

**Juillet 2022**

Bilan de l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées – 2020





# Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Les crédits disponibles en 2020 pour transformer et développer l'offre ....</b>	<b>7</b>
Dans le champ du handicap : 280 millions d'euros restaient à engager ou à consommer fin 2019.....	8
Dans le champ des personnes âgées : 140 millions d'euros restaient à engager ou à consommer fin 2019 .....	11
Une palette diversifiée d'autres leviers de financement.....	14
<b>2 Le développement général de l'offre en 2020.....</b>	<b>17</b>
Dans le champ du handicap .....	17
Dans le champ des personnes âgées.....	19
<b>3 L'offre par thématique .....</b>	<b>23</b>
Les dynamiques partenariales et de coopération territoriale.....	23
Le développement de l'offre tournée vers le milieu ordinaire dans le champ du handicap ....	26
Le développement de l'offre d'appui et de soins à domicile dans le champ des personnes âgées .....	35
L'offre de répit (suivie à travers les financements des ARS).....	36
L'offre en établissement.....	39

<b>4 Les disparités régionales d'équipement et autres indicateurs éclairant les besoins.....</b>	<b>43</b>
Des besoins d'accompagnement marqués par le vieillissement de la population.....	43
Des disparités d'équipement médico-social dans le champ des personnes âgées .....	46
Évolution de l'équipement jusqu'à 2025 dans le champ des personnes âgées en tenant compte de la programmation pluriannuelle des ARS.....	48
Écart interdépartemental et évolution de l'offre en soutien à l'autonomie des personnes âgées de 2006 à 2020 .....	49
L'évolution de l'équipement pour les personnes en situation de handicap jusqu'à 2025 en tenant compte de la programmation pluriannuelle des ARS.....	50
Écart interdépartemental et évolution de l'offre en soutien à l'autonomie des personnes handicapées de 2006 à 2020.....	53
<b>5 La programmation de l'offre par les ARS à l'horizon 2025, en réponse aux besoins identifiés .....</b>	<b>55</b>
Dans le champ du handicap : une consommation prévisionnelle 2021 en augmentation de 30 % par rapport à 2020 .....	55
Une utilisation des crédits issus des plans en faveur des personnes âgées qui reste importante à l'horizon 2025.....	57
<b>Conclusion.....</b>	<b>59</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>61</b>

# Introduction

---

Le contexte sanitaire exceptionnel de l'année 2020 a lourdement pesé sur le secteur médico-social. Outre l'impact extrêmement fort de la pandémie et des mesures de confinement que sa gestion a conduit à imposer aux personnes et aux familles durant cette année de crise, c'est aussi l'ensemble des acteurs de l'accueil et de l'accompagnement qui ont dû s'adapter au fil de l'eau à ces conditions exceptionnelles.

Ce contexte s'est traduit sur le plan des crédits de fonctionnement alloués par les agences régionales de santé au secteur par une campagne budgétaire inhabituelle dans son calendrier, dans son contenu et dans son ampleur : cette campagne a été ajustée tout au long de l'année et a donné lieu à trois délégations de crédits (été, automne et hiver 2020) pour s'achever le 5 mars 2021. 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 ponctuelles ou pérennes (prime COVID, prime Grand âge, prime attractivité, premières mesures de revalorisation du Ségur de la santé) constituant des enveloppes de crédits d'une ampleur sans précédent, avec un niveau de cadrage laissant une importante capacité d'adaptation aux enjeux locaux.

Ainsi, **l'instruction du 5 juin 2020** a marqué le lancement de la campagne budgétaire 2020 et a porté sur, outre les premiers éléments de revalorisation et de gratification salariales et une première tranche de compensation des impacts économiques de la crise, des crédits dédiés au développement de l'offre de grande ampleur, en particulier dans le champ du handicap, mais aussi pour le soutien à la médicalisation et à la sécurisation des accompagnements en établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les deux instructions suivantes ont essentiellement porté sur la poursuite des mesures salariales et d'accompagnement des gestionnaires dans la gestion de la crise sanitaire.

Malgré leur intense mobilisation autour de la gestion de la pandémie, les ARS ont veillé à poursuivre 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 l'assurance maladie. Il est donc centré sur les réalisations soutenues par les ARS dans le secteur médico-social en 2020.

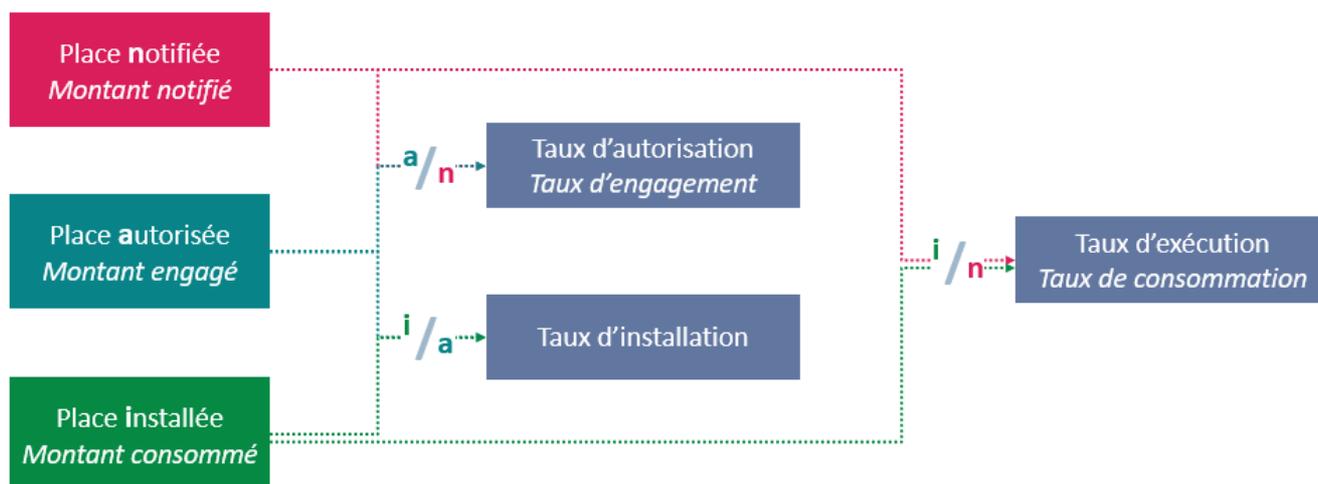
## **Précisions quant aux données utilisées pour les analyses restituées dans ce document :**

Le présent document s'appuie sur une extraction de l'outil de suivi de la programmation des ARS, dit SEPPIA<sup>1</sup>, en date du 23 juin 2021. Il fait le point sur les réalisations au 31 décembre 2020 et sur les évolutions futures programmées par les ARS jusqu'en 2025. L'analyse des programmations des ARS exclut les enveloppes nouvelles octroyées dans le cadre de la campagne budgétaire 2021. Sur la partie budgétaire, les données analysées ont été extraites le 9 mars 2021 de l'application HAPI qui décline la tarification des établissements et services médico-sociaux.

---

<sup>1</sup> Lorsque des consommations de crédits et des installations de places au 31 décembre 2019 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 2020 pour transformer et développer l'offre

Les ARS ont disposé en 2020, pour transformer et développer l'offre médico-sociale, d'un total de **684 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 2019	280 M€	140 M€
Nouvelles délégations de crédits en 2020	252 M€	12 M€

Les montants plus élevés dans le champ du handicap s'expliquent par les mesures nouvelles dont le secteur a bénéficié ces dernières années : stratégie quinquennale de transformation de l'offre, prévention des départs en Belgique, situations critiques, stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement (simplifiée en « stratégie nationale pour l'autisme » dans la suite de ce document).

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

- **Le redéploiement** : il s'agit de 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 ;
- **La marge de gestion** : il s'agit de 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 MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), l'habitat inclusif, le déploiement du système d'information de suivi des orientations (SISDO), l'emploi accompagné. Conformément à l'article L. 1435-10 du Code de la santé publique (CSP), un bilan national du FIR est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Le rapport établi par le ministère pour l'année 2020 est disponible en ligne<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> [Fonds d'intervention régionale. Rapport d'activité 2020.](#)

## Dans le champ du handicap : 280 millions d'euros restaient à engager ou à consommer fin 2019

### Des crédits restaient à engager au titre des stratégies et plans nationaux (214 millions d'euros)

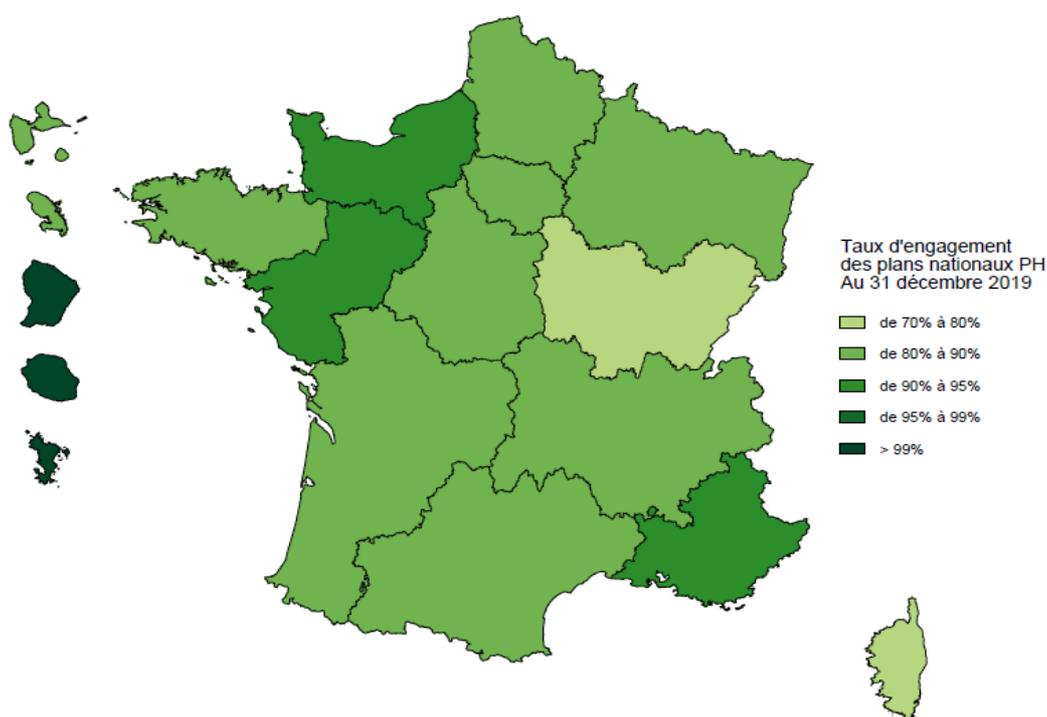
Les autorisations d'engagement octroyées aux ARS dans le cadre des plans et stratégies nationaux constituent un des leviers pour financer la création d'établissements ou de services médico-sociaux.

Le taux d'engagement de ces crédits fin 2019 laissait une part non négligeable de crédits mobilisables pour de nouvelles créations : au total, **214 millions d'euros**, soit **12 % des crédits notifiés**, restaient à engager en amont de la campagne budgétaire 2020. Ils se répartissaient comme suit :

- **Programme pluriannuel du handicap (PPH) et schémas handicaps rares : 19 millions d'euros**, soit 2 % des crédits notifiés ;
- **Troisième plan autisme (2013-2017) : 7 millions d'euros**, soit 4 % des crédits notifiés ;
- **Stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale (2017-2021) : 76 millions d'euros**, soit 42 % des crédits notifiés ;
- **Plan de prévention des départs en Belgique (2016-2018) : 8 millions d'euros**, soit 28 % des crédits notifiés ;
- **Situations critiques (2019) : 13 millions d'euros**, soit 85 % des crédits notifiés ;
- **Stratégie nationale pour l'autisme (2018-2022) : 91 millions d'euros**, soit 86 % des crédits notifiés.

En toute logique et comme fin 2018, 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 2019



## Une part des crédits engagés restait à consommer (66 millions d'euros, toutes enveloppes confondues)

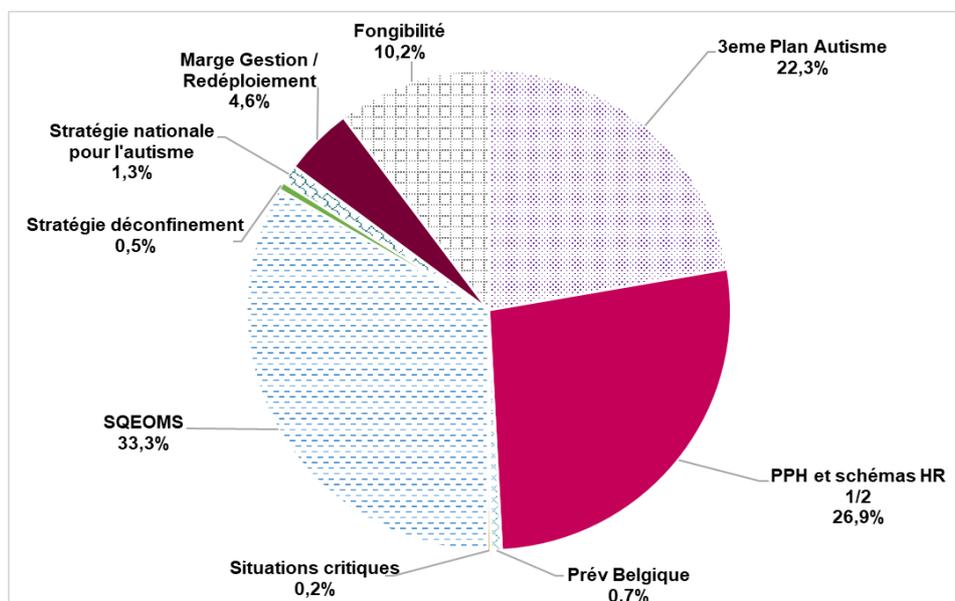
Les projets de création d'établissements ou de services médico-sociaux autorisés qui n'avaient pas été installés fin 2019 représentent une enveloppe de **66 millions d'euros, toutes origines de crédits confondues, soit 1 400 places**.

Une grande majorité de ces crédits restant à consommer (85 %) sont issus des stratégies et plans nationaux (figure 2).

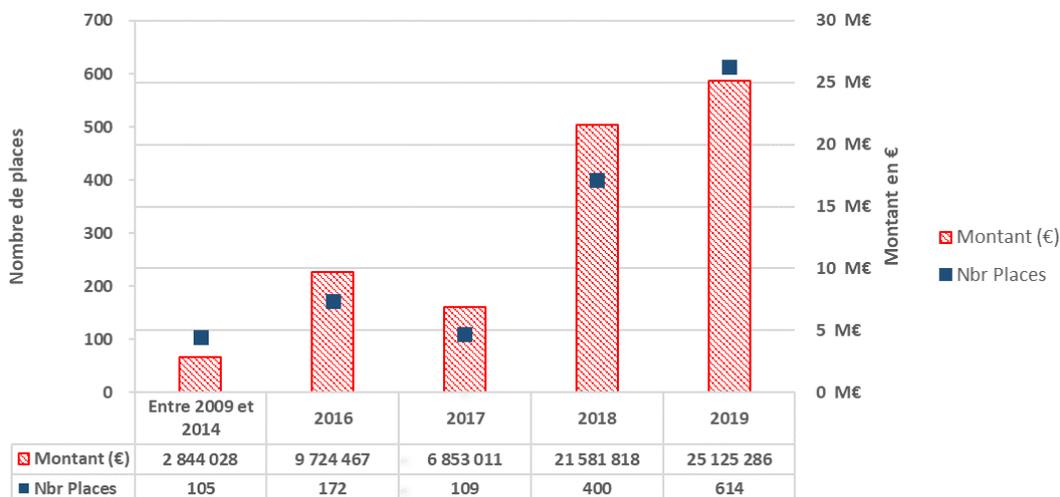
Près des trois quarts des places (72 %) correspondent à des projets autorisés en 2018 et 2019 (figure 3).

Ces crédits engagés mais non consommés concernent essentiellement le **développement de l'offre en établissement (96 % des 66 millions d'euros) pour les adultes (80 % des places en établissement)**. Il s'agit essentiellement de **places d'internat (916 sur les 1 400 places non installées)** : 490 en foyer d'accueil médicalisé (FAM), 347 en maison d'accueil spécialisée (MAS) et 79 places pour enfants.

**Figure 2 : Origine des crédits non consommés au 31 décembre 2019**



**Figure 3 : Crédits restant à consommer par année d'engagement, en montant et en nombre de places, au 31 décembre 2019**



## De nouveaux crédits en 2020

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 2020 s'élèvent au total à **252 millions d'euros**.

Elles se décomposent ainsi :

- > **Stratégie déconfinement : 75 millions d'euros ;**
- > **Soutien à la scolarisation : 29 millions d'euros** répartis en :
  - 10 millions d'euros pour créer des équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS),
  - 8,1 millions d'euros rattachés à la stratégie nationale pour l'autisme (SNA) pour amplifier la scolarisation élémentaire des élèves présentant un trouble du spectre de l'autisme,
  - 11,1 millions d'euros rattachés à la SNA pour développer la scolarisation du second degré ;
- > **Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 : 15 millions d'euros**, première tranche de crédits pour développer les dispositifs croisés entre les champs de la protection de l'enfance et du handicap ;
- > **Prévention des départs non souhaités pour la Belgique : 90 millions d'euros**, notifiés aux trois ARS les plus concernées par ces départs (Hauts-de-France, Grand Est et Île-de-France) ;
- > **Situations critiques : 10 millions d'euros** notifiés aux 15 ARS qui n'ont pas bénéficié du plan de prévention des départs en Belgique ;
- > **Communautés « 360 » : 24 millions d'euros** répartis en :
  - 10 millions d'euros pour mettre en place les équipes territoriales,
  - 14 millions d'euros pour activer les solutions de proximité ;
- > **Offre de répit : 5,55 millions d'euros**, répartis en :
  - 3 millions d'euros issus de la stratégie Agir pour les aidants,
  - 2,55 millions d'euros issus de la stratégie nationale pour l'autisme ;
- > **Plateformes de coordination et d'orientation (PCO) : 3 millions d'euros** pour la dernière tranche de crédits dédiés à leur développement dans le cadre de la SNA.

## Dans le champ des personnes âgées : 140 millions d'euros restaient à engager ou à consommer fin 2019

Des crédits restaient à engager à la fin des plans nationaux dédiés aux personnes âgées (89 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**.

Au regard du **1,15 milliard d'euros** de crédits notifiés<sup>3</sup> par la CNSA aux ARS au titre de ces trois plans, la part restant à engager est relativement faible : **89 millions d'euros, soit 8 % des crédits notifiés**.

- > **Plan Solidarité grand âge (PSGA) : 76,3 millions d'euros** (9 % des crédits notifiés) ;
- > **Plan Alzheimer : 2,6 millions d'euros** (1 % des crédits notifiés) ;
- > **Plan Maladies neurodégénératives : 10,1 millions d'euros** (21 % 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 (le plan Maladies neurodégénératives est le plus récent).

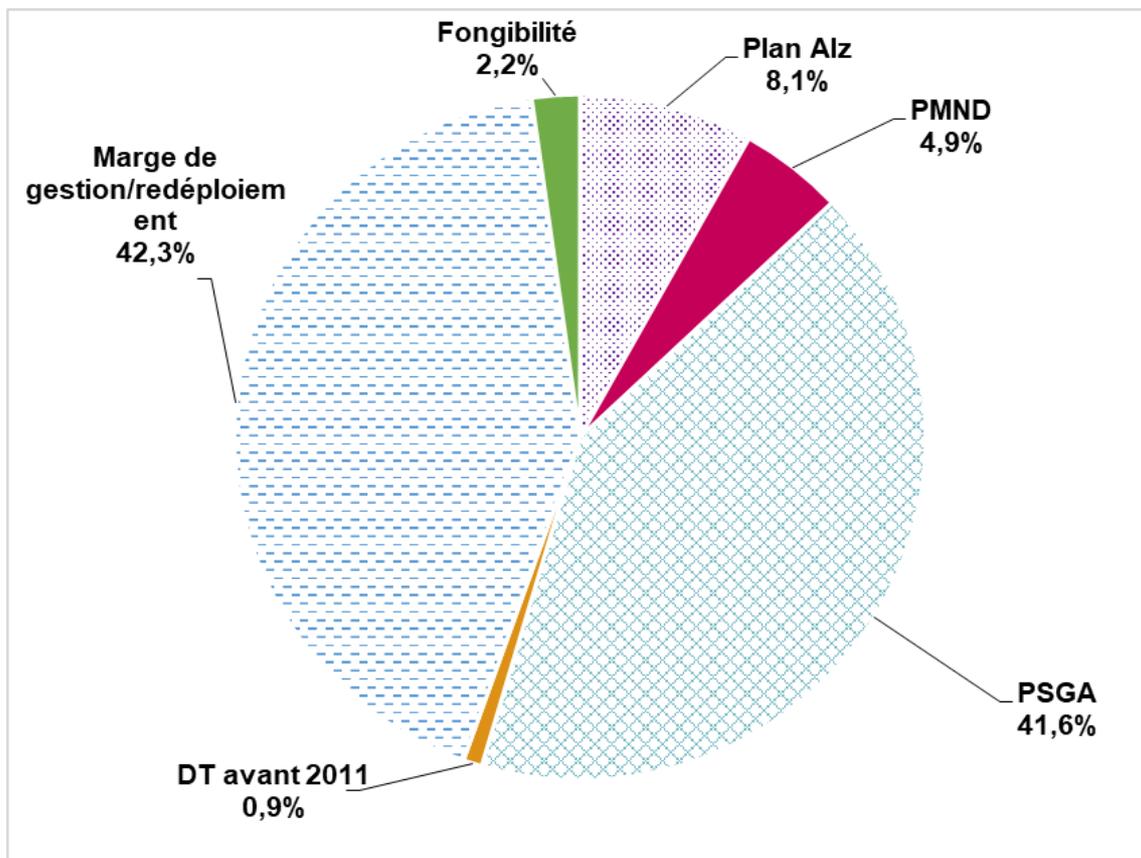
---

<sup>3</sup> Comprenant les crédits issus du plan de relance d'un montant de 38,89 millions d'euros intégrés dans le PSGA dans SEPPIA.

