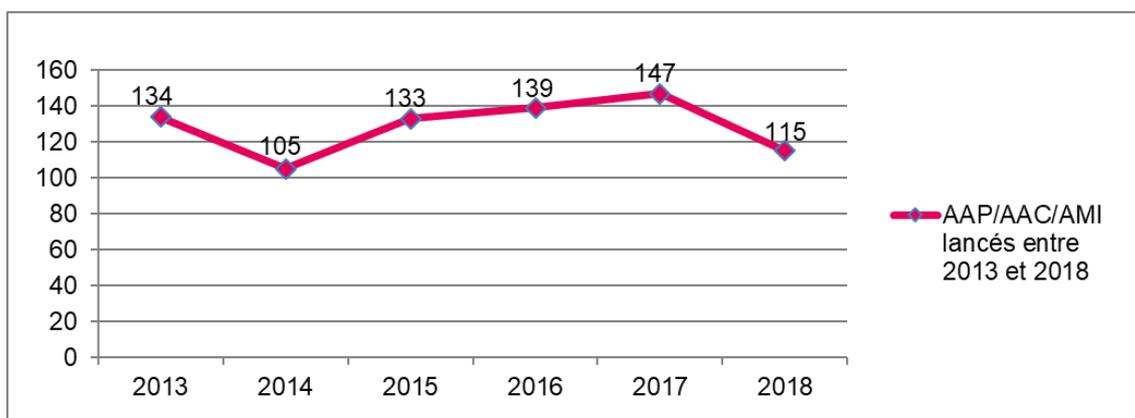
### 2.1 Le nombre de projets lancés et de places prévues comme unités de mesure quantitatives

#### Le nombre de projets lancés

L'indicateur du nombre deancements de projets permet une analyse comparative entre les différentes années et est aisé à recueillir.

Il n'est cependant pas un indicateur suffisant pour le suivi de la mise en œuvre des plans et des orientations nationaux, car il ne fournit pas d'indication sur le volume attaché à chaque projet, sur la qualité de la prise en charge ni sur le niveau de la réponse au besoin.

#### Évolution du nombre de projets lancés sur la période 2013-2018



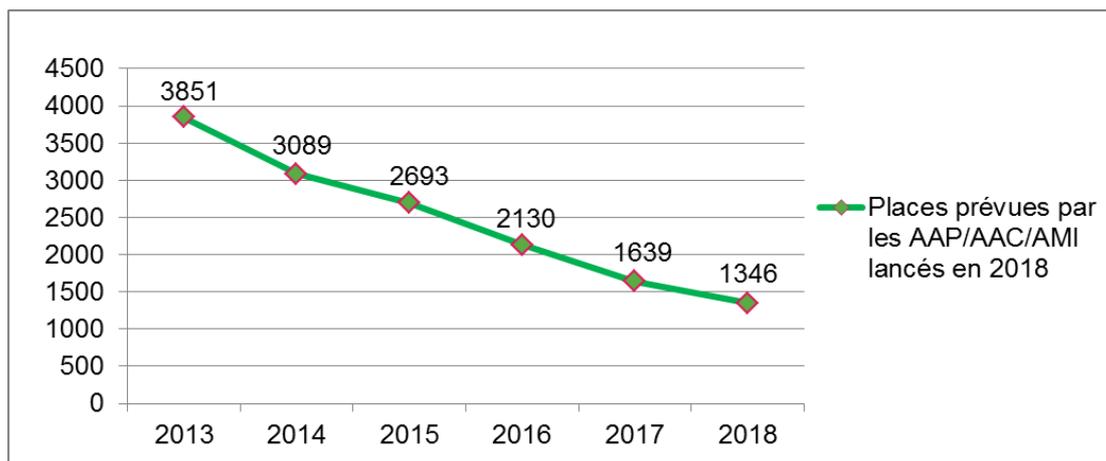
Sources : avis et cahiers des charges des AAP/AAC/AMI lancés entre 2013 et 2018.

La baisse du nombre d'AAP/AAC/AMI lancés en 2018 s'explique notamment par un recensement des AAP/AAC/AMI par les ARS sur un périmètre plus restreint que celui déterminé par la CNSA les années précédentes au moment de sa demande de remontée des données début 2019.