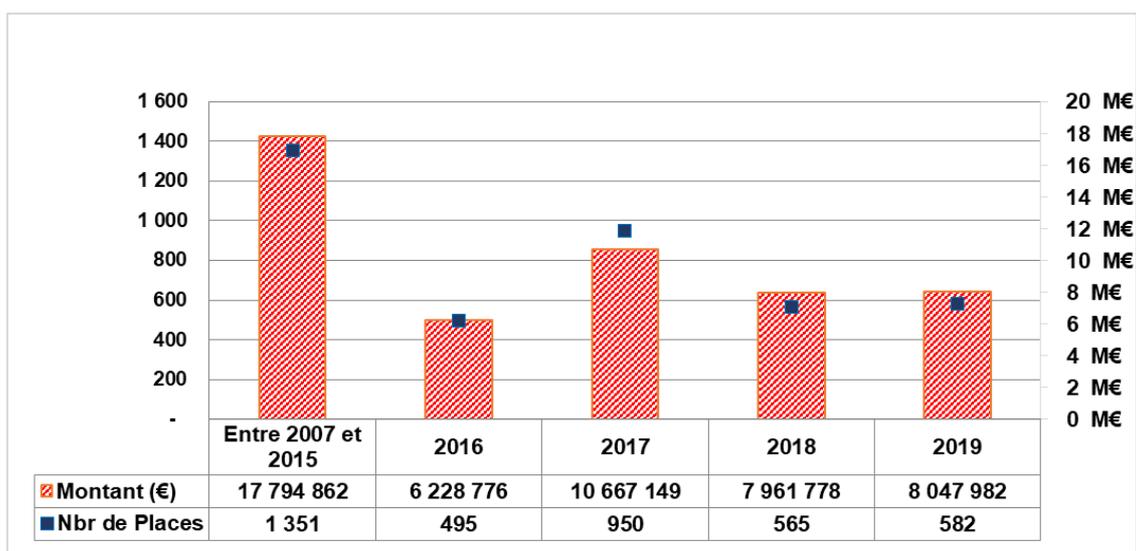


Sur l'ensemble de la période étudiée (2007-2019), les crédits engagés mais non consommés visent essentiellement à développer l'offre en établissement (90 %).

**Figure 4 : Origine des crédits engagés mais non consommés au 31 décembre 2019**



**Figure 5 : Crédits restant à consommer par année d'engagement, en montant et en nombre de places, au 31 décembre 2019**



## De nouveaux crédits en 2020

De nouvelles notifications d'autorisation d'engagement ou de délégations de crédits de paiement sont venues abonder en 2020 les crédits consacrés au secteur des personnes âgées en perte d'autonomie : **12 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 **16 millions d'euros** pour généraliser les astreintes infirmières de nuit en EHPAD.

Un plan pluriannuel 2018-2022 de financement de **plans de prévention en direction des résidents d'EHPAD** pilotés par les ARS est intégré à la feuille de route Grand âge et autonomie annoncée en mai 2018. Ce plan vise le développement d'actions de prévention, en priorité collectives, ciblées sur l'activité physique adaptée, la santé buccodentaire, la prise en charge des troubles psycho-comportementaux et de la dépression, la prévention de la dénutrition, la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse et le risque de chute. Ce plan 2018-2022 prévoyait l'allocation aux ARS de 15 millions d'euros en 2018 puis de **30 millions d'euros chaque année** à partir de 2019, financés par l'assurance maladie.

**La généralisation de l'astreinte de personnel infirmier de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD d'un même territoire** devait s'achever en 2020, avec **16 millions d'euros** délégués aux ARS.

Ce dispositif permet aux équipes présentes la nuit en EHPAD (aides-soignantes et agents de service hospitalier) de solliciter dans certains cas ce personnel infirmier plutôt que de recourir aux médecins de garde ou aux services hospitaliers des urgences.

## 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°2020-04 du 4 juin 2020<sup>4</sup> fixe pour 2020 les montants délégués par la CNSA aux ARS pour le financement :

- > Des **GEM : 42 839 321 euros** ;
- > Des **MAIA : 96 286 708 euros**.

La CNSA a également délégué dans le FIR **2 880 000 euros** (160 000 euros par ARS), dédiés à la phase d'amorçage du programme « **ESMS numérique** » en novembre 2020<sup>5</sup>.

Dans le champ de **l'emploi accompagné**, des crédits du programme 157 de l'État ont été délégués aux ARS en 2020 à hauteur de **13,8 millions d'euros** via le FIR, en complément des fonds versés à l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) et au Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).

---

<sup>4</sup> Décision n° 2020-04 du 4 juin 2020 fixant pour 2020 le montant des contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle, de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnés au I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, et des crédits destinés au financement du forfait pour l'habitat inclusif, faisant suite à l'arrêté du 16 avril 2020 fixant pour l'année 2020 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale.

<sup>5</sup> Arrêté du 13 novembre 2020 modifiant l'arrêté modifié du 30 juillet 2020 fixant pour l'année 2020 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale.

## 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 tels que :

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

## Des crédits non reconductibles

Des enveloppes de crédits non reconductibles (CNR) nationaux ont été mobilisées en 2020 à des niveaux inédits en lien avec **la gestion de la crise sanitaire due au COVID-19** :

- > Une enveloppe de 750 millions d'euros de financements complémentaires pour le versement d'une prime exceptionnelle aux salariés des ESMS pour personnes âgées (506 millions d'euros) et pour personnes en situation de handicap (244 millions d'euros) ;
- > Dans le champ des personnes âgées, une enveloppe de crédits non reconductibles nationaux de 511 millions d'euros pour compenser les surcoûts exceptionnels des EHPAD et des SSIAD/SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) liés au renfort de personnel, à l'absentéisme pour les structures publiques et à l'achat de matériel (231 millions d'euros) et aux pertes de recettes d'hébergement (280 millions d'euros) ;
- > Dans le champ du handicap, une enveloppe de 20 millions d'euros pour faire face aux surcoûts immédiats liés aux renforts de personnel et à l'achat de matériel indispensable à la continuité d'activité des ESMS et 15 millions d'euros destinés à développer des solutions de recours pour accompagner les personnes malades du COVID-19, devant être isolées ou en situation de rupture d'accueil au domicile du fait de l'épidémie.

Par ailleurs, **13 millions d'euros** de financements complémentaires ont été délégués aux ARS à titre non reconductible pour soutenir les **démarches de qualité de vie au travail (QVT)**. Cette enveloppe s'ajoute aux 4 millions d'euros versés dans le cadre du FIR pour ce même champ d'action.

## 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.

En 2020, la CNSA a mobilisé 130 millions d'euros pour soutenir la modernisation des établissements et des services médico-sociaux.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> [Plus d'informations sur le PAI sur le site internet de la CNSA.](#)

## 2 Le développement général de l'offre en 2020

### Dans le champ du handicap

L'année 2020 est marquée par une dynamique d'installation dans les territoires nettement plus forte qu'en 2019, avec **une hausse de 85 % de la consommation des crédits** et la mise en œuvre d'une diversité de nouveaux dispositifs.

Cette dynamique tient largement à la mobilisation des organismes gestionnaires qui ont réussi, malgré le contexte de crise, à mettre en place les solutions programmées les années antérieures.

### Les crédits mobilisés : une consommation majoritairement issue des plans nationaux

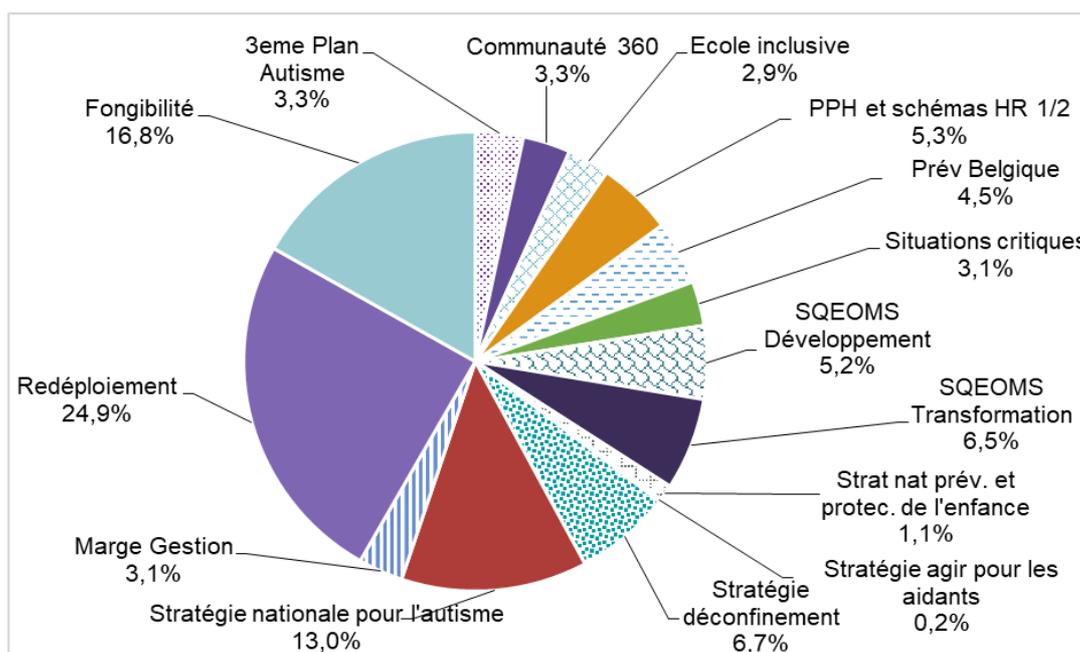
En 2020, **223,9 millions d'euros** ont été consommés par les ARS, toutes enveloppes confondues.

On distingue deux types d'installations :

- > Les nouveaux dispositifs qui ne se comptabilisent pas en nombre de places : **57,7 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 : **166,2 millions d'euros** ont été consommés pour l'installation de **6 335 places**.

La part des **crédits issus des plans nationaux** a fortement augmenté par rapport à 2019 : **55 % des installations (123,5 millions d'euros)** ont été financés en 2020 par ces crédits (figure 6), en progression de plus de 60 % par rapport à 2019 (70,1 millions d'euros).

Figure 6 : Origine des crédits consommés en 2020



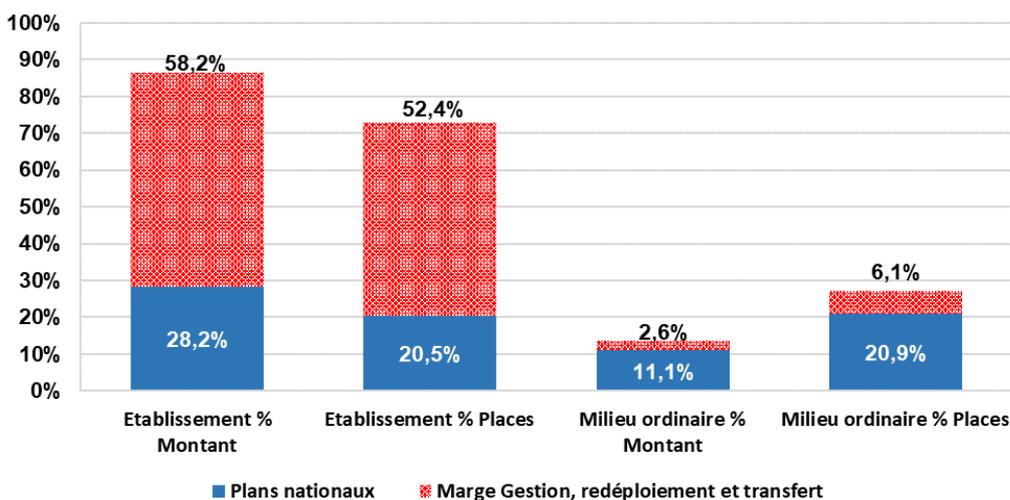
## Un développement de l'offre en milieu ordinaire plus marqué dans le champ de l'enfance

L'analyse des 6 335 places installées par les ARS en 2020 montre une différence entre le champ « adultes » et le champ « enfants » quant à l'offre en établissement ou en milieu ordinaire (services).

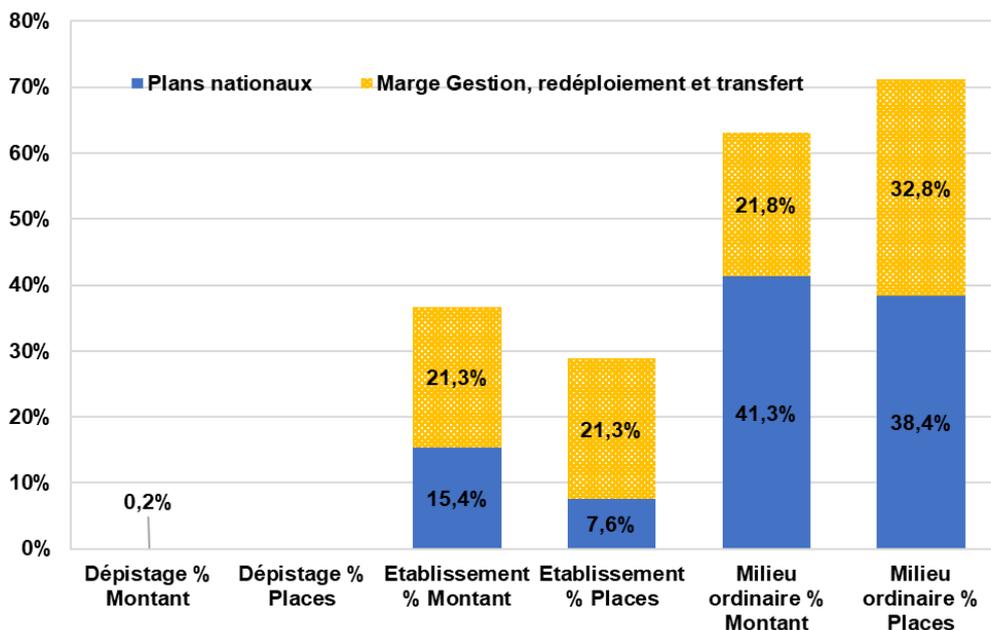
**Dans le champ « adultes »**, les installations sont plus importantes en établissement qu'en milieu ordinaire. Les places en établissement constituent 72,9 % des installations et 86,3 % des crédits consommés (figure 7).

*A contrario*, **dans le champ « enfants »**, la dynamique d'installation d'une offre de services en milieu ordinaire est plus forte. Ces places représentent 71,2 % des installations et 63,1 % des crédits consommés (figure 8).

**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 2020**



**Figure 8 : Installations de places dans le champ « enfants » en montants et en places, selon le type de place et l'origine du financement, en 2020**



## Dans le champ des personnes âgées

Comme en 2019, le développement général de l'offre pour les personnes âgées est marqué en 2020 par une consommation de crédits majoritairement issus (à hauteur de **62 %**) des enveloppes de marge de gestion et de redéploiement.

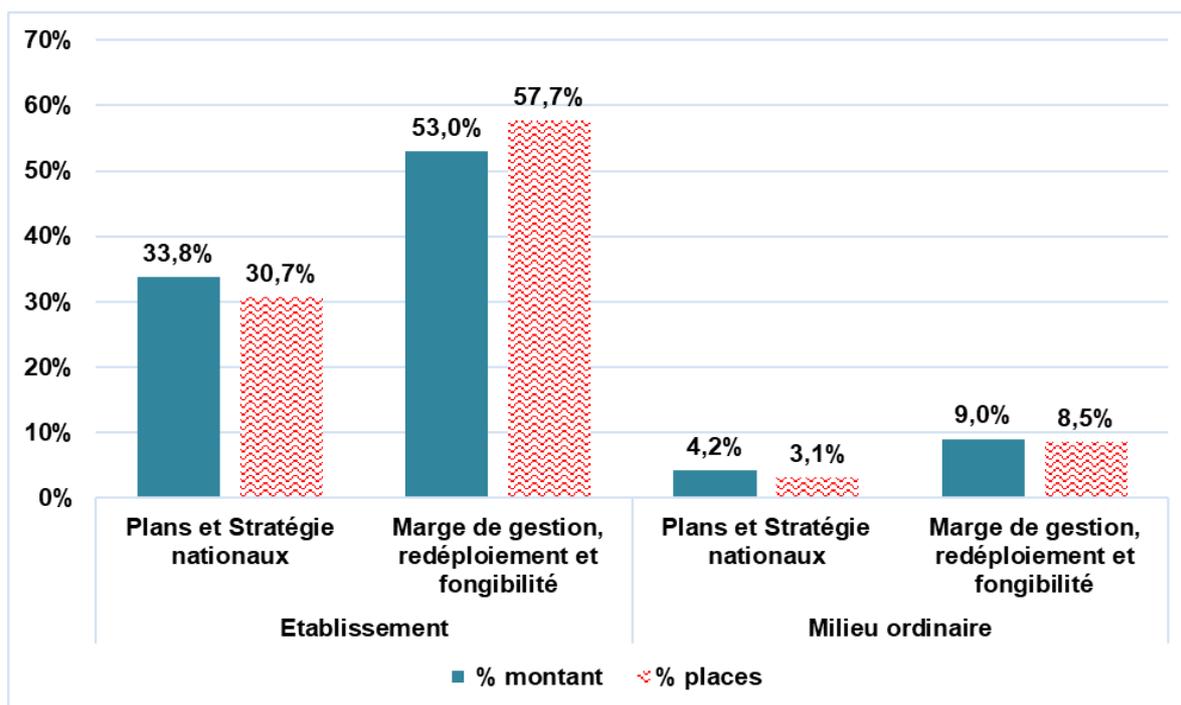
Les ARS ont donc maintenu, malgré le contexte de crise, la dynamique de transformation de l'offre sur leur territoire.

### Une dynamique d'installation de places qui se poursuit grâce à la mobilisation des ARS en 2020

En 2020, les ARS ont consommé **54,02 millions d'euros** pour installer **3 424 places**, toutes enveloppes confondues.

Le développement de l'offre porte principalement sur l'offre en établissements où le nombre de places installées est environ deux fois supérieur à celui des places en milieu ordinaire (services), qu'il s'agisse des crédits dits de transformation ou de développement de l'offre ou des crédits issus des plans et stratégies nationaux (figure 9).

**Figure 9 : Installation de places, en montants et en places, selon le type de place et l'origine du financement, en 2020**



## Enveloppes de transformation de l'offre et de fongibilité

La forte mobilisation des ARS se manifeste également par une utilisation majoritaire des leviers dont elles disposent pour répondre aux besoins dans le champ du grand âge. En 2020, elles ont utilisé de façon plus importante encore que les trois années précédentes les enveloppes dites de transformation de l'offre (marges de gestion et redéploiement) et de fongibilité, à hauteur de **33,5 millions d'euros, soit 62 % des crédits consommés**.

En 2020, 73 % de ces crédits ont été utilisés pour installer de l'hébergement permanent.

## Plans et stratégies nationaux

Les ARS ont consommé **20,52 millions d'euros** issus des plans et stratégies nationaux pour l'installation de **1 155 places en établissements et services**, dont 1 050 places en EHPAD.

Les crédits consommés dans le cadre de la stratégie Agir pour les aidants s'élèvent à 2,95 millions d'euros, soit 25 % des crédits notifiés en 2020 pour cette stratégie. La majeure partie (64 %) a permis l'installation des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR).

Enfin, comme pour les enveloppes propres des ARS, la création de places d'hébergement permanent est majoritaire dans l'utilisation de ces crédits (59 %).

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

Le plan Maladies neurodégénératives 2014-2019 est le dernier plan national de grande envergure destiné à développer l'offre pour les personnes âgées par la création de places. Néanmoins, le secteur a bénéficié de nombreuses mesures visant à l'adaptation de l'offre. Les moyens engagés pour la médicalisation des EHPAD en sont un exemple. Ils visent notamment à adapter l'offre d'accompagnement à l'évolution du profil des résidents, dont les besoins de soins médicaux sont croissants (figure 10).

La médicalisation des EHPAD s'inscrit dans la deuxième des trois grandes priorités fixées par la **feuille de route Grand âge et autonomie de mai 2018** :

- > Développer la prévention, à domicile comme en établissement ;
- > **Répondre aux besoins croissants de soins médicaux et pérenniser le financement des établissements ;**
- > Soutenir les professionnels.

## La convergence tarifaire

Dans la feuille de route, le ministère des Solidarités et de la Santé s'engageait notamment à ce que la réforme de la tarification des EHPAD engagée en 2017 ne conduise à aucune baisse des dotations des EHPAD, ni en soins ni en moyens relatifs à la dépendance.

Pour mémoire, cette réforme a instauré un financement forfaitaire des soins et de la dépendance. Dans ce modèle de tarification, l'allocation des ressources est objectivée par l'évaluation des besoins en soins et en soutien à l'autonomie des résidents. Les forfaits « soins » et les forfaits « dépendance » sont calculés pour chaque ESMS au moyen d'une équation 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 2020 au titre de la feuille de route Grand âge et autonomie pour la convergence sur le forfait « soins » s'élève à **251 millions d'euros**. Il permet notamment de recruter du personnel soignant médical et paramédical.

La convergence est presque achevée sur le volet « soins » (tableau 2). Les EHPAD en convergence positive, qui représentent 79,5% des places d'accueil en hébergement permanent, sont financés à hauteur de 96,8% du forfait soins cible à fin 2020. Les EHPAD en convergence négative sont également près de la cible.

**Tableau 2 : Convergence tarifaire du forfait soins fin 2020**

Écart par rapport au forfait « soins » cible	En montants	En places
EHPAD en convergence positive	96,8 %	79,5 %
EHPAD en convergence neutre	100,0 %	11,9 %
EHPAD en convergence négative	102,1 %	8,6 %

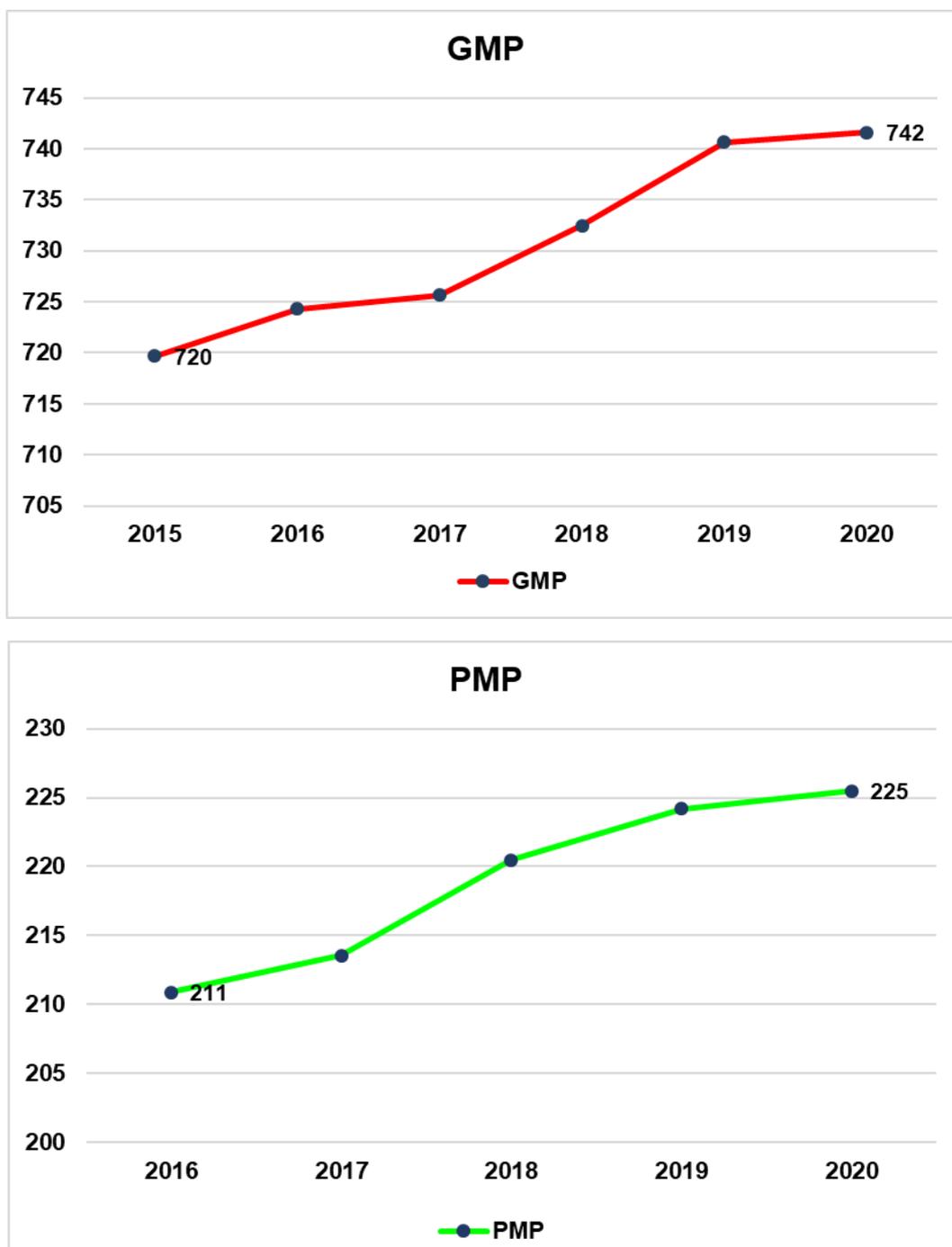
Source : HAPI 2020.

## 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 groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré (GMP) et le PATHOS moyen pondéré (PMP), qui croissent continument depuis 2016 (figure 10). 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 10 : Évolution du GIR moyen pondéré (GMP) et du PATHOS moyen pondéré (PMP) depuis 2016**



### 3 L'offre par thématique

## Les dynamiques partenariales et de coopération territoriale

### Initiation de la dynamique 360 : le déploiement des communautés 360 « COVID »

Lancé en période de déconfinement, le projet des communautés « 360 » vise à soutenir les initiatives de coopération renforcée émergentes dans chaque territoire. Elles doivent permettre d'accompagner les choix des personnes en situation de handicap en facilitant l'accès aux collectifs de réponses et de solutions territoriales.

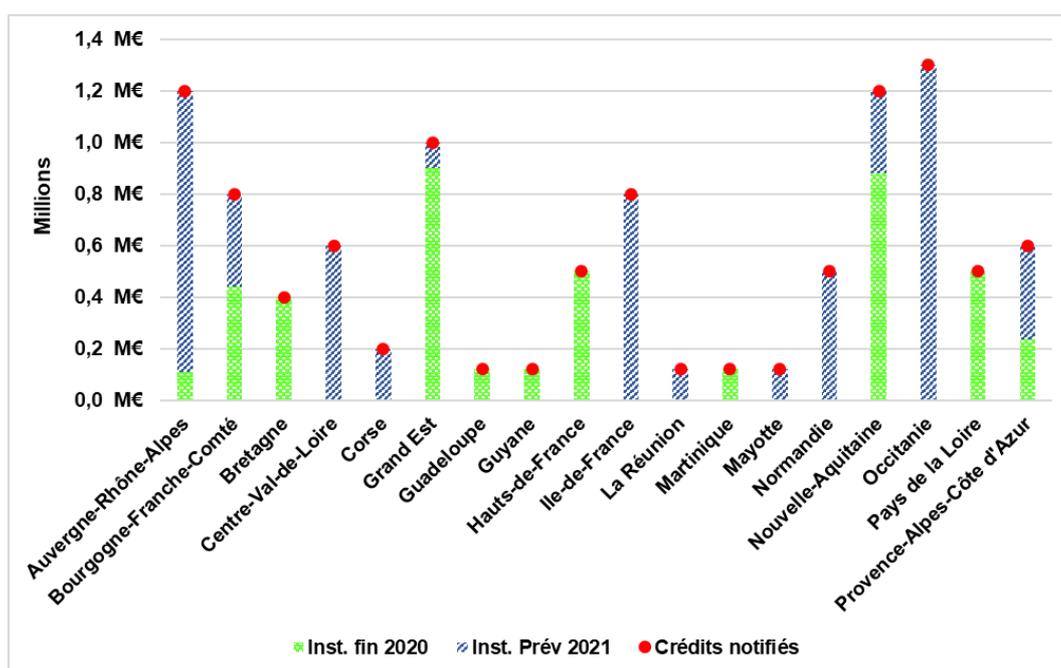
Des crédits spécifiquement fléchés ont été alloués aux ARS en 2020, d'une part pour **soutenir la structuration des communautés départementales à hauteur de 10,2 millions d'euros, soit 100 000 euros par projet départemental** et, d'autre part, pour **l'activation de solutions par les communautés « 360 »**, à hauteur de **13,9 millions d'euros**.

L'analyse des crédits consommés dans chaque région pour le déploiement des équipes « 360 » fait apparaître une certaine hétérogénéité (figure 11), mais elle ne reflète qu'imparfaitement les installations effectives. Par exemple, l'Occitanie a fait le choix d'utiliser des crédits non reconductibles pour développer des communautés en 2020, dans l'attente du cahier des charges définitif. C'est pourquoi les crédits qui lui ont été notifiés soutiendront des installations prévues en 2021.

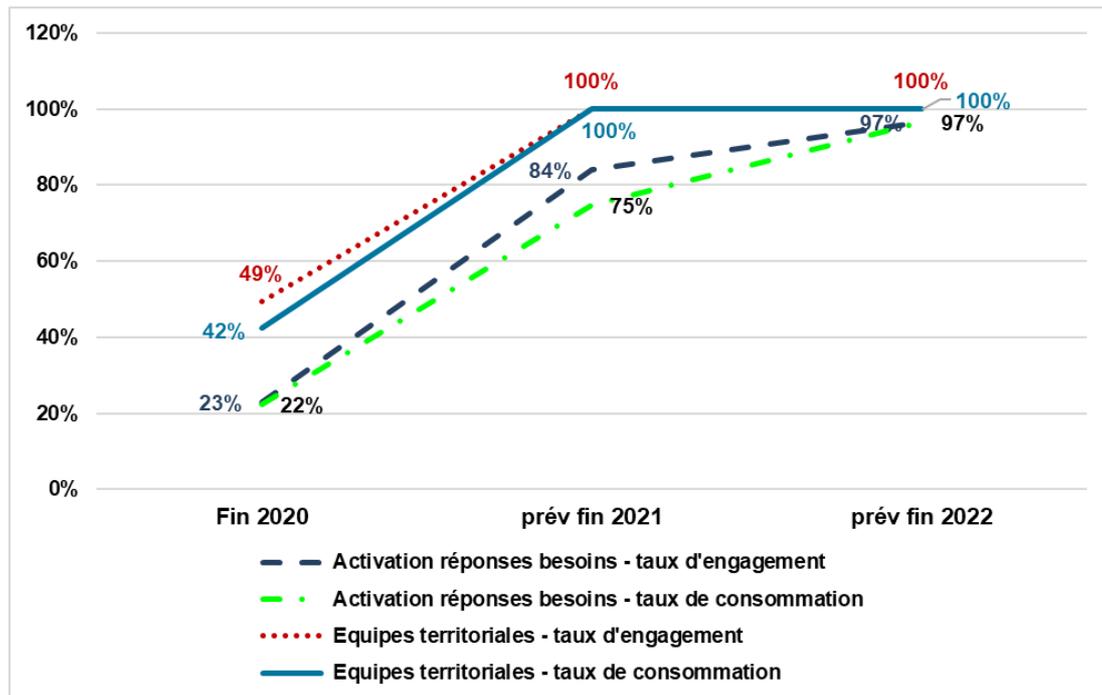
Au total, **47 équipes de communautés « 360 » pérennes ont été installées en 2020**, et **42 équipes supplémentaires** sont attendues d'ici la fin 2021.

La consommation de la seconde enveloppe de 13,9 millions d'euros dédiée à l'activation de solutions en réponse aux besoins identifiés est plus progressive (figure 12). Les taux d'engagement et de consommation, qui se situaient légèrement au-dessus de 20 % fin 2020, augmenteront en fonction des diagnostics qui auront pu être faits par les communautés.

**Figure 11 : Crédits consommés pour la structuration de communautés « 360 » installées en 2020 et prévues en 2021, par région**



**Figure 12 : Évolution de la création d'équipes « 360 » et de l'activation des réponses aux besoins identifiés, de 2020 à fin 2022**



### Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

La démarche d'unification des dispositifs d'appui à la coordination 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 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 2020. 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 :

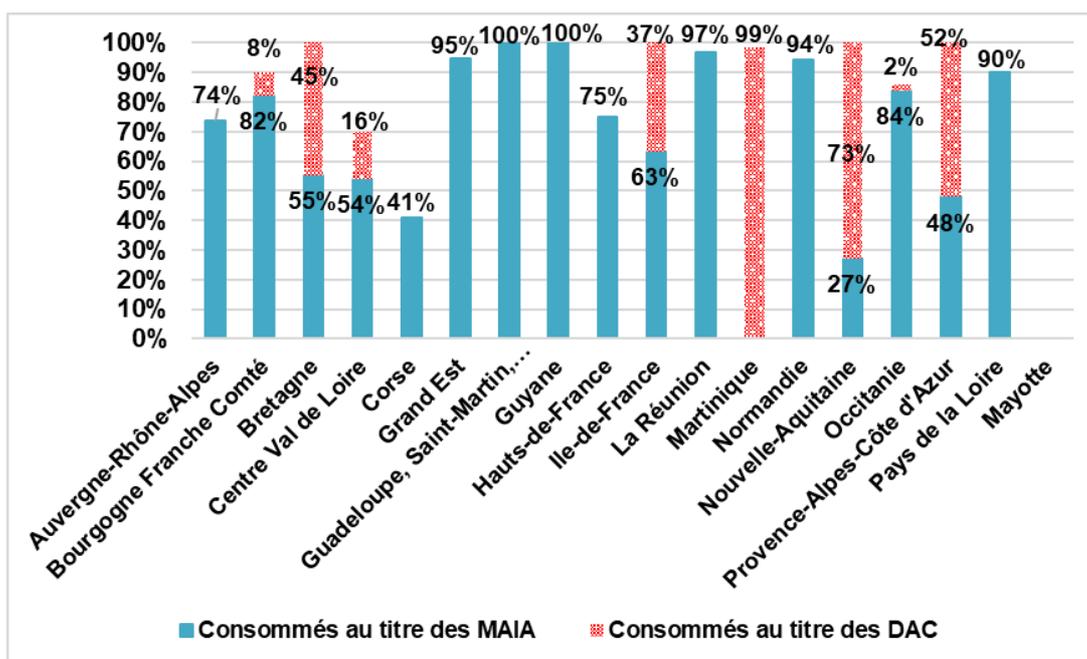
➤ **Au niveau national**, le taux de consommation fin 2020 des crédits MAIA notifiés par la CNSA est de 90 % ; **86,36 millions d'euros** ont été consommés. Sur cette somme, **77 % ont été destinés aux porteurs MAIA** (soit 66,37 millions d'euros) et **23 % aux porteurs DAC** (soit 19,90 millions d'euros). Il reste à consommer 9,92 millions d'euros (10 %).

En nombre de postes en équivalent temps plein, on compte 60 pilotes et 193 gestionnaires de cas ayant intégré les porteurs DAC (données HAPI FIR).

➤ **À l'échelon régional**, l'analyse de la répartition des crédits MAIA entre porteurs MAIA et porteurs DAC (figure 13) montre que l'unification s'opère de manière progressive et variable selon les régions. La plupart des régions ont alloué leurs crédits principalement à des porteurs DAC, tandis que certaines les ont attribués exclusivement aux porteurs MAIA et que pour d'autres la fusion est très progressive.

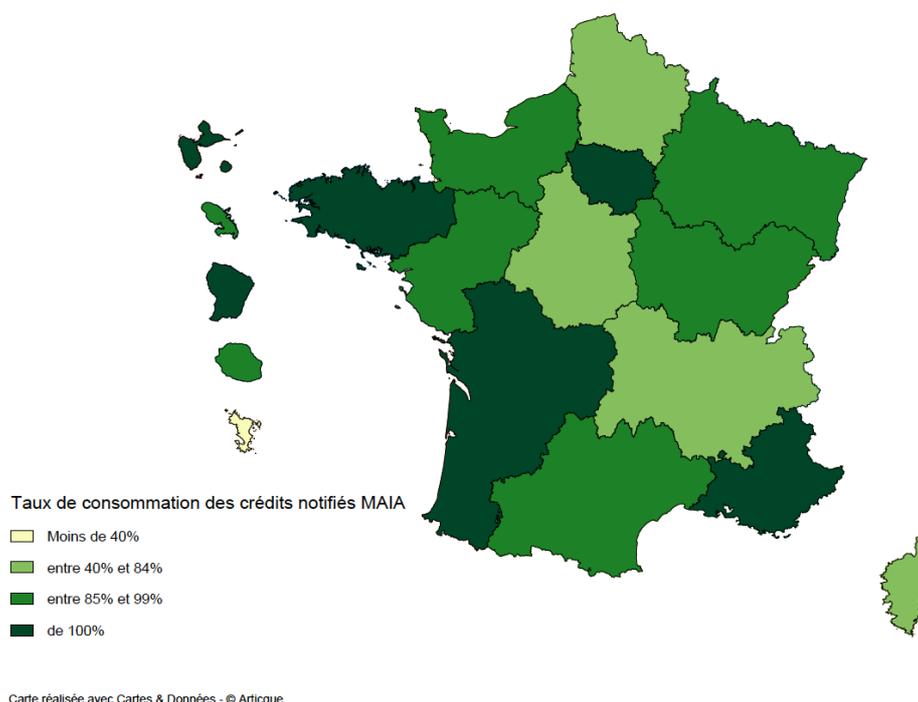
Le taux de consommation des crédits notifiés par la CNSA est relativement hétérogène (carte 3), même si certaines régions ont utilisé la totalité des crédits qui leur ont été notifiés.

**Figure 13 : Taux de répartition des crédits MAIA selon le fléchage MAIA ou DAC, par région, en 2020**



Source : HAPI FIR.

### Carte 3 : Taux de consommation des crédits MAIA notifiés par la CNSA, par région, fin 2020



Source : HAPI FIR.

## Le développement de l'offre tournée vers le milieu ordinaire dans le champ du handicap

### Les pôles de compétences et de prestations externalisées : une dynamique forte de création et de renforcement

Développés depuis 2016, les pôles de compétences et de prestations externalisées sont des dispositifs souples et adaptables permettant d'apporter une réponse ajustée aux besoins les plus complexes en proposant aux personnes des plans d'interventions individualisées qui exigent la coordination d'une pluralité de professionnels.

Le mouvement d'installation ou de renforcement de ces pôles s'est encore amplifié en 2020.

La consommation des crédits par les ARS est **en hausse de 95 %** par rapport à 2019, avec **13,7 millions d'euros** consommés en 2020 contre 7 millions d'euros en 2019. Les financements se répartissent en **3,2 millions d'euros pour le renforcement de pôles existants et 10,5 millions d'euros pour la création de 53 nouveaux pôles.**

Au niveau national, 6 % des crédits consommés par les ARS en 2020 étaient consacrés aux PCPE. Elles ont mobilisé majoritairement (33 %) les crédits du plan de prévention des départs non souhaités en Belgique (figure 14).

Les **13 ARS** qui ont installé ou renforcé des PCPE en 2020 y ont consacré en moyenne 7 % des crédits qu'elles ont consommés (tableau 3).

La comparaison des crédits consommés par les ARS ramenés à la population des régions montre une variation importante de l'investissement sur le territoire national (carte 4).

L'analyse des **publics ciblés par les PCPE développés en 2020** fait apparaître une prépondérance des pôles peu spécialisés (52,3 % des crédits mobilisés), favorisant ainsi les réponses territoriales à destination de tous (figure 15).

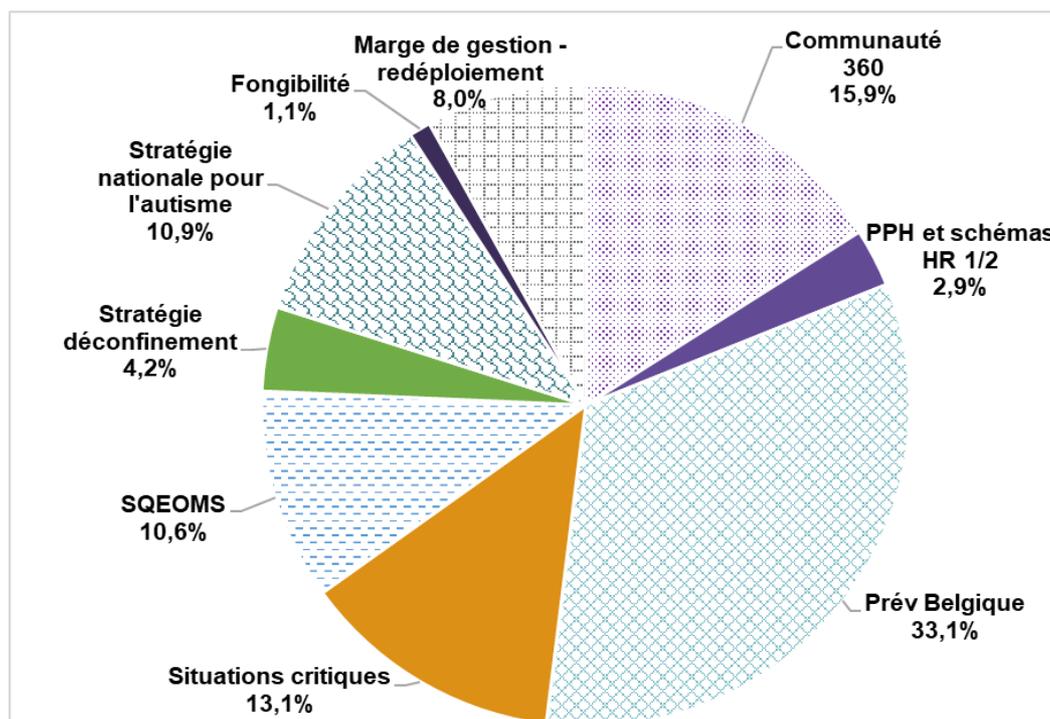
L'accompagnement des enfants est majoritaire, avec près de 61 % des crédits consommés pour ce public (figure 15).

Enfin, 62 % des PCPE développés sont portés par des établissements médico-sociaux.

**À l'horizon 2025**, la dynamique devrait rester forte puisque les ARS prévoient de consommer **8,2 millions d'euros supplémentaires**, dont 5,8 millions d'euros pour la création de 43 nouveaux PCPE.

La stratégie « déconfinement » est fortement mobilisée dans la programmation de ces PCPE. Cette programmation représente par ailleurs 1,6 % des consommations prévisionnelles des ARS.