Dans une moindre mesure, l'absence de lancement de projets par la Guadeloupe en 2018 participe à cette baisse.

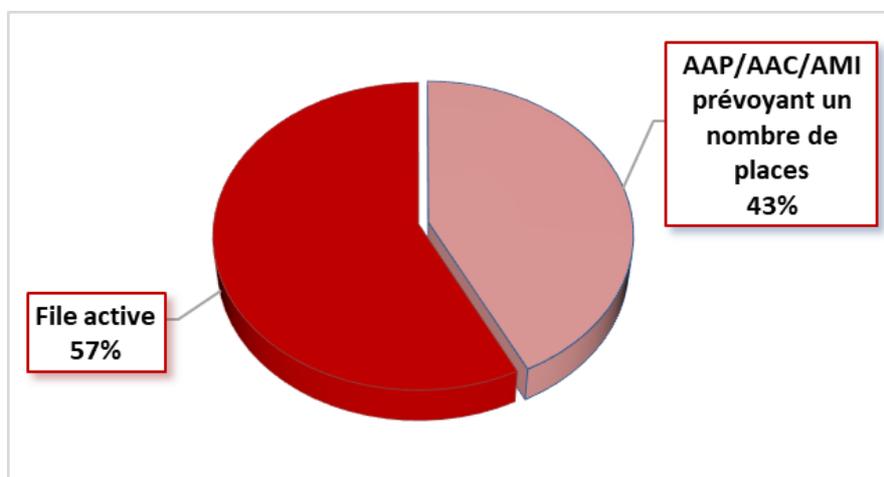
## Le nombre de places prévues

### Évolution du nombre de places prévues par les AAP/AAC/AMI lancés en 2018



Sources : avis et cahiers des charges des AAP/AAC/AMI lancés en 2018.

### Part du nombre de places prévues et de la file active sur l'ensemble des AAP/AAC/AMI



Sources : avis et cahiers des charges des AAP/AAC/AMI lancés en 2018.

Le nombre de places prévues connaît une baisse constante et importante depuis 2013 pour ne plus représenter en 2018 que le tiers du nombre de places de 2013.

Cette baisse trouve son explication dans la forte progression ces dernières années de la part de services et de dispositifs fonctionnant en file active (nombre de personnes accompagnées par l'ESMS au moins une fois dans l'année) et pour lesquels le nombre de places n'est pas une unité de mesure adaptée. Cette part ne représentait que 4 % en 2014. Elle n'a cessé d'augmenter depuis (2015 : 15 % ; 2016 : 48 % ; 2017 : 60,5 %), pour atteindre 57 % en 2018.

Ce constat remet en cause la pertinence de l'indicateur retenant le nombre de places prévues par les AAP/AAC/AMI.

L'extrait du cahier des charges de l'appel à projets qui suit illustre pleinement la nouvelle logique du dépassement de la notion de « places » induite par la transformation de l'offre médico-sociale.

## **Appel à projets 2018 – ARS Auvergne-Rhône-Alpes et conseil départemental de la Savoie**

**Projet de renforcement de l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap psychique en Auvergne-Rhône-Alpes par la création dans le département de la Savoie d'un SAMSAH de 19 places déployant des pratiques orientées vers le rétablissement et portant un volet d'accès au logement : Cahier des charges – 5. Personnel et aspects financiers**

**« Le suivi de l'activité doit intégrer un raisonnement par file active : l'activité d'un service ne peut pas être limitée de façon arithmétique à sa capacité autorisée (dépasser l'approche 1 place = 1 personne).**

Elle doit être évaluée sur sa capacité à faire face aux besoins des personnes prises en charge, en lien avec la logique qui se développe notamment avec SERAFIN PH.

La file active est le nombre de personnes accompagnées par un service du 1er janvier au 31 décembre d'une année donnée.

Le nombre d'ETP permet d'estimer le volume total annuel d'heures disponibles de professionnels, ainsi que le nombre de personnes accompagnées simultanément au regard du nombre de personnes suivies établi dans le cadre de la littérature internationale (1 ETP de gestionnaire de cas pour 30/40 personnes suivies).

La majorité des heures disponibles de professionnels doit être consacrée aux prestations liées directement à la mise en œuvre du projet personnalisé des personnes accompagnées, aux actes exercés dans un cadre individuel ou collectif, à une intervention directe auprès de la personne ou indirecte sur les aidants, la fratrie et les environnements.