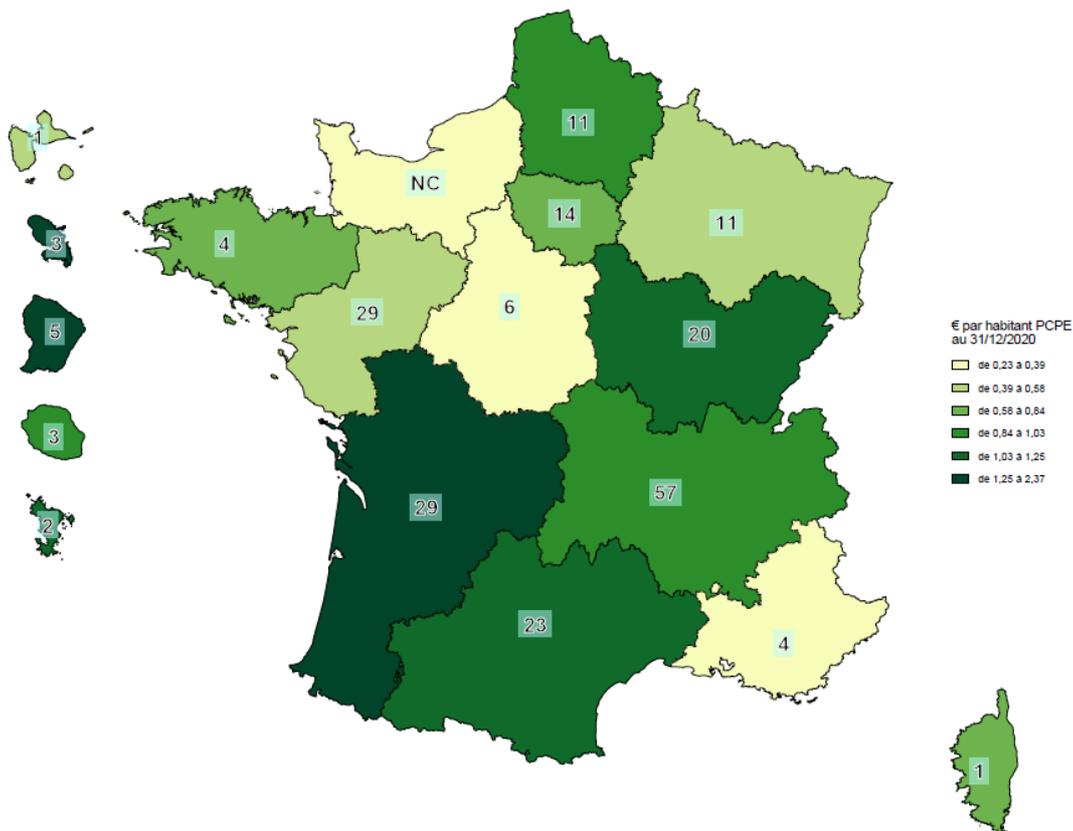
**Figure 14 : Origine des crédits mobilisés pour l'installation ou le renforcement de PCPE en 2020**



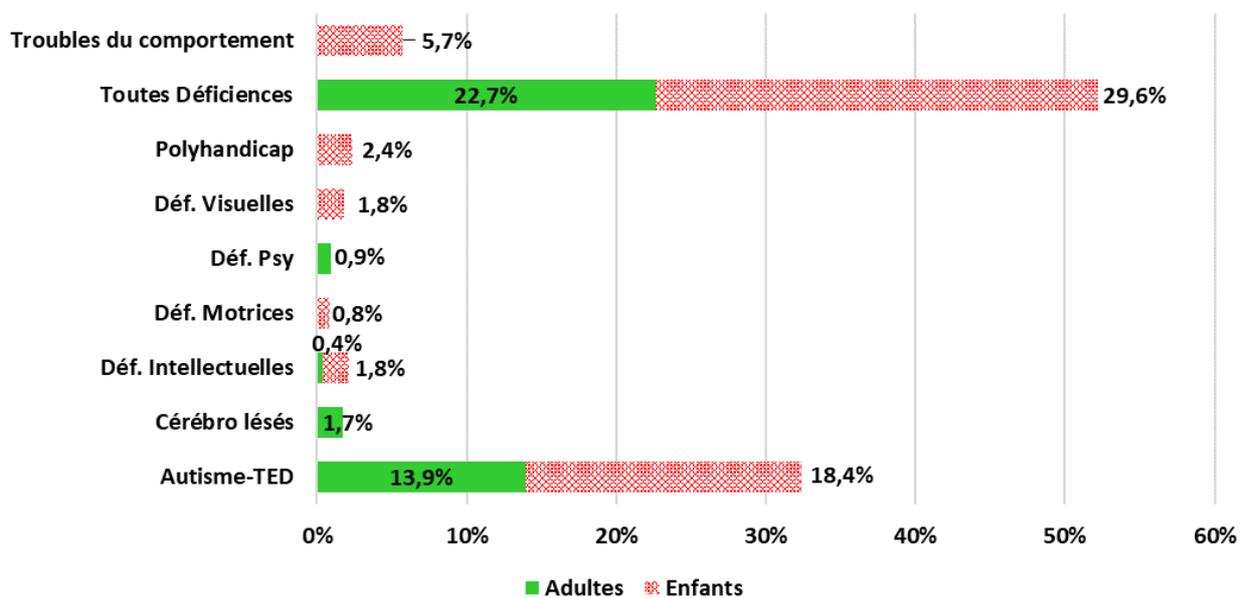
**Tableau 3 : Part des PCPE dans la consommation de crédits des ARS en 2020**

Nombre d'ARS concernées	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
13	1 %	7 %	3 %	20 %

**Carte 4 : Crédits consommés par habitant et nombre de PCPE, par région, à fin 2020**



**Figure 15 : Les publics accompagnés par les PCPE développés en 2020, en pourcentage des crédits consommés**



## Les dispositifs croisés du champ de la protection de l'enfance et du handicap : 17 % des crédits notifiés consommés en 2020

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** a été notifiée en **2020** aux ARS pour développer ces actions dans **30 départements**. Elles devront ensuite être déployées progressivement jusqu'à couvrir l'ensemble du territoire d'ici 2022.

Les conventionnements tripartites ont pris du retard en raison de la crise sanitaire, et lorsqu'ils ont été signés, certaines fiches action annexées restaient à affiner. Au total, **17 % des crédits notifiés ont été consommés en 2020** (figure 16) **par 5 départements** sur les 30.

Ces 5 départements qui ont pu signer leur convention ont engagé rapidement les installations puisqu'ils ont consommé globalement 47 % des crédits qui leur ont été notifiés, avec une moyenne à 56 % (tableau 4).

En dépit des retards pris en 2020 dans la conclusion des conventions, la majeure partie des installations dans les 30 départements ciblés en 2020 est attendue dès l'année 2021 (figure 16).

**Plus de la moitié (51 %) des crédits consommés fin 2020 l'ont été pour l'installation d'équipes mobiles** (figure 17). Adossée à un ESMS, une équipe mobile est mobilisable par les professionnels de l'ASE pour les appuyer dans l'évaluation des besoins des enfants protégés en situation de handicap et/ou dans l'accueil ou l'accompagnement de ces enfants, notamment ceux porteurs de troubles du neurodéveloppement.

À l'horizon 2025, les équipes mobiles resteront majoritaires dans les projets que les ARS ont prévu de développer (figure 18).

**Tableau 4 : Consommation des crédits en 2020 dans 5 départements (sur les 30 prévus)**

ARS concernées	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
3	13 %	56 %	52 %	100 %

Figure 16 : Dynamique d'installation des dispositifs croisés de 2020 à 2022

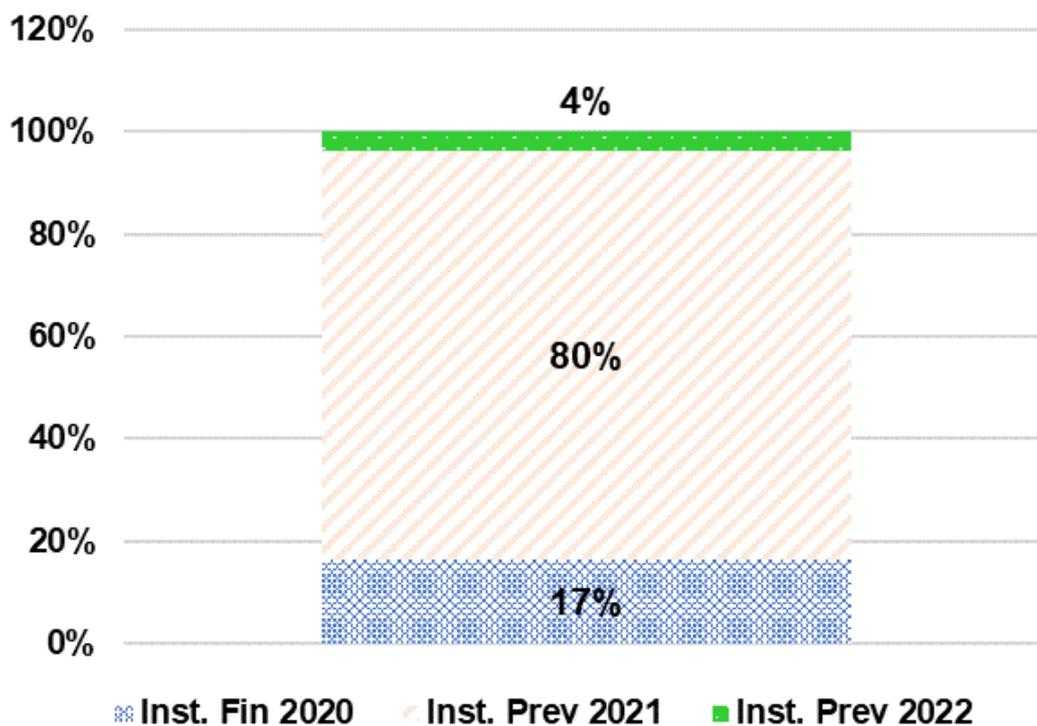
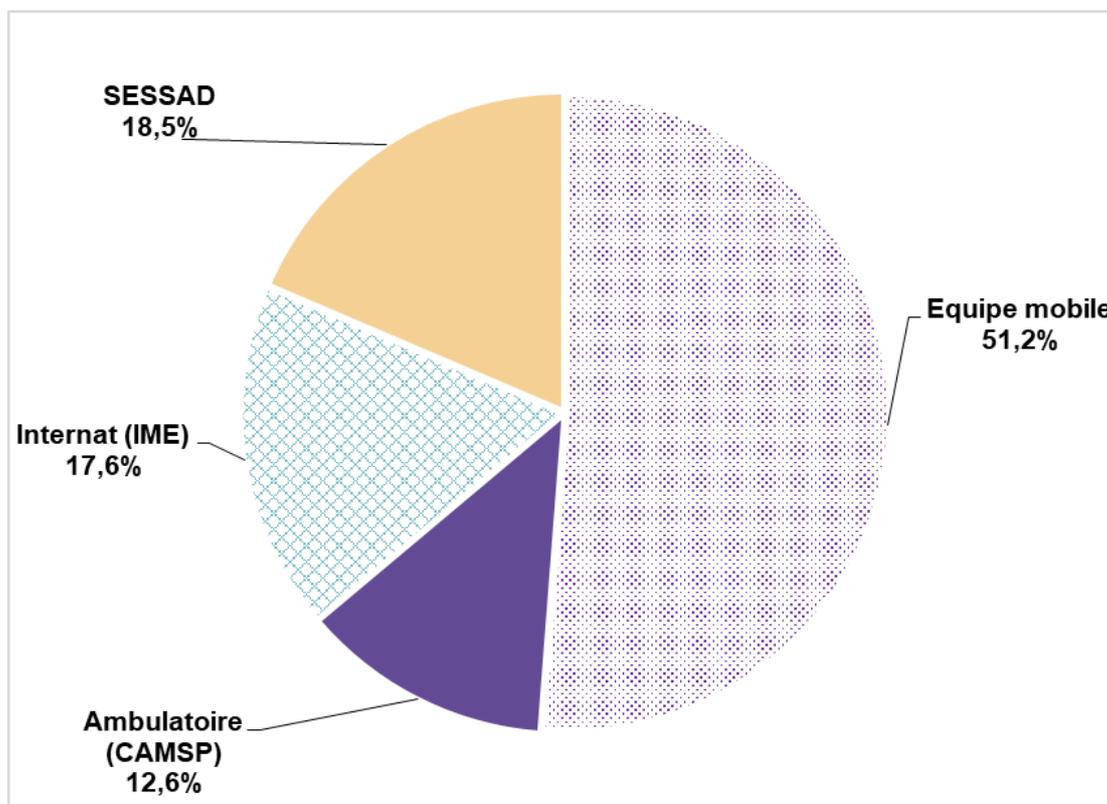
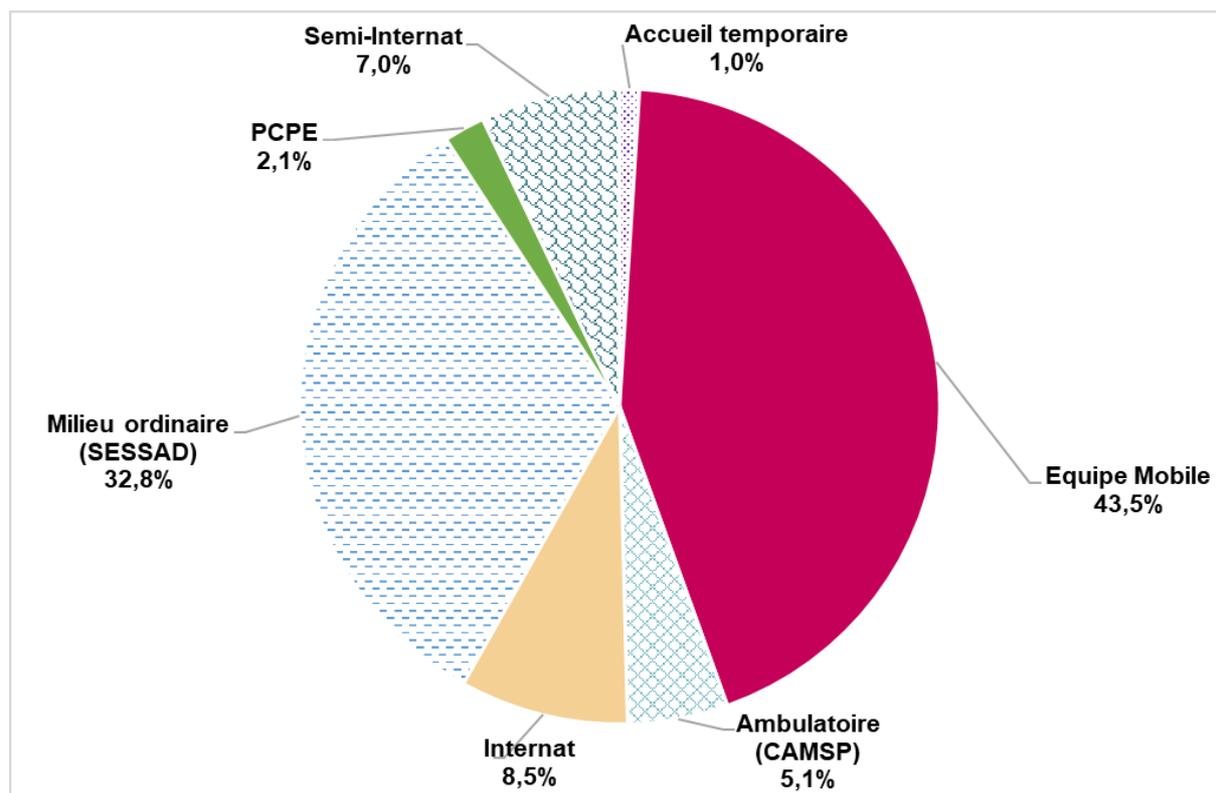


Figure 17 : Répartition des installations réalisées en 2020, selon le type de dispositif



**Figure 18 : Répartition des installations (réalisées et prévisionnelles) sur l'ensemble du plan (2020-2022), selon le type de dispositif**



### Les plateformes de coordination et d'orientation : 62 % des crédits notifiés consommés fin 2020

Le déploiement de plateformes de coordination et d'orientation 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.

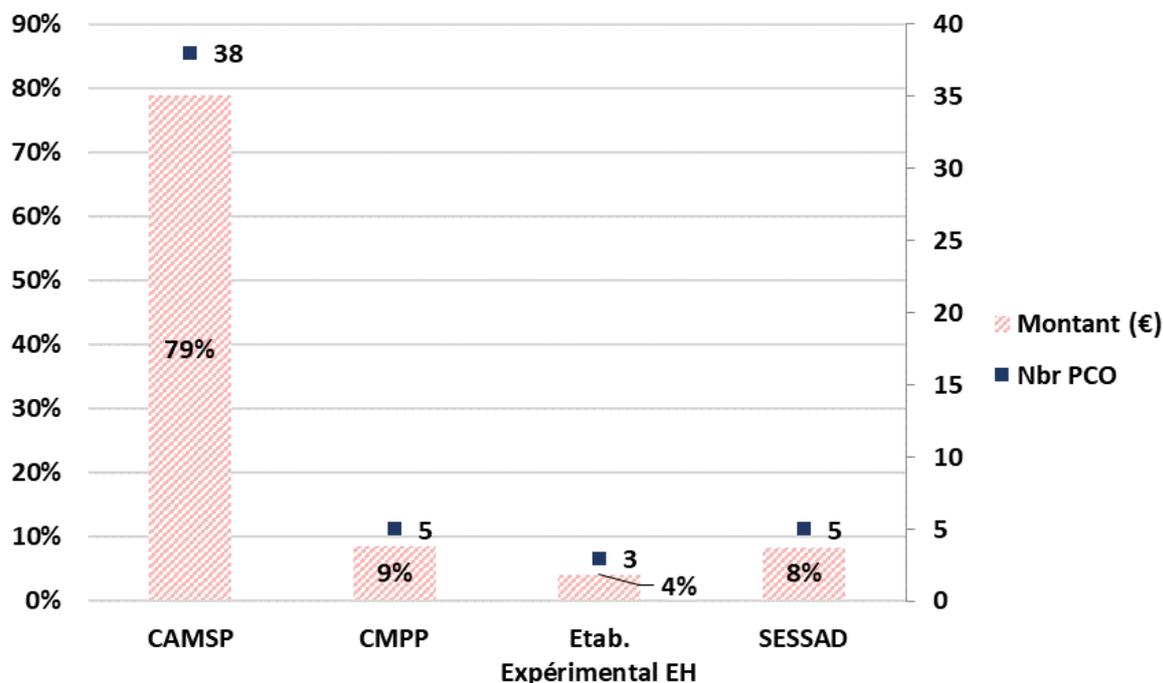
Les plateformes effectivement installées avaient mobilisé **8 millions d'euros** de crédits au 31 décembre 2020, soit 62 % de l'ensemble des crédits notifiés aux ARS pour les déployer. En 2019, le taux de consommation n'était que de 27 %.

Les crédits médico-sociaux<sup>7</sup> ont majoritairement été octroyés à des **centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** qui ont créé des plateformes en leur sein. Fin 2020, 38 CAMSP avaient reçu des crédits pour les développer (figure 19). Les 13 autres dispositifs installés fin 2020 étaient portés par des centres médico-psychopédagogiques (CMPP), par des établissements expérimentaux pour enfants handicapés et par des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

<sup>7</sup> Les crédits sanitaires des ARS mobilisables pour la création de PCO n'entrent pas dans le champ de cette étude.

À l'horizon 2025, les programmations des ARS les amèneront à consommer 5,5 millions d'euros supplémentaires pour développer les PCO, soit un taux d'exécution prévisionnel de 105 % des crédits médico-sociaux qu'elles se sont vues notifier à cette fin. En principe, 91 % des installations prévues devraient être effectives fin 2021.

**Figure 19 : Plateformes de coordination et d'orientation installées en 2020**



## La scolarisation des enfants en situation de handicap

L'analyse des consommations de crédits et des prévisions des ARS met en lumière l'attention forte que celles-ci portent au déploiement des dispositifs spécifiques de soutien à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap, complémentaires des dispositifs mobilisés par l'Education nationale (mise en accessibilité des savoirs, aide humaine à la scolarisation ...).

Les principaux dispositifs médico-sociaux de soutien à la scolarisation sont les équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation, 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 **43 % des crédits consommés (132 millions d'euros) par les ARS pour les enfants en situation de handicap en 2020**. Ils resteront prépondérants jusqu'en 2025 puisqu'ils constituent 44 % des consommations prévisionnelles (213 millions d'euros).

## Développement des EMAS

Les ARS ont mobilisé 6,7 millions d'euros pour déployer **96 EMAS en 2020**. À l'horizon 2025, elles prévoient d'en installer 54 autres en mobilisant 7 millions d'euros supplémentaires.

Toutes ces créations sont financées essentiellement grâce aux crédits relatifs à l'école inclusive, octroyés spécifiquement pour déployer ce dispositif : 91 % en 2020 et 87 % d'ici 2025.

## Développement des UEM

Les ARS ont financé **39 nouvelles UEM en 2020**, ce qui représente **273 places**, et devraient en développer 113 supplémentaires d'ici 2025.

Les UEM sont financées par les crédits de la stratégie nationale pour l'autisme : 100 % en 2020 et 98 % d'ici 2025.

## Développement des UEE autisme et des dispositifs d'autorégulation

Les ARS ont installé **328 places d'UEE autisme et de DAR en 2020** et prévoient la création de 526 places à l'horizon 2025.

Ces créations sont financées principalement par les crédits de la stratégie nationale pour l'autisme : 78 % en 2020 et 76 % d'ici 2025.

## Développement des SESSAD

Enfin, 1 900 places ont été créées en SESSAD en 2020, et 2 247 supplémentaires sont attendues à l'horizon 2025.

Près de la moitié des places ont été financées en 2020 grâce aux plans nationaux, l'autre moitié grâce à des enveloppes détenues par les ARS, et notamment par le redéploiement. Les créations prévisionnelles devraient mobiliser les crédits issus des plans nationaux à 89 %.

**Tableau 5 : Taux de consommation des crédits pour le soutien à la scolarisation**

	ARS concernées	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
<b>En 2020</b>	17/18	16,4 %	42 %	42,2 %	65 %
<b>À l'horizon 2025</b>	17/18	13,4 %	50,4 %	50,2 %	98,4 %

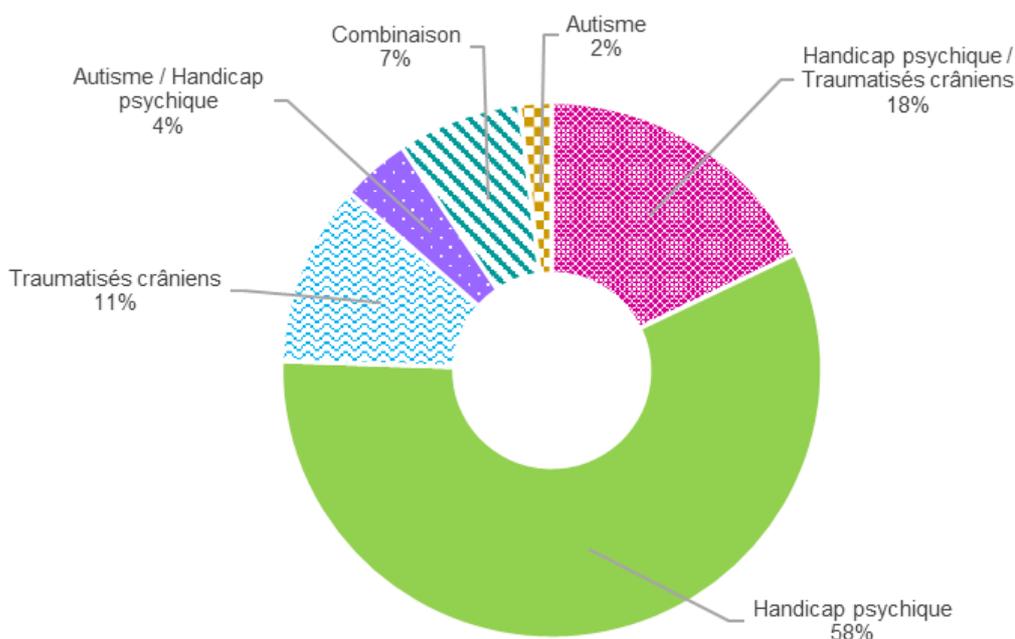
## Les groupes d'entraide mutuelle

Les groupes d'entraide mutuelle sont financés sur des crédits versés aux ARS par la CNSA dans le FIR. La dynamique de création de GEM ne s'est pas démentie en 2020, avec une hausse de 20 % de leur nombre en deux ans. On dénombrait **605 GEM sur le territoire national en 2020**, fréquentés en moyenne par 189 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 2020, où l'on a recensé **45 GEM autisme**.