Dans la mesure où il s'agit d'un service, l'activité du SAMSAH devra permettre de suivre davantage de bénéficiaires avec une file active d'au moins 25 personnes.

L'intensité de la prise en charge sera adaptée aux besoins de chaque usager, en fonction de son évolution. Elle reposera sur des interventions rapprochées en période de plus grande fragilité de la personne et qui pourront être espacées en période de plus forte autonomie des personnes.

Lorsque les besoins seront durablement satisfaits, l'usager sortira du dispositif.

Les actes correspondent aux prestations directes dont le travail en collectif, l'accompagnement des aidants, l'intervention sur les environnements de droit commun (cf. nomenclature SERAFIN PH). Une personne n'est comptabilisée qu'à partir du moment où plus d'un acte par semaine est accompli à son égard (moyenne annuelle). »

Cet appel à projets vient faire écho au *Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, publié en janvier 2019 par la CNSA, visant à contribuer à la définition d'unités de mesure de l'activité dans la perspective de la transformation de l'offre dans le champ du handicap et à nourrir le dialogue de gestion entre les opérateurs médico-sociaux et leurs autorités de tarification et de contrôle.

## **La question des outils de suivi de la transformation de l'offre se pose dès lors que celle-ci a vocation à s'opérer par d'autres leviers que la seule création de places.**

Le choix d'un indicateur quantitatif n'étant pas satisfaisant, la recherche d'un indicateur de suivi qualitatif est nécessaire.

L'expression de cette évolution se traduit dans le champ des personnes handicapées par la construction d'indicateurs de transformation de l'offre en 2017 et 2018.

## **2.2 Les indicateurs de la transformation de l'offre comme outils de suivi qualitatif**

Dans le contexte du déploiement de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre et de la réponse accompagnée pour tous, la publication de la circulaire du 2 mai 2017 a précisé les objectifs et les contours du mouvement de transformation de l'offre médico-sociale, ainsi que les leviers disponibles pour impulser et accompagner ce mouvement sur les territoires, au moyen d'une enveloppe de 180 millions d'euros, annoncée lors de la Conférence nationale du handicap (CNH) de mai 2016.

À la demande du secrétariat d'État chargé des personnes handicapées, la CNSA, la DGCS, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, ainsi que le Secrétariat général du CIH ont engagé des travaux au second semestre 2017, en lien avec les ARS, visant à formaliser des modalités de suivi de l'évolution de l'offre. 23 indicateurs de suivi ont été sélectionnés, déclinés selon les quatre objectifs de la transformation de l'offre.

### **La liste des 23 indicateurs**

#### **Objectif 1 : prévenir les ruptures de parcours, l'absence ou l'inadéquation de solution**

1. Nombre de personnes orientées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en liste d'attente rapporté au nombre de places installées en ESMS.
2. Délai moyen entre orientation et admission.
3. Taux de concrétisation des orientations cibles de la CDAPH.
4. Inadéquations hospitalières : part des séjours hospitaliers excédant 270 jours.
5. Taux d'occupation des places en ESMS pour enfants handicapés au titre de l'amendement Creton.
6. Ratio de personnes handicapées accueillies en Belgique par rapport à la capacité d'accueil du département d'origine.
7. Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés.
8. Part des établissements de santé ayant des consultations dédiées aux personnes handicapées.
9. Part de l'activité des services d'hospitalisation à domicile réalisée en établissements pour personnes handicapées.
10. Part des ESMS ayant réalisé au moins un acte de télémédecine dans l'année.
11. Part des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) fonctionnant en dispositif intégré.
12. Amplitude moyenne d'ouverture des ESMS pour enfants handicapés.

## **Objectif 2 : développer les réponses inclusives et faire évoluer les prestations de service pour mieux répondre aux besoins**

13. Part des places créées en établissements et services par transformation/requalification.
14. Part dans l'offre globale des places en accueil de jour, accueil temporaire, accueil séquentiel.
15. Nombre de pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE).
16. Part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire.
17. Nombre de personnes handicapées en dispositif « emploi accompagné ».
18. Part de l'activité des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) se déroulant « hors les murs ».