En 2020, la CNSA a délégué aux ARS *via* le FIR **42,8 millions d'euros**, et les engagements des ARS sur les GEM se sont élevés à **45,6 millions d'euros**. Les 2,8 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 20 : Répartition des GEM selon le public accueilli**



## Le développement de l'offre d'appui et de soins à domicile dans le champ des personnes âgées

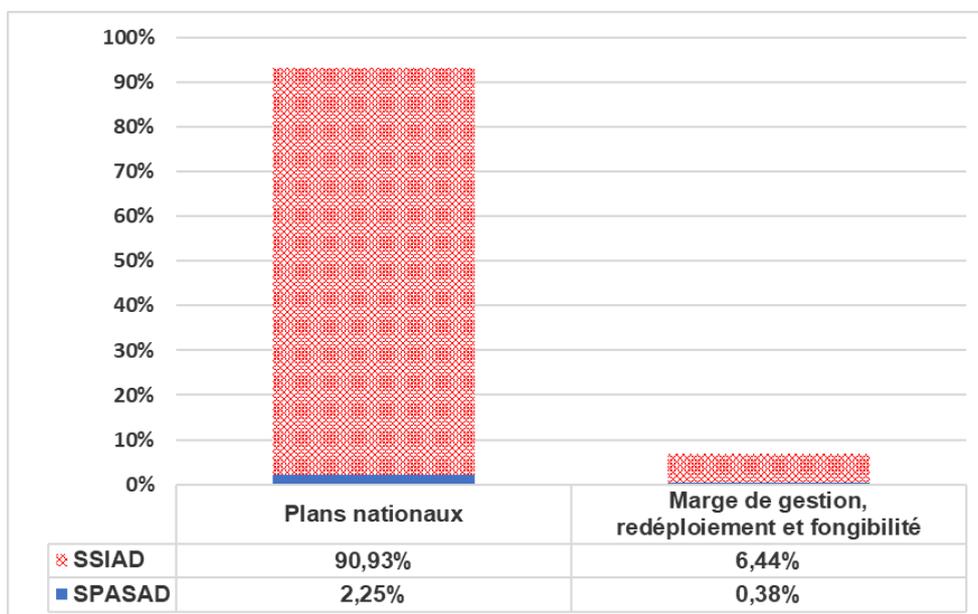
Toutes enveloppes confondues, 450,75 millions d'euros ont été consommés fin 2019, soit 40 123 places installées, pour le développement de l'offre en SSIAD et en SPASAD.

L'enveloppe consommée en 2020 s'élève à 6,77 millions d'euros, soit 377 places installées.

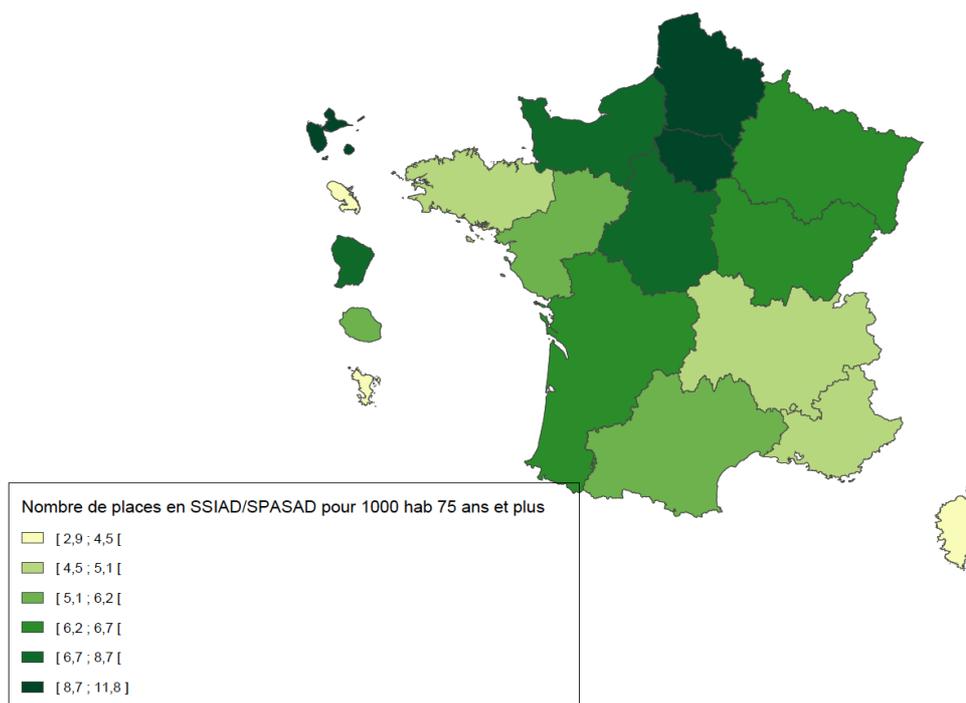
Les projections de 2021 à 2024 prévoient une consommation de 32,34 millions d'euros afin d'installer 2 733 places, la quasi-totalité (98 %) des installations étant planifiée d'ici fin 2022.

La répartition régionale en SSIAD et en SPASAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus au 31 décembre 2020 (carte 5) est hétérogène, en lien avec l'analyse des disparités régionales d'équipement présentée dans la partie 4 du présent bilan.

**Figure 21 : Taux de consommation par enveloppe et par type de service à domicile (SSIAD ou SPASAD), au 31 décembre 2020**



## Carte 5 : Places installées en SSIAD et en SPASAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, par région, au 31 décembre 2020



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

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

### Les plateformes d'accompagnement et de répit : un dispositif essentiel au soutien des personnes âgées et de leurs aidants en 2020

La CNSA a délégué en 2020, dans le cadre de la stratégie Agir pour les aidants, une nouvelle enveloppe aux ARS pour développer l'offre de répit, notamment les plateformes d'accompagnement et de répit, tant dans le champ du handicap que des personnes âgées. Ces plateformes ont pour objectif de proposer des offres intégrées en répondant aux différents besoins (soutien, répit...), ainsi qu'une prise en charge de la personne aidée (accueil de jour, relayage...) durant l'activité proposée à l'aidant.

**Dans le champ des personnes âgées**, l'installation de plateformes d'accompagnement et de répit a débuté en 2011. Toutes enveloppes confondues, **23,46 millions d'euros** ont été consommés **fin 2019** et **3,54 millions d'euros** l'ont été **en 2020**. La majeure partie des crédits consommés en 2020 est issue des plans et stratégies nationaux (67 %). Cette tendance se poursuivra de 2021 à 2023 ; 61 % des **5,70 millions d'euros** qui seront alors consommés seront issus de la stratégie Agir pour les aidants.

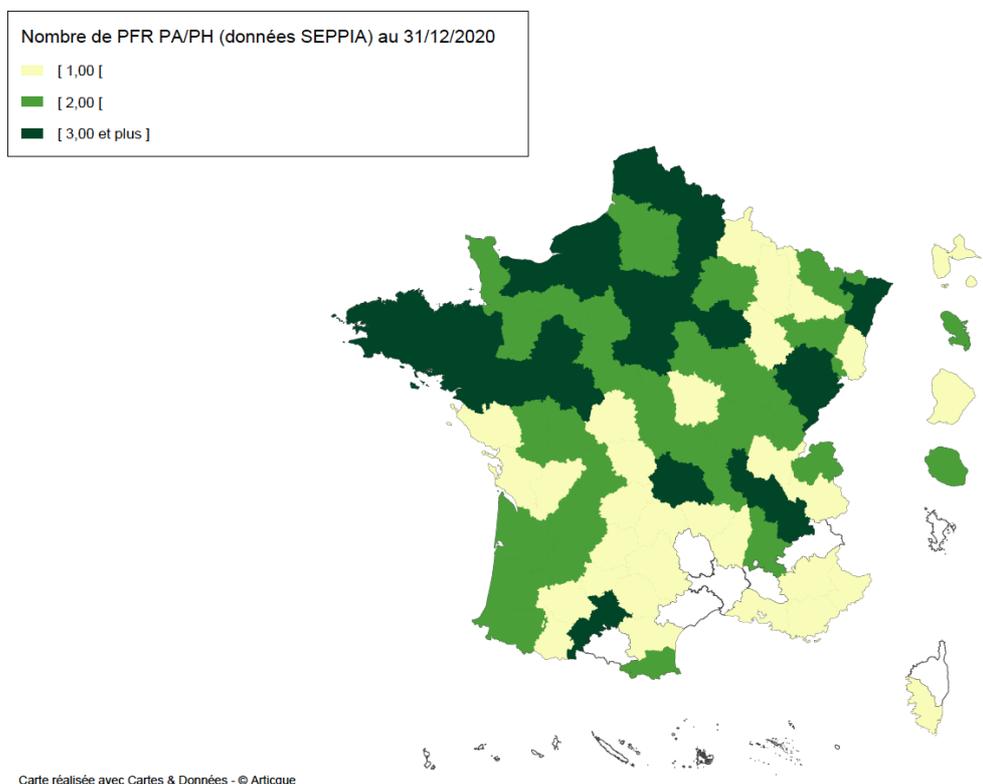
**Dans le champ du handicap**, toutes enveloppes confondues, **1,70 millions d'euros** ont été consommés **fin 2019** et **1,73 millions d'euros** l'ont été **en 2020**. La part des enveloppes propres des ARS, qui représentait 1 % en 2019, est passée à 40 % en 2020.

De 2021 à 2022, les ARS ont prévu de consommer 12,59 millions d'euros, majoritairement pour une offre dans le champ des adultes (69 %).

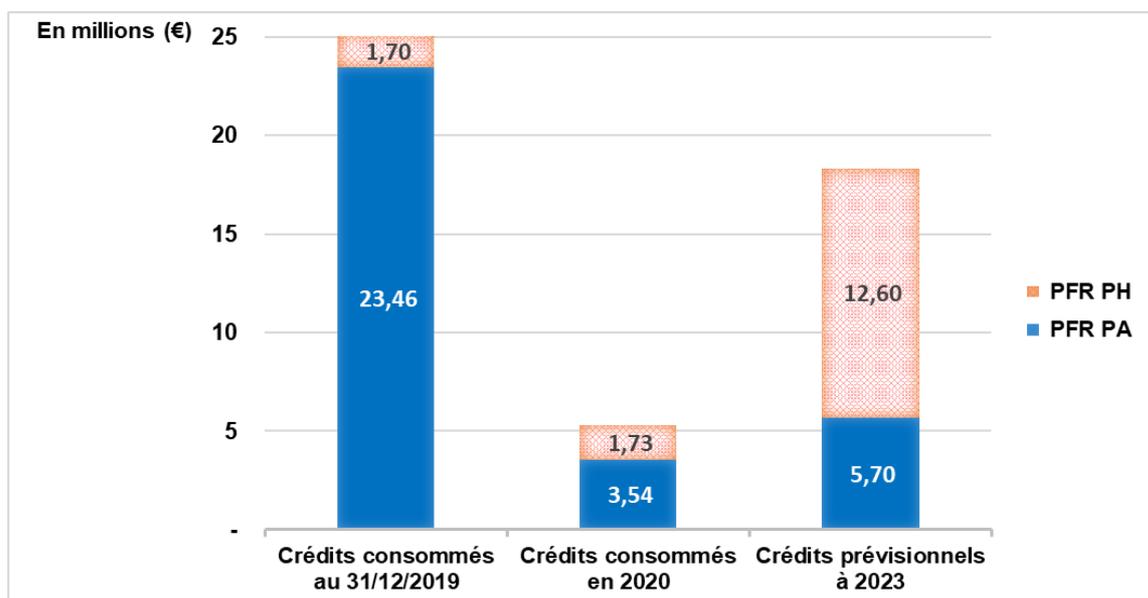
Au 31 décembre 2020, le territoire national était presque entièrement couvert par les plateformes d'accompagnement et de répit. Seuls quelques départements en étaient encore dépourvus (carte 6).

Fin 2020, les plateformes d'accompagnement et de répit étaient encore principalement installées dans le champ des personnes âgées, mais la proportion des nouvelles installations dans les deux champs s'inversera à l'horizon 2023 (figure 22).

**Carte 6 : Nombre de plateformes d'accompagnement et de répit installées, par département, au 31 décembre 2020**



**Figure 22 : Installations effectives (2019 et 2020) et prévisionnelles (2023) de plateformes d'accompagnement et de répit, en crédits consommés**



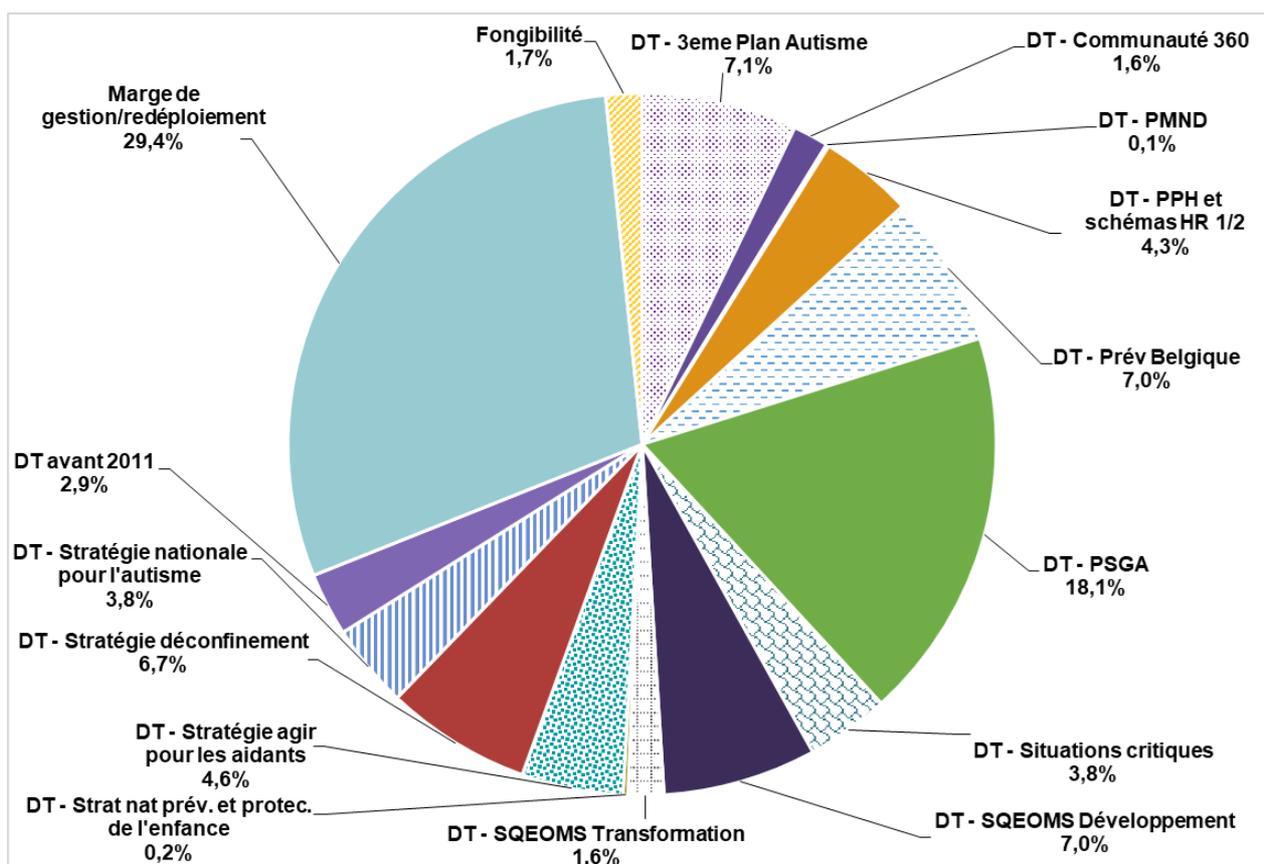
## L'accueil temporaire : différentes ressources afin de financer le répit

Différentes ressources sont mobilisables pour financer l'installation de dispositifs d'accueil temporaire, que ce soit dans les champs du handicap ou des personnes âgées (figure 23).

**Dans le champ du handicap, 99,08 millions d'euros** ont été consommés fin 2019, toutes enveloppes confondues, pour l'installation de **2 495 places** en accueil temporaire (AT). **En 2020, 4,88 millions d'euros** ont été consommés pour **105 places** nouvellement créées en accueil de jour (AJ) et en accueil temporaire (AT). De 2021 à 2025, les prévisions s'établissent à 47,09 millions d'euros consommés afin d'installer 919 places en AJ et AT.

**Dans le champ des personnes âgées, 205,35 millions d'euros** ont été consommés fin 2019, toutes enveloppes confondues. Ces crédits ont permis la création de **12 457 places en accueil de jour** (autonome/EHPAD/EHPA) et de **7 676 places en hébergement temporaire** (EHPAD/EHPA). **En 2020, les ARS ont consommé 3,27 millions d'euros** pour la création de **132 places en accueil de jour** (autonome/EHPAD) et de **155 places en hébergement temporaire** (EHPAD). Il est prévu d'installer 1 866 places supplémentaires en accueil de jour et en hébergement temporaire à l'horizon 2025, pour un montant de 22,28 millions d'euros.

**Figure 23 : Origine des crédits consommés pour la création de places en accueil temporaire, au 31 décembre 2020**



## L'offre en établissement

Dans le champ du handicap, le développement de l'offre en établissement reste majoritaire dans les crédits consommés en 2020

En 2020, les ARS ont consommé 97,9 millions d'euros pour développer l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap par des établissements médico-sociaux, amplifiant leur mobilisation de 48 % par rapport à 2019 (66,1 millions d'euros).

L'origine des crédits utilisés reflète leur démarche d'adaptation de l'offre, puisqu'elles ont eu largement recours à des transferts du sanitaire vers le médico-social (fongibilité), à hauteur de 35,4 % (figure 24).

Les stratégies régionales sont diversifiées, mais cette offre en établissement représente en moyenne 39 % des crédits consommés par les ARS (tableau 6).

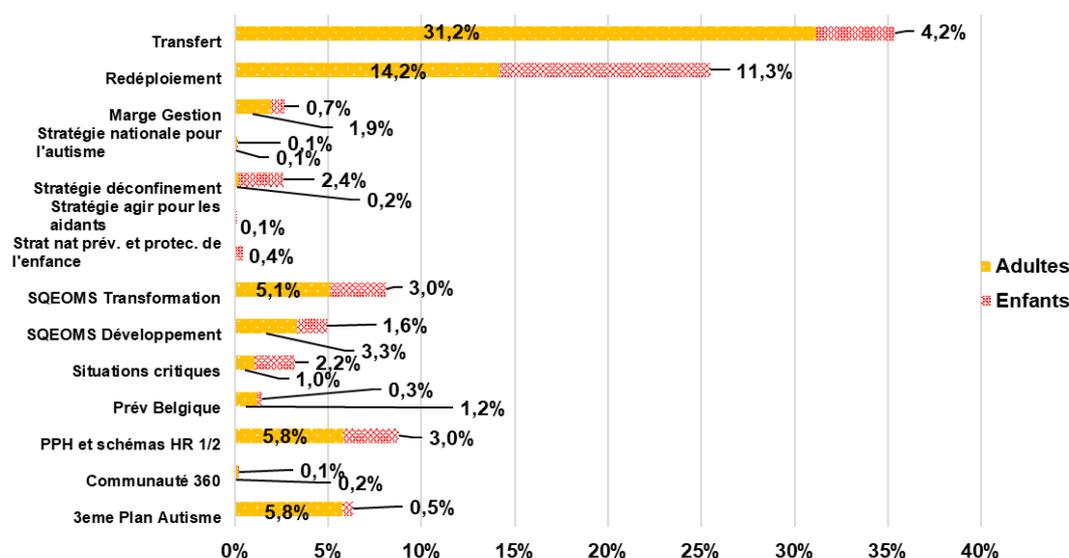
L'offre en établissement était majoritairement destinée au public adulte, 60 % des consommations concernent ce public. Les places d'internat constituent plus de la moitié de l'offre en établissement (figure 25).

La majorité des places ont été installées à la faveur du public polyhandicapé ou avec autisme (figure 26).

À horizon 2025, 260,7 millions d'euros supplémentaires devraient être engagés par les ARS pour développer l'offre en établissement dans le champ du handicap, ce qui représente 51 % des consommations prévisionnelles de leurs programmations.

Dans ces consommations prévisionnelles, le public « adultes » restera prépondérant avec 66 % des crédits dédiés. Les établissements non spécialisés seront majoritaires avec 34 % des crédits dédiés.