## **Objectif 3 : consolider une organisation territoriale intégrée au service de la fluidité des parcours de santé et de vie**

19. Nombre moyen d'ESMS reconnus pour leur fonction ressource par département.

## **Objectif 4 : améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques**

20. Indice de satisfaction des usagers d'ESMS.
21. Nombre moyen de jours de formation par équivalent temps plein dans les ESMS pour personnes handicapées de la région.
22. Nombre de personnes adhérant à un groupe d'entraide mutuelle (GEM) pour 1 000 habitants.
23. Nombre d'aidants ayant bénéficié d'une formation au cours de l'année.

Parmi ces indicateurs, trois ont été identifiés comme prioritaires et assortis d'une cible nationale. Les ARS sont invitées à les inscrire dans leurs projets régionaux de santé (PRS) :

- > le nombre de personnes en situation de handicap sous amendement Creton. La cible est une diminution de ce nombre de 20 % chaque année pendant toute la durée du PRS (cinq ans) ;
- > le taux de scolarisation des enfants handicapés. Ce taux devra être porté à 50 % à l'horizon 2020 et à 80 % au terme du PRS ;
- > la part des services dans l'offre médico-sociale. L'objectif est d'atteindre au moins 50 % de places de service à l'issue du PRS.

Ces indicateurs ciblent le champ « personnes handicapées », et la nécessaire évolution des outils de suivi devra à terme être appréhendée de manière globale et inclure une réflexion sur le champ des personnes âgées.

# Conclusion

---

Le champ de l'autonomie opère de profondes transformations dans le cadre de la mise en œuvre des politiques publiques médico-sociales dans les territoires. Elles impulsent une diversification des modalités d'accueil et d'accompagnement des personnes afin de répondre au défi de la satisfaction des besoins dans un contexte d'inclusion et de soutien des aidants.

La mise en œuvre de ces grandes orientations politiques s'appuie sur de nouveaux leviers qui œuvrent pour favoriser le soutien à l'autonomie et le maintien à domicile des personnes âgées comme des personnes handicapées, le répit des aidants, les actions de soutien à la vie ordinaire, l'inclusion scolaire, professionnelle ou encore l'inclusion sociale.

Cette nouvelle dynamique implique le passage à une logique de « parcours » et de réponse accompagnée, conduisant à un enrichissement des solutions proposées aux personnes âgées comme aux personnes handicapées, mais complexifiant par là même la planification de l'offre pour les autorités chargées des politiques de l'autonomie dans les territoires comme pour les gestionnaires.

Ainsi, l'allègement des contraintes administratives et l'évolution des outils traditionnels de la planification de l'offre sur lesquels cette dernière s'est construite témoignent de la volonté d'impulser une nouvelle approche de la planification et de la prise en compte des besoins des personnes et de leurs aidants. Cependant, elles rendent plus difficile leur suivi à l'échelle nationale.

De ce fait, la substitution progressive de formes plus ouvertes d'appels à initiative des opérateurs, qu'ils soient médico-sociaux ou non, pose la question de la mesure de leur contribution à l'évolution de l'offre, ainsi que celle de l'évolution des outils et des modalités de suivi de la transformation de l'offre médico-sociale.