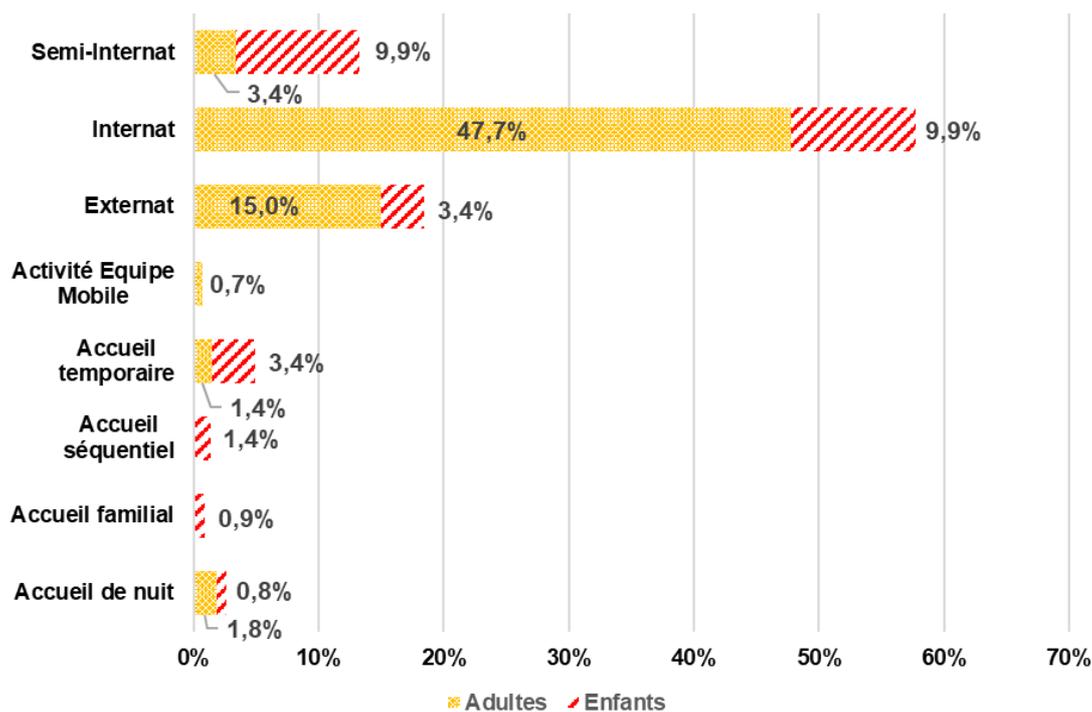
**Figure 24 : Origine des crédits de développement de l'offre en établissement, pour le public « adultes » et le public « enfants », en 2020**



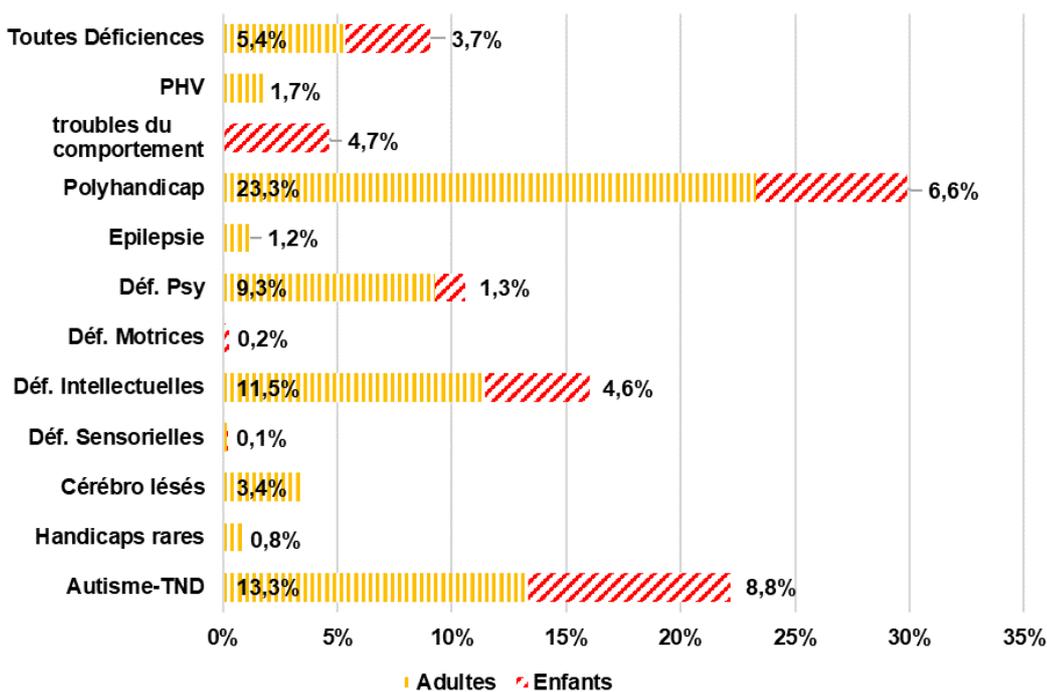
**Tableau 6 : Part de l'offre institutionnelle dans la consommation des crédits en 2020**

Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
0 %	39,1 %	35,8 %	96,5 %

**Figure 25 : Répartition des établissements selon le type d'accueil en 2020**



**Figure 26 : Répartition des établissements selon le handicap en 2020**



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

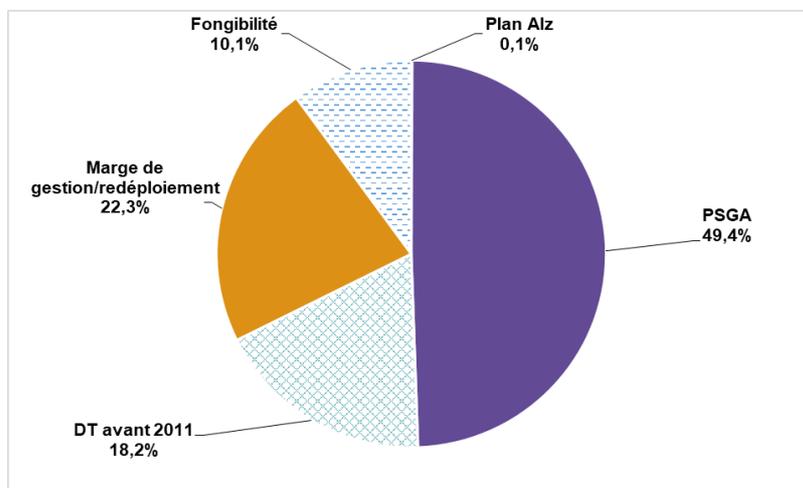
Les crédits consommés pour le développement de l'offre en établissement pour les personnes âgées restent très importants. Ils proviennent principalement des plans nationaux (figure 27).

Toutes enveloppes confondues, **795,27 millions d'euros** ont été consommés **fin 2019**, pour l'installation de **85 219 places**.

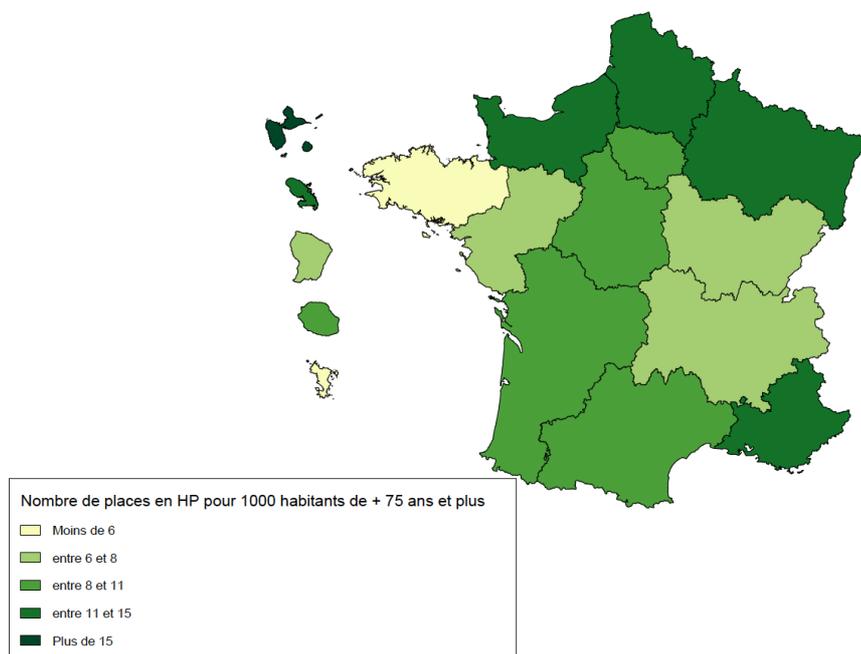
**En 2020, 31,8 millions d'euros** consommés ont permis l'installation de **655 nouvelles places** *via* des crédits des plans nationaux et de **1 601 places** *via* des enveloppes propres des ARS. Le développement de cette offre n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire national (carte 7).

En prévisionnel, **79,43 millions d'euros** seront consommés de **2021 à 2025** pour **7 007 places**, en majeure partie par les crédits issus des enveloppes propres des ARS (63 %).

**Figure 27 : Origine des crédits consommés en hébergement permanent au 31 décembre 2020**



**Carte 7 : Places installées en hébergement permanent pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, par région, au 31 décembre 2020**

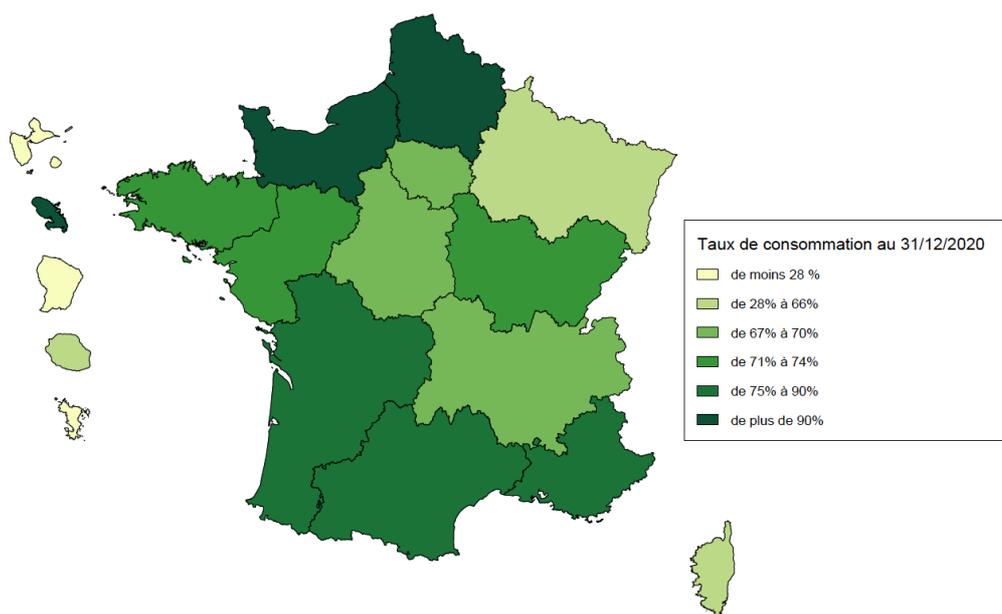


## Les unités d'hébergement renforcé : une offre d'hébergement temporaire et adaptée en établissement

Comme pour l'hébergement en établissement, la majeure partie des crédits notifiés dans le cadre des plans nationaux pour développer les unités d'hébergement renforcé (UHR) en EHPAD étaient consommés fin 2019, soit **48,68 millions d'euros** pour **2 493 places installées**.

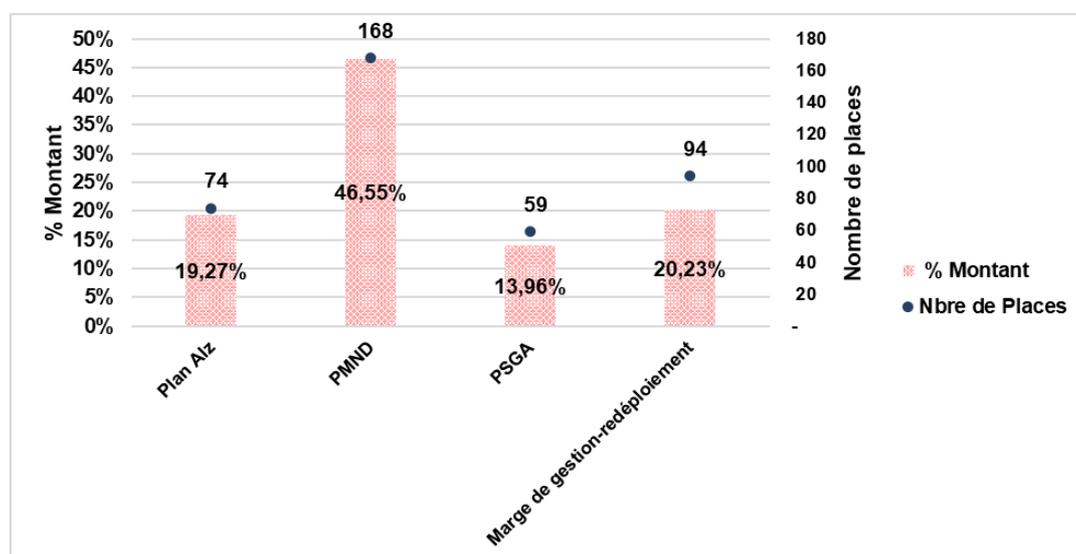
Les crédits résiduels ont été consommés en **2020 (2,6 millions d'euros)** ou le seront en 2021 ou en 2022 (8,19 millions d'euros pour 395 places).

### Carte 8 : Taux de consommation des crédits de création d'unités d'hébergement renforcé, par région, au 31 décembre 2020



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

**Figure 28 : Répartition des créations d'UHR par enveloppe, en montants et en places, sur la période 2021-2022**



## **4 Les disparités régionales d'équipement et autres indicateurs éclairant les besoins**

Dans cette partie, les besoins sont éclairés au prisme des projections démographiques et des disparités territoriales d'équipement :

- > Projections démographiques (population enfants, adultes, personnes âgées de plus de 75 ans, degré de dépendance des personnes âgées de plus de 60 ans) ;
- > Disparités territoriales d'équipement médico-social ;
- > Évolution prévisionnelle des taux d'équipement dans les différentes régions à l'horizon 2025 à travers la programmation pluriannuelle des ARS ;
- > Évolution comparée du taux d'équipement et de l'écart interdépartemental moyen, observée à l'échelon national les quinze dernières années.

### **Des besoins d'accompagnement marqués par le vieillissement de la population**

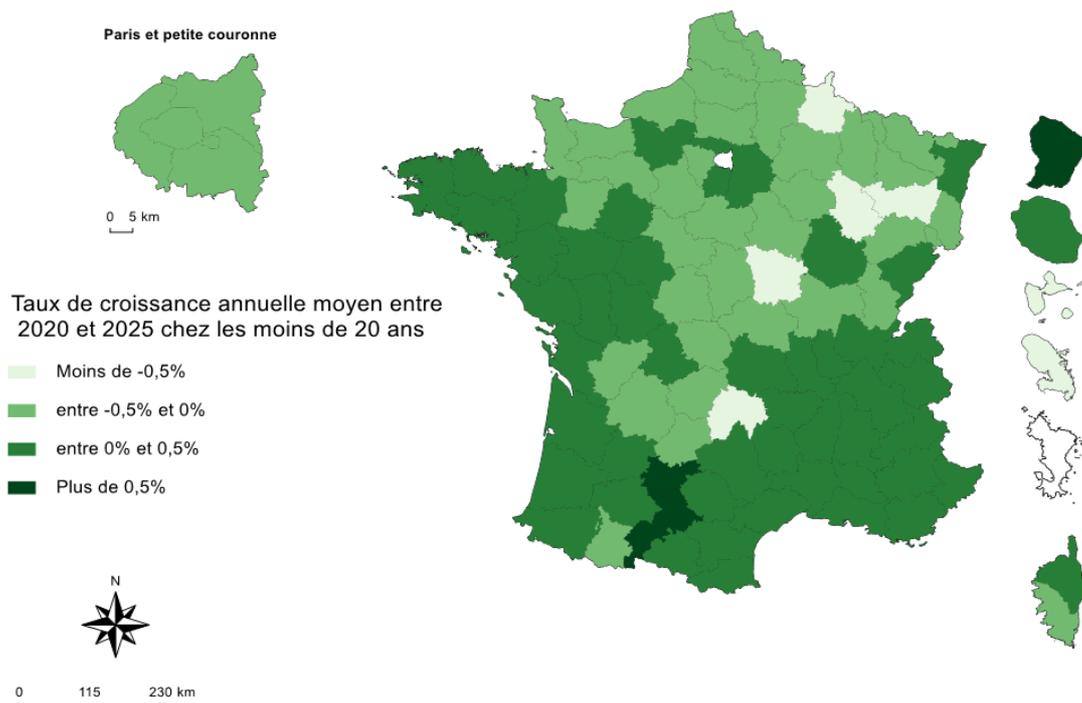
Les projections démographiques à l'horizon 2025 constituent un premier indicateur d'estimation des besoins d'accompagnement : évolution de la population et, plus finement, évolution du niveau de dépendance des personnes âgées de 60 ans et plus.

#### **Une part croissante de la population aura 75 ans et plus d'ici 2025**

**Les taux de croissance annuelle moyens de la population estimés entre 2020 et 2025** sont plutôt faibles, voire négatifs dans certains départements, pour les enfants de moins de 20 ans (carte 9) et les adultes de 20 à 59 ans (carte 10). Les besoins d'accompagnement projetés des personnes en situation de handicap devraient être constants dans les champs de l'enfance et des adultes.

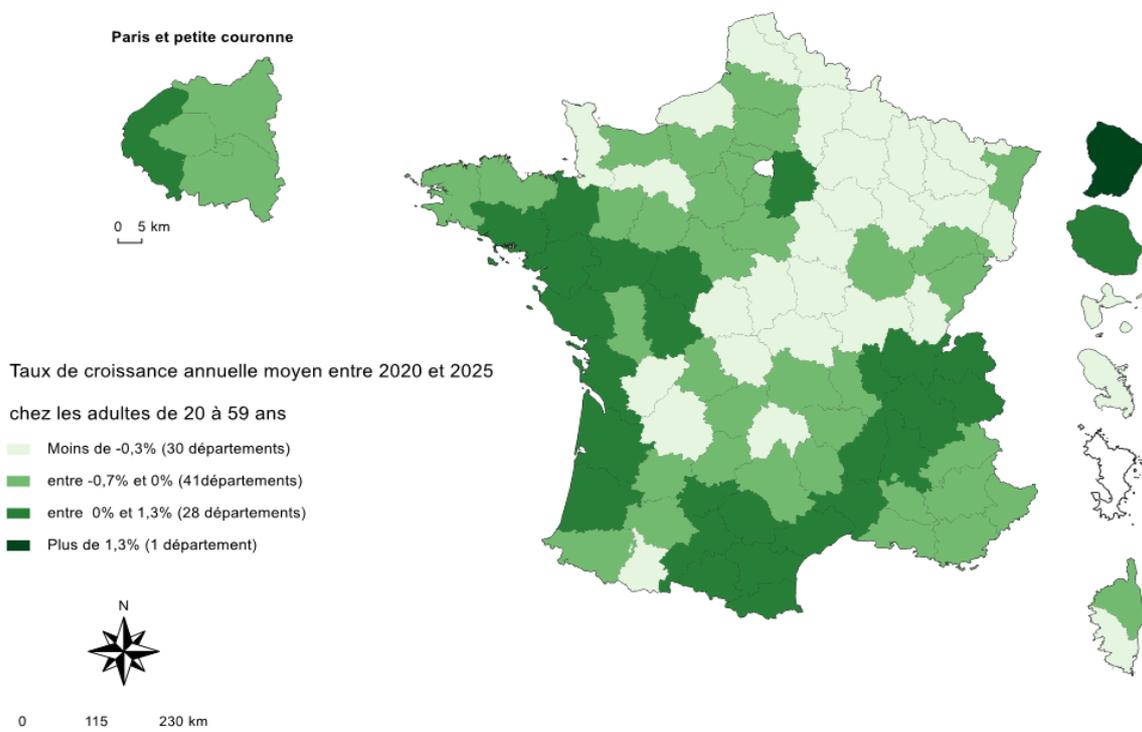
En revanche, **une part croissante de la population aura 75 ans et plus d'ici 2025**. Les taux de croissance annuelle moyens sont particulièrement élevés pour ces âges, dépassant 3 % dans 65 départements (carte 11). D'ici 2025, la France comptera un million de personnes âgées de plus de 75 ans supplémentaires, ce qui générera des besoins d'accompagnement plus soutenus.

## Carte 9 : Évolution moyenne de la population entre 2020 et 2025 : enfants de moins de 20 ans



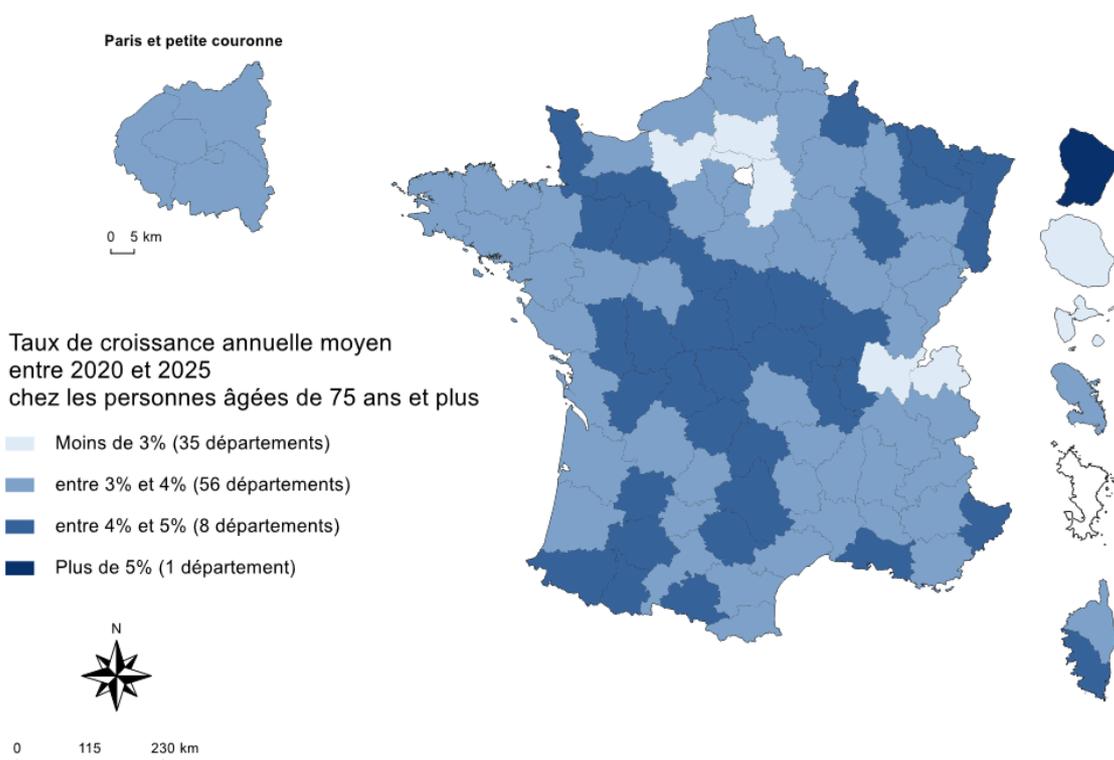
Source : INSEE – projection Omphale, traitement CNSA.  
\*Données manquantes pour Mayotte

## Carte 10 : Évolution moyenne de la population entre 2020 et 2025 : adultes de 20 à 59 ans



Source : INSEE – projection Omphale, traitement CNSA.  
\*Données manquantes pour Mayotte

## Carte 11 : Évolution moyenne de la population entre 2020 et 2025 : personnes âgées de plus de 75 ans



Source : INSEE – projection Omphale, traitement CNSA.  
\*Données manquantes pour Mayotte

### Des taux d'évolution nettement plus élevés dans les régions insulaires

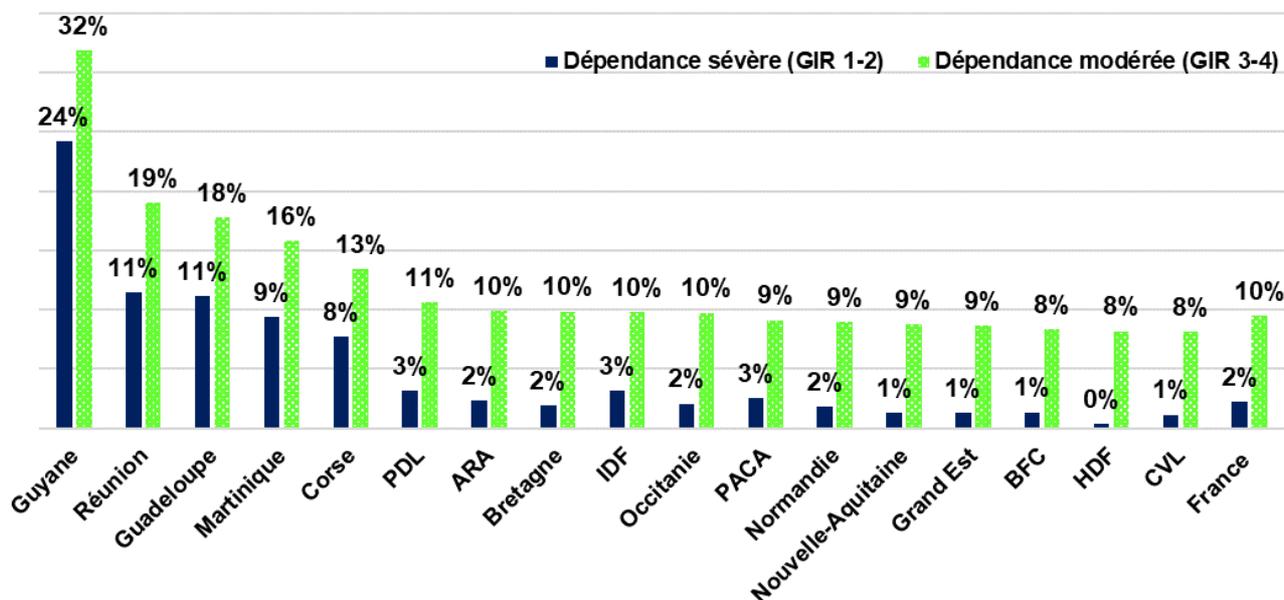
Les projections réalisées par le modèle LIVIA<sup>8</sup> établissent que la France comptera, d'ici 2025, **2,9 millions** de personnes de plus de 60 ans **dépendantes**. L'augmentation du nombre estimé de personnes dépendantes serait ainsi de **7,5 %** en 2025. Parmi elles, près de 733 000 seraient atteintes d'une dépendance sévère (évaluée en GIR 1 et 2) et 2,1 millions, d'une dépendance modérée (évaluée en GIR 3 et 4).

Dans ce modèle d'évolution du niveau de dépendance, quelle que soit la région, **le taux d'évolution du nombre de personnes à dépendance modérée** est plus élevé que celui des personnes sévèrement dépendantes (figure 29). La part des personnes âgées avec un degré de dépendance modéré croîtra **plus rapidement dans les régions insulaires**.

<sup>8</sup> Le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) développé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) permet de réaliser des projections du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans entre 2015 et 2050 et donne des répartitions par sexe, tranche d'âge, niveau de perte d'autonomie et lieu de vie.

Au-delà de l'accompagnement du maintien au domicile « historique », ce modèle LIVIA peut être utilisé pour organiser le développement de l'offre d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie dans une diversité de lieu de vie (résidence autonomie, résidence services, habitat inclusif, EHPAD...).

**Figure 29 : Taux d'évolution du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans par niveau de dépendance, entre 2020 et 2025**



Source : Projection Livia – DREES, traitement CNSA.

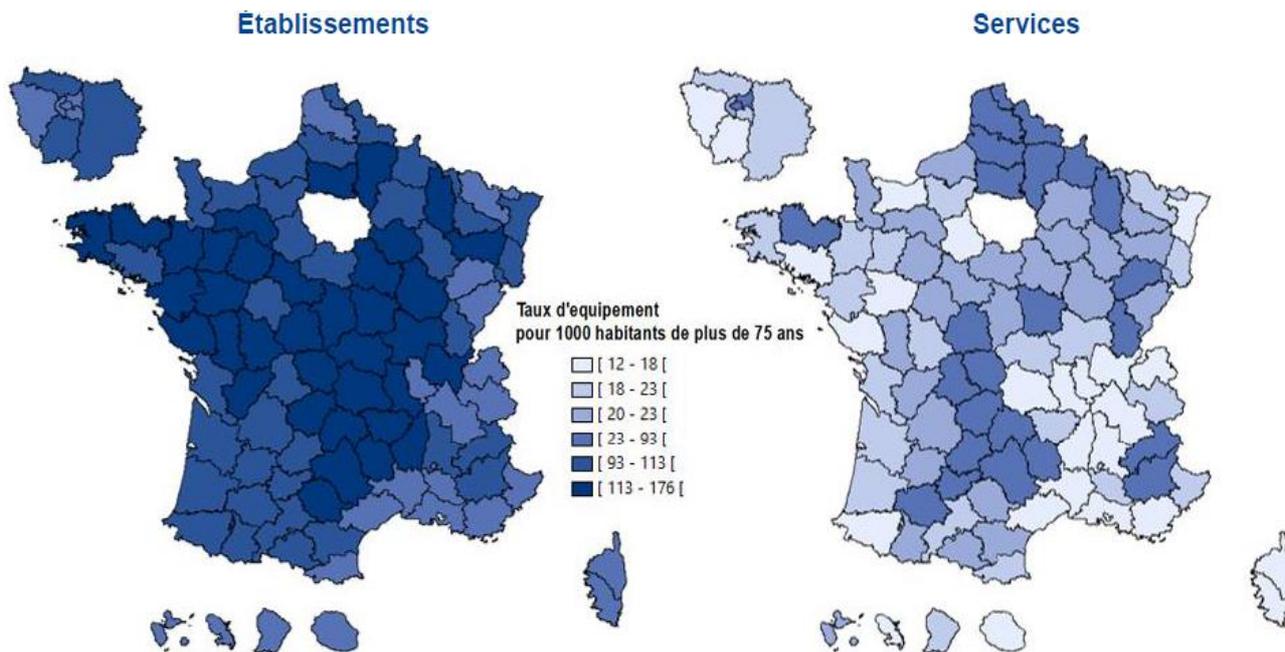
\*Hors Mayotte

\*\*Hypothèse d'évolution de la dépendance intermédiaire

## Des disparités d'équipement médico-social dans le champ des personnes âgées

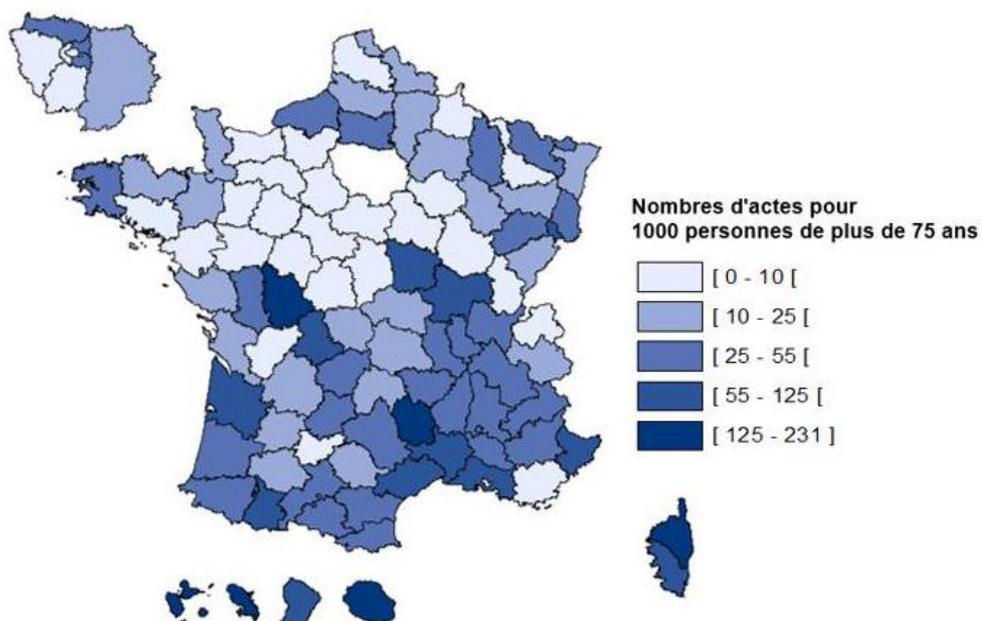
L'analyse comparée, par département, des taux d'équipement médico-social et de l'offre libérale de soins infirmiers pour les personnes âgées de 75 ans et plus met en évidence une corrélation inverse entre ces deux indicateurs. Les régions dont les taux d'équipement, tant en établissements qu'en services médico-sociaux, sont les plus élevés (carte 12) sont caractérisées par un niveau d'actes infirmiers de soins (AIS) plus faible (carte 13). C'est le cas des régions Centre-Val de Loire, Pays de la Loire et Bretagne. À l'inverse, les régions à fort volume d'AIS, comme le littoral méditerranéen et le bassin océanique, ont des taux d'équipement médico-social plus faibles.

**Carte 12 : Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, en 2020**



Sources : FINESS, traitements CNSA, INSEE, GEOFLA® 2020, discrétisation par quantile.  
\*Hors Mayotte

**Carte 13 : Nombre d'actes infirmiers de soins pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, en 2020**



Source : Cnam, traitements CNSA, Insee. ©geofla 2020, discrétisation par quantile  
Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources : FINESS, traitements CNSA, INSEE, GEOFLA® 2020, discrétisation par quantile.  
\*Hors Mayotte

## Évolution de l'équipement jusqu'à 2025 dans le champ des personnes âgées en tenant compte de la programmation pluriannuelle des ARS

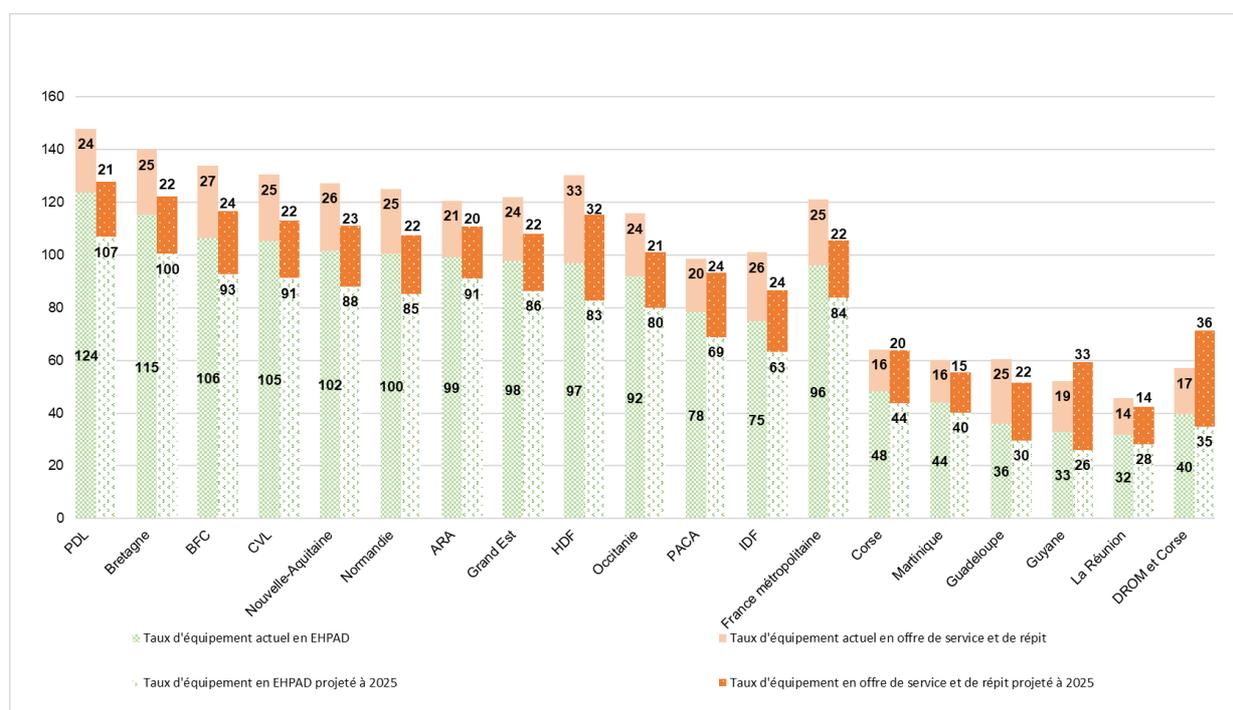
L'analyse de la programmation pluriannuelle des ARS permet de dresser un panorama, décliné région par région, de l'évolution de l'équipement pour les personnes âgées entre 2020 et 2025.

Le nombre de places que les ARS ont prévu de créer en établissement ou service médico-social pour personnes âgées sur la période 2020 à 2025 s'établit à **12 730** places. Cette progression concerne pour **deux tiers** l'offre en **institution** et pour **un tiers** l'offre de **service**.

Néanmoins, au regard du vieillissement de la population sur la même période, **le taux d'équipement**, mesuré en nombre de places pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus, **baissera** au niveau national et dans toutes les régions de la France métropolitaine, tant en établissements qu'en services. Seuls les taux d'équipement des régions d'outre-mer et de la Corse projetés à 2025 sont proches des taux actuels (figure 30).

Le modèle LIVIA<sup>9</sup> permet d'estimer à près de 200 000 le nombre de personnes âgées dépendantes (GIR 1-2 et 3-4) supplémentaires en 2025. Le développement de l'aide à domicile devra notamment être accentué pour ces personnes.

**Figure 30 : Offre régionale en taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2020 et projetée à cinq ans**



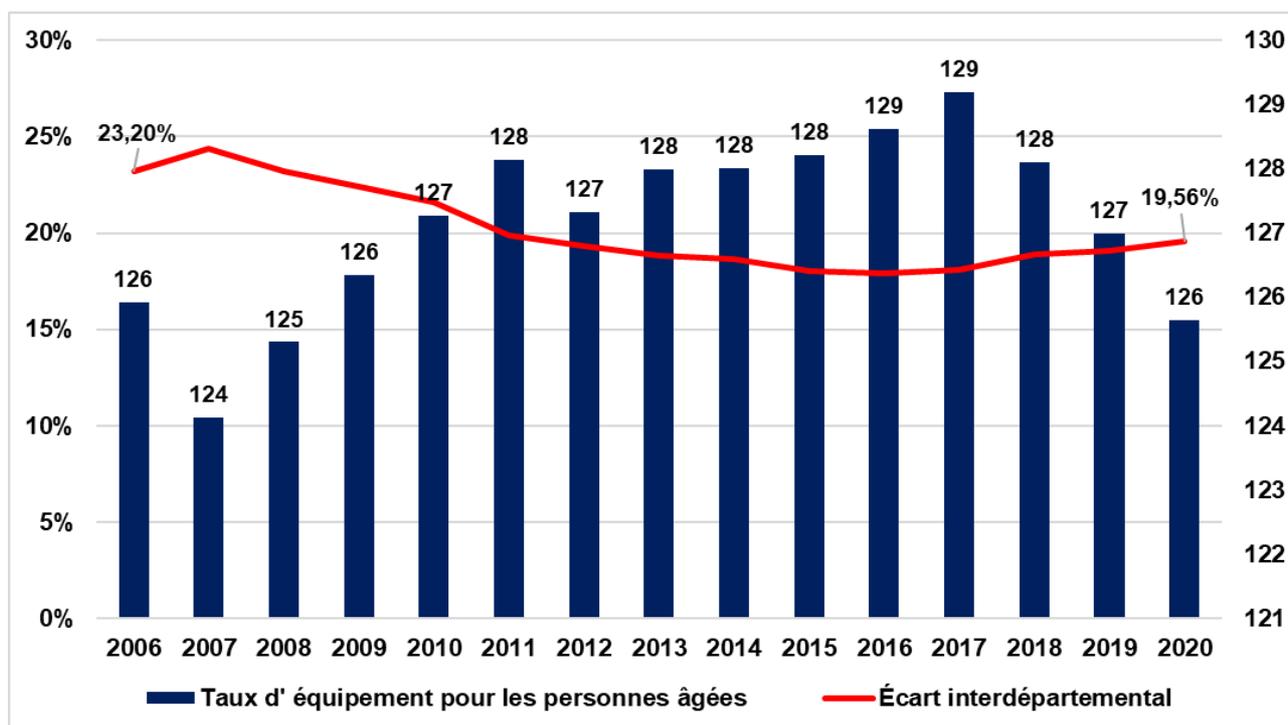
<sup>9</sup> Voir la note 7 supra.

## Écart interdépartemental et évolution de l'offre en soutien à l'autonomie des personnes âgées de 2006 à 2020

La mesure de l'écart interdépartemental de l'offre en établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées contribue à mesurer les disparités d'accompagnement de la perte d'autonomie à partir de l'équipement.

Une corrélation inverse est observée entre l'évolution de l'écart interdépartemental d'équipement et l'évolution du taux d'équipement national pour les personnes âgées de 2006 à 2020. Les écarts d'équipement entre les départements se réduisent à mesure que les taux d'équipement augmentent et inversement (figure 31). Ainsi, trois périodes se distinguent : entre 2007 et 2011, les taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées augmentent chaque année et, en contrepartie, les écarts interdépartementaux se réduisent. La période 2012-2016 marque une stabilité des écarts et des installations. Depuis 2017, les écarts s'accroissent légèrement et les taux d'équipement diminuent chaque année. Les écarts interdépartementaux se réduisent donc à mesure que des places sont créées.

**Figure 31 : Évolution comparée de l'offre en soutien à l'autonomie des personnes âgées et de l'écart interdépartemental, de 2006 à 2020**



**Note de lecture :** L'écart interdépartemental d'équipement concernant les ESMS est mesuré par les coefficients de variation. Le coefficient de variation correspond à l'écart-type des taux d'équipement mesuré entre les départements, rapporté à la moyenne globale de la France métropolitaine et exprimé en pourcentage. L'écart-type est la mesure de dispersion la plus couramment utilisée en statistique pour mesurer la dispersion autour de la moyenne.

## L'évolution de l'équipement pour les personnes en situation de handicap jusqu'à 2025 en tenant compte de la programmation pluriannuelle des ARS

Comme dans le champ des personnes âgées, l'analyse de la programmation pluriannuelle des ARS permet de dresser un panorama, décliné région par région, de l'évolution de l'équipement dans le champ du handicap entre 2020 et 2025.

Les projections à 2025 présentées ici doivent cependant être abordées avec précaution.

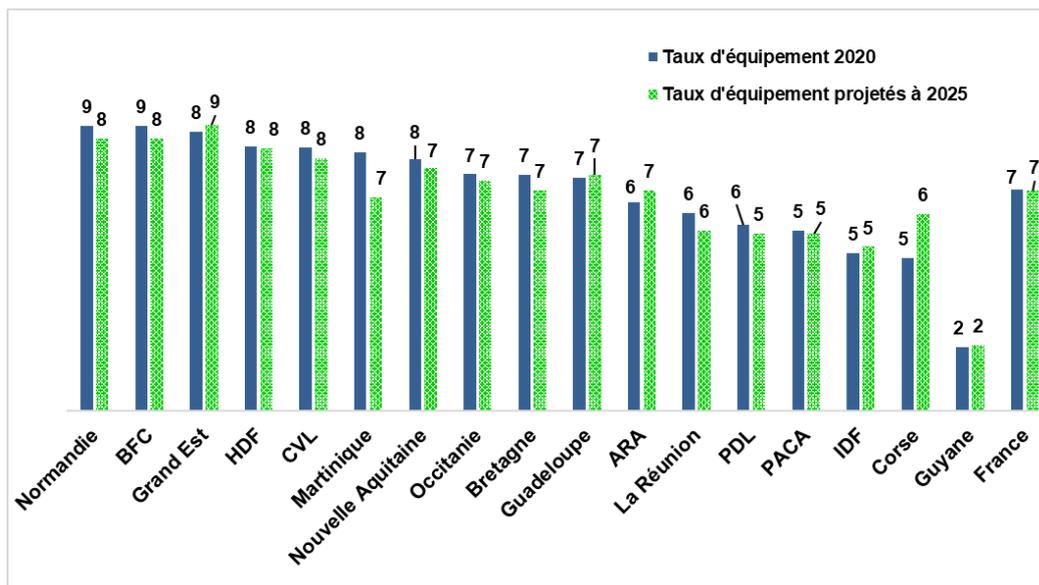
En effet, dans un contexte sanitaire extrêmement mobilisateur pour les ARS, les réalisations prévues en 2020 ont pu être décalées et les ARS ont pu éprouver des difficultés à se projeter dans une perspective d'installations soutenues. Les projections à 2025 sont donc fortement susceptibles d'évoluer, compte tenu des crédits importants dont les ARS disposent pour développer et transformer l'offre dans le champ des personnes handicapées.

En outre, les données analysées ne sont pas exhaustives. D'une part, les systèmes d'information nationaux actuels (FINESS, ROR – répertoire opérationnel des ressources – médico-social) ne permettent pas de recenser les dispositifs dont le fonctionnement ne repose pas sur un nombre de places. D'autre part, les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), dont le financement relève des conseils départementaux, ne sont pas comptabilisés.

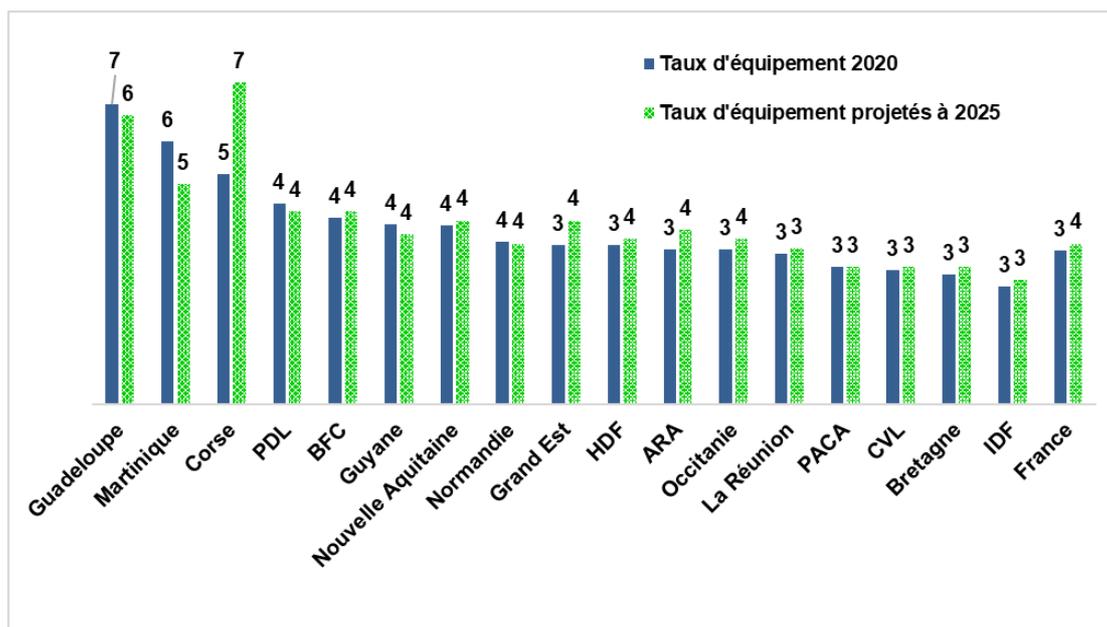
**Pour le public « enfants »**, la programmation pluriannuelle de créations de places en **établissements** permet globalement d'accompagner l'évolution démographique de la population d'enfants d'ici 2025, puisque le taux d'équipement, mesuré en nombre de places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, apparaît stable entre l'existant en 2020 et la projection à 2025 (figure 32). Quelques ARS, à l'exemple de la Corse, amélioreront leur taux d'équipement d'ici 2025.