# Annexes

## Annexe 1 : Glossaire

**AAP** : Appel à projets

**AAC** : Appel à candidatures

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

**AJ** : Accueil de jour

**AMI** : Appel à manifestation d'intérêt

**ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

**APA** : Allocation personnalisée d'autonomie

**ARACT** : Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail

**ARS** : Agence régionale de santé

**CAMSP** : Centre d'action médico-sociale précoce

**CMP** : Centre médico-psychologique

**CMPP** : Centre médico-psychopédagogique

**CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

**DGARS** : Directeur général de l'agence régionale de santé

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

**EAM** : Établissement d'accueil médicalisé

**EDAP** : Équipe de diagnostic autisme de proximité

**EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**ENI** : Extension non importante

**ESA** : Équipe spécialisée Alzheimer

**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

**GEM** : Groupe d'entraide mutuelle

**HAS** : Haute autorité de santé

**HP** : Hébergement permanent

**HR** : Handicaps rares

**HT** : Hébergement temporaire

**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 soin dans le champ de l'autonomie

**MAS** : Maison d'accueil spécialisée

**MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées

**MN** : Mesures nouvelles

**MND** : Maladies neurodégénératives

**PA** : Personne âgée

**PAD** : Personne âgée dépendante

**PASA** : Pôle d'activité et de soins adaptés

**PCD** : Président du conseil départemental

**PCPE** : Pôle de compétences et de prestations externalisées

**PFR** : Plateforme d'accompagnement et de répit

**PH** : Personne handicapée

**PHV** : Personne handicapée vieillissante

**PMND** : Plan maladies neurodégénératives

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

**PSGA** : Plan solidarité grand âge

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

**SEPPIA** : Suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations

**SESSAD** : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

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

**SSIAD** : Service de soins infirmiers à domicile

**UAS** : Unité d'accompagnement et de soutien

**UCC** : Unité cognitivo-comportementale

**UE ou UEM** : Unité d'enseignement en maternelle

**UHR** : Unité d'hébergement renforcée

**UVPHA** : Unité de vie pour personnes handicapées âgées

## Annexe 2 : Région Auvergne-Rhône-Alpes

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAP	ARS/CD Haute-Savoie	PA	Accueil de jour itinérant	Alzheimer ou maladies apparentées/PAD
AAP	ARS/CD Haute-Savoie	PH adultes	Établissement d'accueil médicalisé	SEP
AAP	ARS/CD Rhône	PA	Accueil de jour itinérant	Alzheimer ou maladies apparentées/PAD
AAP	ARS/CD Isère	PH adultes	SAMSAH	Handicap psy
AAP	ARS/CD Métropole de Lyon	PH adultes	Établissement d'accueil médicalisé	Autisme-TED/handicap psy
AAP	ARS/CD Savoie	PH adultes	SAMSAH	Handicap psy
AAP	ARS	PH adultes/PHV	SSIAD	Toute déficience
AAP	ARS	PH adultes	MAS	Handicap psy
AAC	ARS/CD Cantal	PH adultes	SAMSAH	Handicap psy
AAC	ARS/CD Puy-de-Dôme	PH adultes	SAMSAH	Handicap psy
AAC	ARS/CD Rhône	PH adultes	SAMSAH	Handicap psy
AAC	ARS/CD Haute-Savoie	PH adultes	SAMSAH	Handicap psy
AAC	ARS	PA	IDE de nuit	PAD
AAC	ARS/CD Métropole de Lyon	PH adultes	Dispositif innovant d'habitat inclusif à caractère expérimental	Autisme-TED

## Annexe 3 : Région Bourgogne–Franche-Comté

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAC	ARS	PA/PH	Professionnalisation et attractivité des professionnels et des métiers en ESMS	–
AAC	ARS	PH	Soutien des gestionnaires participant à la transformation de l'offre PH dans une visée résolument inclusive	Toute déficience
AAC	ARS	PA/PH	Amélioration des conditions de vie au travail dans les ESMS	–
AAC	ARS	PA/PH	Soutien de l'évolution d'une offre de services à domicile dans un objectif de renforcement du soutien à domicile et comme alternative à l'institutionnalisation	PAD/toute déficience
AAC	ARS	PA	PASA	Alzheimer ou maladies apparentées
AAC	ARS	PA/PHV	EHPAD/MAS	Toute déficience

## Annexe 4 : Région Bretagne

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAC	ARS	PA	PFR	Alzheimer jeunes
AAC	ARS	PA	EHPAD	Toute déficience
AAC	ARS	PH enfants	Dispositif de diagnostic simple et d'interventions de proximité pour les enfants avec TED	Autisme-TED
AAC	ARS	PA	UHR	Alzheimer ou maladies apparentées
AAC	ARS	PA	PASA	Alzheimer ou maladies apparentées
AAC	ARS	PH adultes	GEM	Handicap psy/cérébrolésés
AMI	ARS	PH enfants et adultes	ESMS	Toute déficience

## Annexe 5 : Région Centre-Val de Loire

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAP	ARS/CD Indre-et-Loire	PH adultes	SAMSAH	Autisme-TED
AAP	ARS/CD Indre-et-Loire	PA/PH	HT	PAD/PHV
AAP	ARS/CD Indre-et-Loire	PA/PH	EHPAD	MND/PHV DI
AAC	ARS	PA	EHPAD/établissement de santé/SSIAD	Toute déficience
AAC	ARS	Aidants PA	Actions de formation, d'information et de sensibilisation, de soutien psychosocial en faveur des proches aidants	MND

## Annexe 6 : Région Corse

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAC	ARS/MDPH	PH enfants et adultes	PCPE	Toute déficience
AAC	ARS/MDPH	PH enfants et adultes	PCPE	Autisme-TED
AAC	ARS	PA	UHR	MND
AAP	ARS	PH adultes	MAS	Autisme-TED
AAP	ARS	Aidants (PH enfants et adultes)	PFR	Autisme-TED
AAC	ARS	PA	ESA	Alzheimer ou maladies apparentées

## Annexe 7 : Région Grand-Est

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAP	ARS/CD Meuse	PH adultes	SAMSAH	Toute déficience
AAC	ARS/ARACT	PA	EHPAD	–
AAC	ARS	PA	Dispositifs d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit en EHPAD	PAD
AAC	ARS	PH adultes	Dispositifs emploi accompagné	Toute déficience
AAC	ARS	Aidants PA	Actions de formation, d'information et de sensibilisation, de soutien psychosocial en faveur des proches aidants	MND

## Annexe 8 : Région Guyane

Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAP	ARS	PA/PH adultes	Plateforme de services MS	Handicap psy

## Annexe 9 : Région Hauts-de-France

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AMI	ARS	PA/PH	Amélioration des conditions de vie au travail dans les ESMS	Toute déficience
AAP	ARS	PA	ESA	ESA
AAP	ARS	PH adultes	GEM	Handicap psy/cérébrolésés et TC
AAP	ARS	PH enfants et adultes	PCPE	Toute déficience
AAC	ARS	Aidants PA	PFR	MND
AAC	ARS/CD Aisne	PH adultes	UVPHA	PHV
AAC	ARS	PH adultes	UAS	Handicap psy
AAP	ARS	PH enfants	Équipes mobiles	Situation complexe
AAP	ARS	PH adultes	Dispositifs d'accompagnement et de soins en milieu ordinaire	Handicaps lourds/polyhandicap

## Annexe 10 : Région Île-de-France

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAC	ARS	Aidants PA	PFR	MND
AAP	ARS	PA	UHR	MND
AAP	ARS/CD Essonne	PH adultes	EAM	Autisme-TED
AAP	ARS/CD Essonne	PH adultes	EAM + EAM « hors les murs »	Polyhandicap
AAP	ARS	PA	ESA	Alzheimer ou maladies apparentées
AAP	ARS	PA	ESA	Alzheimer ou maladies apparentées
AAC	ARS	PA	EHPAD	PAD
AMI	ARS	PH enfants et adultes	Projets d'extension visant la mise en œuvre accélérée de solutions nouvelles permettant de développer l'autonomie des personnes en situation de handicap	Toute déficience
AAC	ARS/AGEFIPH-FIPHFP/DIRECCTE	PH adultes	Dispositifs emploi accompagné	Toute déficience
AAC	ARS	PH adultes	Habitats inclusifs	Toute déficience
AAC	ARS	PA	EHPAD	PAD
AAC	ARS	PA	SSR	Alzheimer ou maladie apparentée
AAC	ARS	PA	Continuité des soins la nuit en EHPAD	PAD

## Annexe 11 : Région Martinique

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAP	ARS/Collectivité territoriale de Martinique	PA	EHPAD « hors les murs »	PAD
AAP	ARS/Collectivité territoriale de Martinique	PA	EHPAD « hors les murs »	PAD
AAP	ARS	PA	UHR	MND
AAP	ARS	PA	CLACT	PAD
AAP	ARS	PH adultes	GEM	Handicap psy et/ou TC et lésion cérébrale
AAP	ARS	Aidant PA	PFR	MND/PAD

## Annexe 12 : Région Normandie

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAC	ARS	PA	EHPAD (promotion de l'activité physique)	PAD
AAP	ARS/CD de la Manche	PH adultes	MAS + EAM	Polyhandicap/HR
AAC	ARS	Aidants PA	Formation, soutien, information/sensibilisation en faveur des aidants	MND
AAC	ARS	PA/PH	Dispositifs expérimentaux d'astreinte infirmière de nuit territoriale EHPAD – MAS – FAM	PAD
AAC	ARS	PH enfants	Équipes spécialisées dans l'intervention précoce	Autisme-TED
AAC	ARS	PH enfants et adultes/PAD	Dispositifs de consultations dédiées pour les personnes en situation de handicap	Toute déficience

## Annexe 13 : Région Nouvelle-Aquitaine

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAP	ARS	PA	ESA	Alzheimer ou maladies apparentées
AAC	ARS	PA/PH –couple aidant/aidé – personnel du SSIAD ou SPASAD	Expérimentation d'un temps de psychologue en SSIAD ou SPASSAD	MND
AAP	ARS	PA	UHR	MND
AAC	ARS	PA	EHPAD	PAD
AAC	ARS	PA	IDE de nuit en EHPAD	PAD
AAP	ARS	PA	MAT	PAD, MND, PA autonomes isolées
AAC	ARS	Aidants PA	PFR	MND
AAC	ARS	PA	Développement d'une activité de téléconsultation et de téléexpertise en EHPAD	Toute déficience
AAP	ARS	PH adultes	SSIAD/SPASAD	Toute déficience
AAP	ARS	PH enfants	SESSAD	Autisme-TED

## Annexe 14 : Région Occitanie

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAP	ARS/CD Aveyron	PH adultes	SAMSAH	Handicap psy
AAP	ARS/CD	PH adultes	EAM	Autisme-TED
AAP	ARS	PH enfants	Unités régionales de répit rattachées à des instituts médico-éducatifs	DI/autisme-TED/HR
AAC	ARS/AGEFIPH-FIPHFP	PH adultes	Dispositif emploi accompagné	Toutes déficiences
AAP	ARS/CD Ariège	PH adultes	UVPHA	PHV
AAC	ARS/CD Aude, Gard, Haute-Garonne, Hérault, Tarn-et-Garonne	PA	UHR	MND
AAC	ARS	PA	ESA	Alzheimer ou maladies apparentées
AAC	ARS	PA	SSIAD	Alzheimer ou maladies apparentées
AAC	ARS	PA	EHPAD	PAD
AAC	ARS	PH enfants	UEM	Autisme-TED

## Annexe 15 : Région Océan Indien

Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAC	ARS	PA	Équipe spécialisée maladie neurodégénérative	MND
AAP	ARS	PH enfants	ITEP	TCC
AAP	ARS	PH enfants et adultes	PCPE	Toute déficience
AAP	ARS	PH enfants et adultes	Unités handicaps rares	HR

## Annexe 16 : Région Pays de la Loire

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAC	ARS	EHPAD	Amélioration des conditions de travail (personnel soignant exerçant de nuit)	–
AAP	ARS	PH enfants et adultes	Promouvoir l'innovation au service des personnes présentant un handicap sensoriel	Handicap sensoriel
AMI	ARS	PH enfants et adultes	Transformation de l'offre médico-sociale en faveur de personnes en situation de handicap	Toute déficience
AAP	ARS	PA	SSR	Alzheimer ou maladies apparentées
AAC	ARS	PA	Dispositif d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit en EHPAD	PAD
AAP	ARS	PA/PH	CLACT <sup>4</sup>	–
AAP	ARS	PA	EHPAD/SSIAD (promotion de l'activité physique)	PAD
AAP	ARS	PH enfants et adultes	ESMS PH (promotion de l'activité physique)	Toute déficience

<sup>4</sup> Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail.

## Annexe 17 : Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

### Répartition des AAP/AAC/AMI par compétences, catégories de publics, catégories d'ESMS/dispositifs et déficiences

Procédures (AAP/AAC/AMI)	Compétences	Catégories de public	Catégories d'ESMS/dispositifs	Déficiences
AAC	ARS	PA/aidant	Mise en place expérimentale de « Relayage »	PAD
AAC	ARS	PA	Dispositif d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit en EHPAD	PAD
AAC	ARS	PH enfants	Offre de répit pour les enfants en situation de handicap	Toute déficience
AAP	ARS/CD Alpes-Maritimes	PH adultes	SAMSAH	Toute déficience
AAC	ARS	PA	EHPAD « hors les murs »	PAD

[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)  
[www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)



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

 **cnsa**  
Caisse nationale de  
solidarité pour l'autonomie