En ce qui concerne les **services**, les projections d'équipement sont assez proches de l'offre actuelle, avec une légère tendance à la hausse (figure 33). Comme pour les établissements, la Corse se démarque par une forte programmation de nouveaux services, en particulier des SESSAD.

**Figure 32 : Offre en établissements pour enfants en situation de handicap, par région, en 2020 et projetée en 2025**



**Figure 33 : Offre en services pour enfants en situation de handicap, par région, en 2020 et projetée à cinq ans**

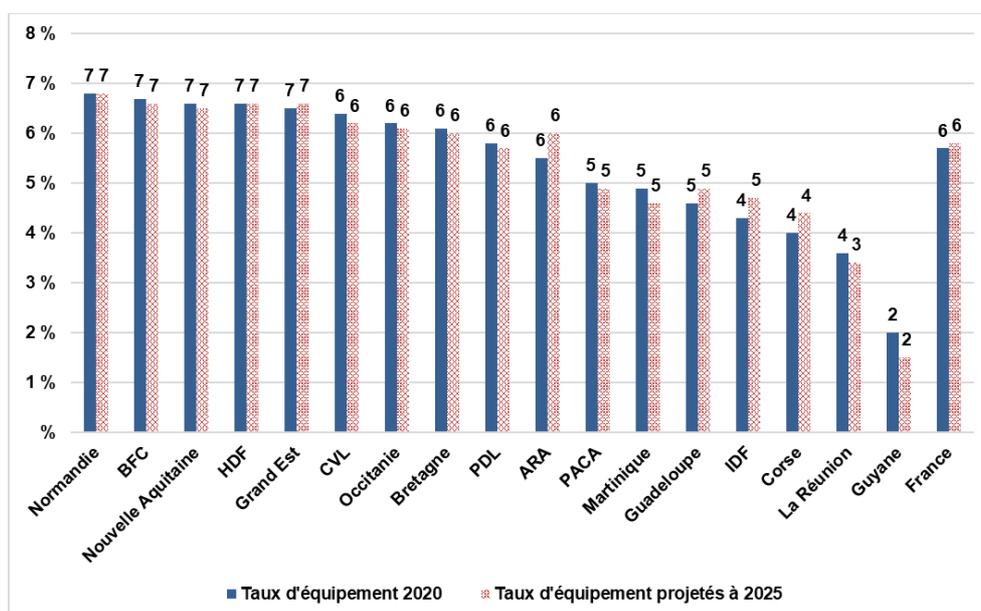


Sources : FINESS, SEPPIA, Projections INSEE.

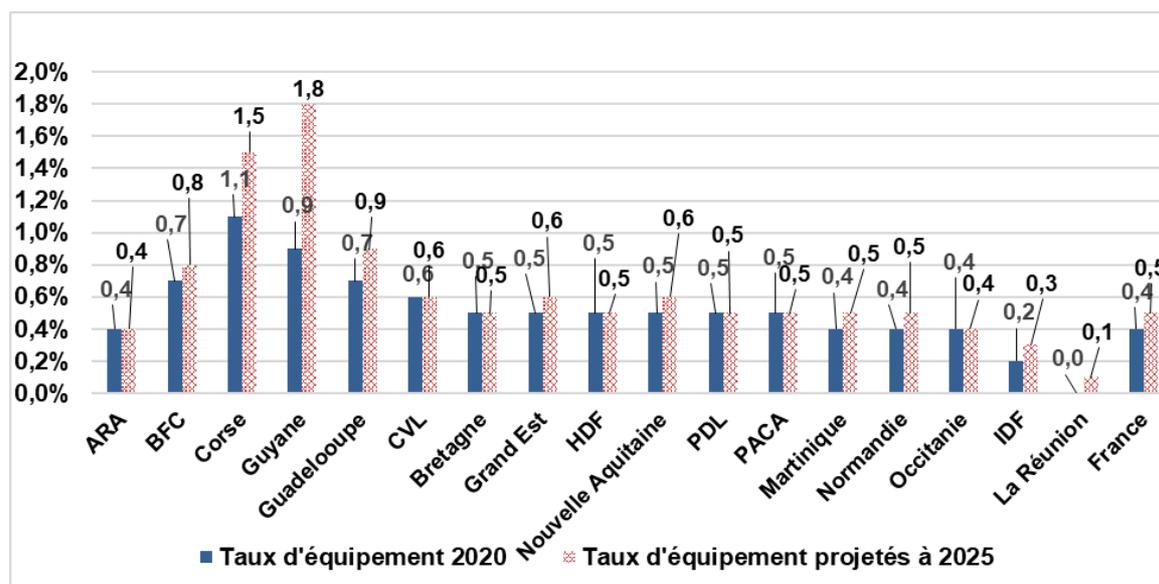
Pour le public « adultes », les taux d'équipement en établissements projetés sont globalement proches des taux de 2020 (figure 34), hormis quelques régions avec une projection inférieure, comme la Guyane ou la Martinique. Pour mémoire, le taux d'équipement se mesure en nombre de places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans.

On observe une dynamique de création de services, les taux d'équipement en services projetés étant supérieurs aux taux de 2020 (figure 35). Cependant, l'étude est limitée aux équipements programmés par les ARS, à savoir les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les SSIAD. Elle ne prend pas en compte l'évolution SAVS qui relèvent des conseils départementaux<sup>10</sup>.

**Figure 34 : Offre en établissements pour adultes en situation de handicap, par région, en 2020 et projetée à cinq ans**



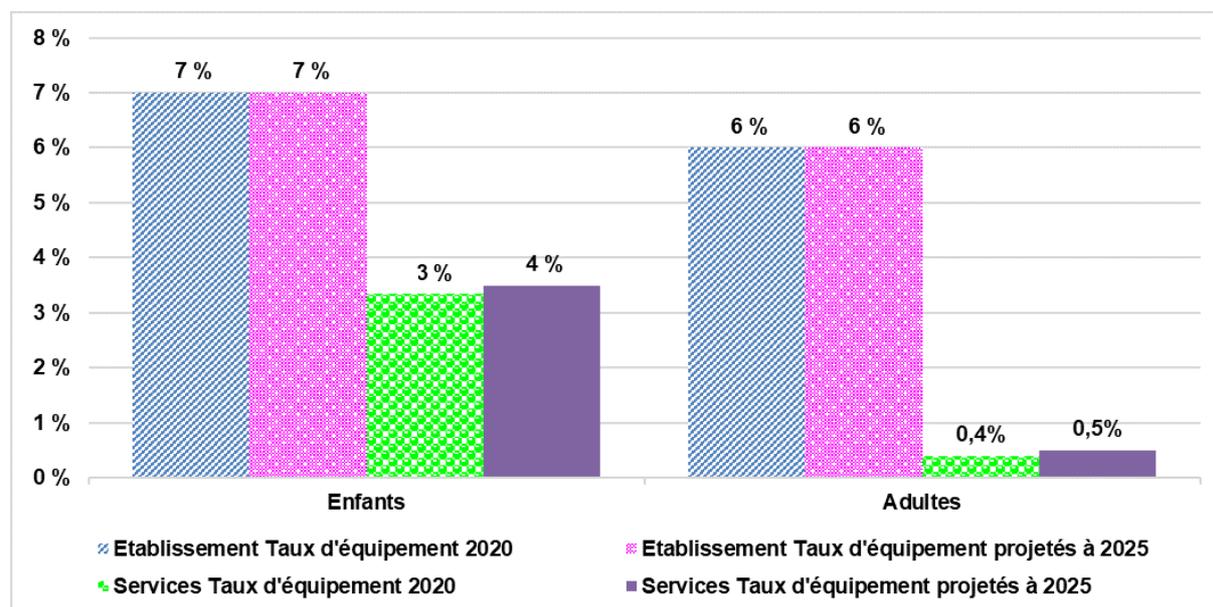
**Figure 35 : Offre régionale en services pour adultes en situation de handicap, par région, en 2020 et projetée à cinq ans**



<sup>10</sup> On pourra consulter le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS, ex-PQE), document annexé au PLFSS, dont les indicateurs tiennent compte de l'offre relevant des conseils départementaux.

À l'échelon national, les taux d'équipement projetés sont stables pour les établissements et en légère hausse pour les services. La dynamique de création de services est beaucoup plus forte dans le champ des enfants que dans le champ des adultes (figure 36).

**Figure 36 : Taux d'équipement en établissements et en services pour les enfants et les adultes en situation de handicap, au niveau national, en 2020 et projeté à cinq ans**

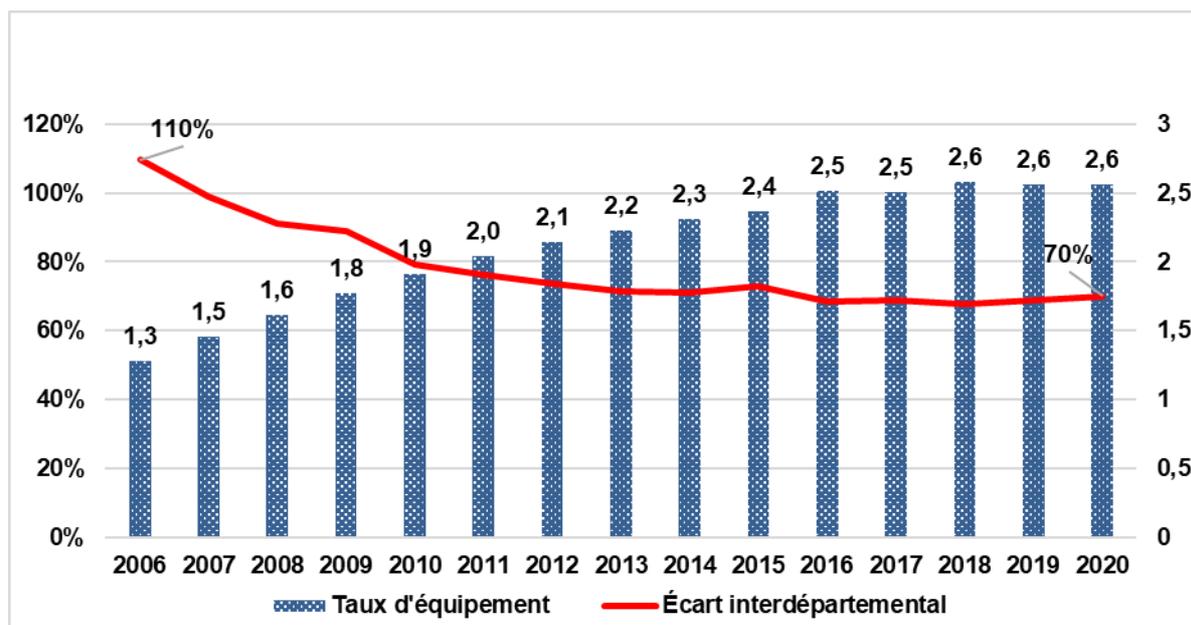


## Écart interdépartemental et évolution de l'offre en soutien à l'autonomie des personnes handicapées de 2006 à 2020

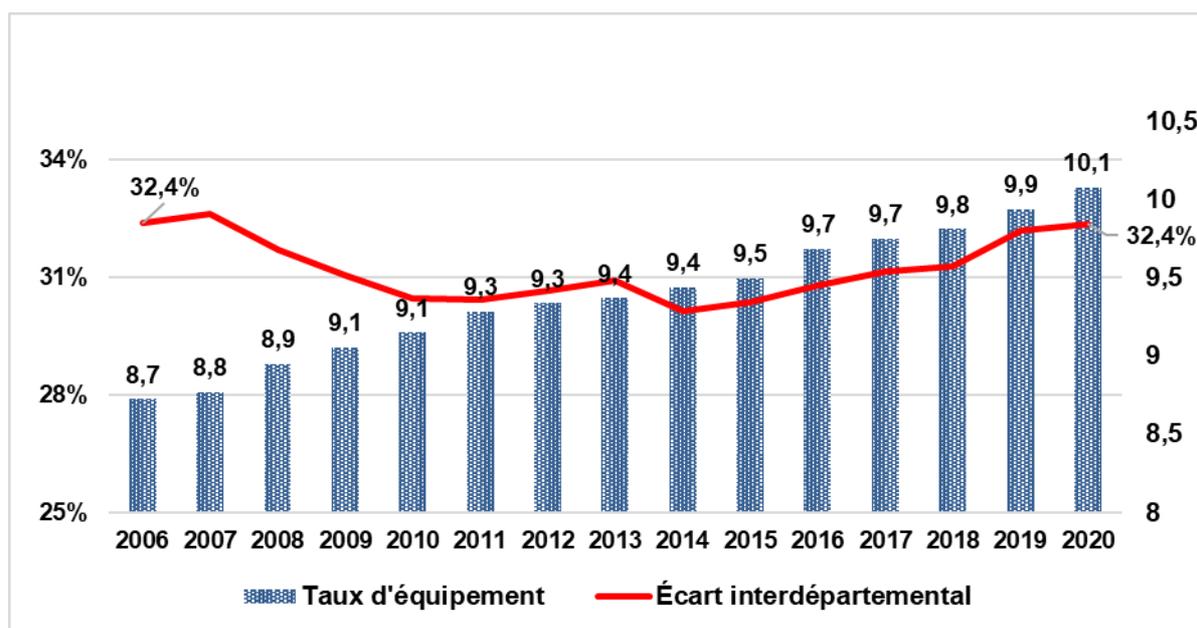
De 2006 à 2020, on observe une amélioration marquée de l'évolution des disparités interdépartementales et du taux d'équipement **pour les adultes** en situation de handicap. Le taux d'équipement s'améliore d'année en année au niveau national et l'écart interdépartemental diminue au fur et à mesure. L'écart interdépartemental qui était autour de 110 % en 2006 est stabilisé autour de 70 % depuis 2016 (figure 37).

Pour ce qui concerne **l'offre pour les enfants** en situation de handicap, on distingue différentes périodes (figure 38). L'amélioration des taux d'équipement est continue de 2006 à 2020, mais ce n'est pas le cas des écarts interdépartementaux. Jusqu'en 2010, la même corrélation inverse s'observe entre la diminution des disparités et la hausse des taux d'équipement. Ensuite, après une légère augmentation puis une baisse dans les années 2012-2014, l'écart interdépartemental et le taux d'équipement évoluent en parallèle jusqu'en 2019. L'augmentation de l'écart d'équipement se stabilise entre 2019 et 2020. Ces résultats sont probablement biaisés du fait que les systèmes d'information nationaux (FINESS, ROR médico-social) ne recensent pas correctement les dispositifs qui ne sont ni des établissements ni des services et ne sont pas toujours soumis à autorisation.

**Figure 37 : Évolution comparée de l'offre en soutien à l'autonomie des adultes en situation de handicap et de l'écart interdépartemental, de 2006 à 2020**



**Figure 38 : Évolution comparée de l'offre en soutien à l'autonomie des enfants en situation de handicap des écarts interdépartementaux, de 2006 à 2020**



Source : Finess, traitement CNSA, champ hors ESAT.

**Note de lecture :** L'écart interdépartemental d'équipement concernant les ESMS est mesuré par les coefficients de variation. Le coefficient de variation correspond à l'écart-type des taux d'équipement mesuré entre les départements, rapporté à la moyenne globale de la France métropolitaine et exprimé en pourcentage. L'écart-type est la mesure de dispersion la plus couramment utilisée en statistique pour mesurer la dispersion autour de la moyenne.

## **5 La programmation de l'offre par les ARS à l'horizon 2025, en réponse aux besoins identifiés**

### **Dans le champ du handicap : une consommation prévisionnelle 2021 en augmentation de 30 % par rapport à 2020**

La consommation des ARS devrait s'élever à **507 millions d'euros** dans le champ des personnes en situation de handicap **entre 2021 et 2025**. Ces crédits seront essentiellement issus des divers plans nationaux (figure 39).

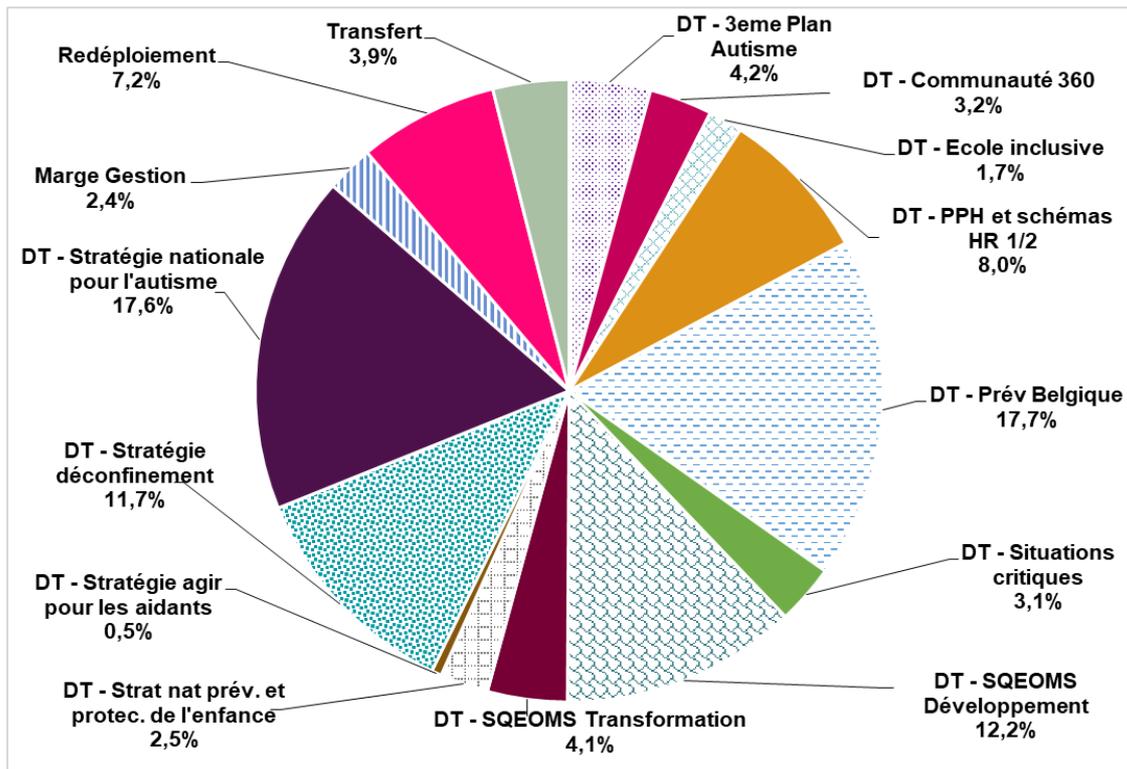
On distingue :

- > **La mise en œuvre de dispositifs** tels que les PCO, les PCPE ou encore les dispositifs hors les murs...), qui mobiliseront **86,25 millions d'euros** ;
- > **L'installation de 11 285 places**, qui mobilisera **421,14 millions d'euros** ; ces places concernent majoritairement le public adulte et représente 54 % des places installées et 59 % des consommations prévisionnelles (figure 40).

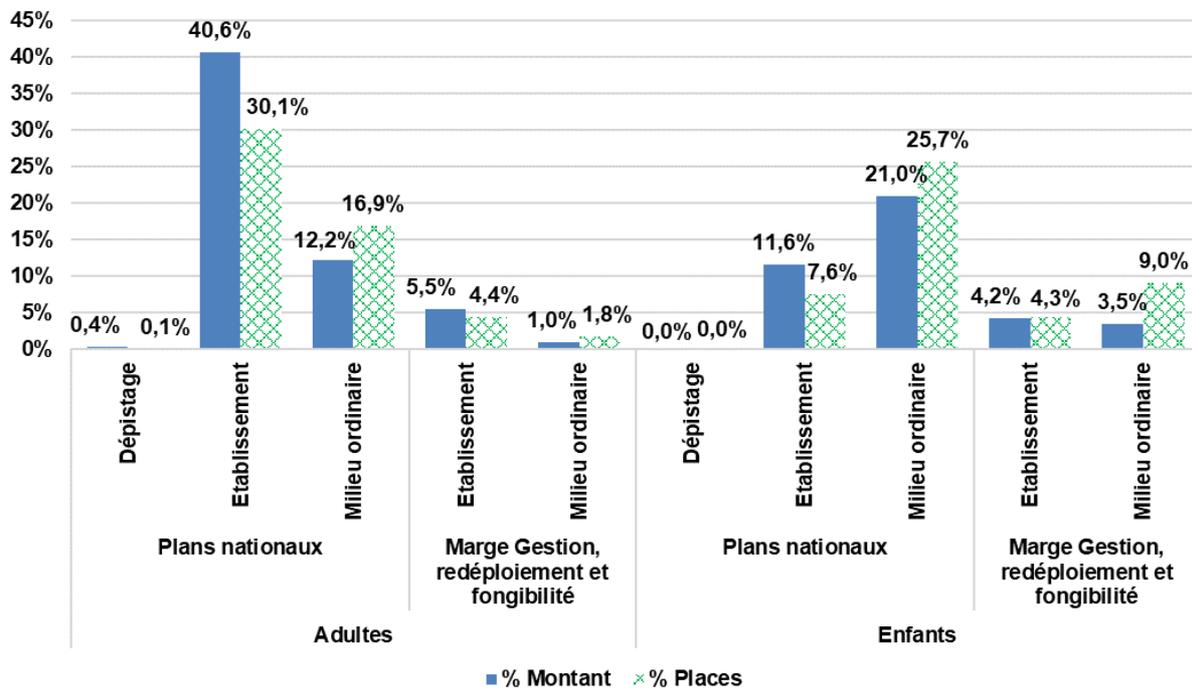
**L'année 2021** devrait connaître un pic d'installations effectives, avec **58 % des installations prévisionnelles** attendues sur l'ensemble de la période 2021-2025.

Sur l'ensemble du champ, publics adulte et enfant confondus, **l'offre de services** représentera la majorité des installations de 2021 à 2025, avec 53,4 % des places installées et 37,7 % des crédits consommés. **Les places en établissement** mobiliseront quant à elles 61,9 % des crédits consommés pour 46,4 % des places installées.

**Figure 39 : Origine des crédits des installations programmées sur la période 2021-2025**



**Figure 40 : Répartition des programmations entre public adulte ou enfant, établissement ou milieu ordinaire, selon l'origine du financement, sur la période 2021-2025**



## Une utilisation des crédits issus des plans en faveur des personnes âgées qui reste importante à l'horizon 2025

De 2021 à 2025, les ARS ont programmé **12 633 places** à installer pour un montant de **164,60 millions d'euros**.

La part des crédits relevant des plans nationaux est encore majoritaire (figure 41) :

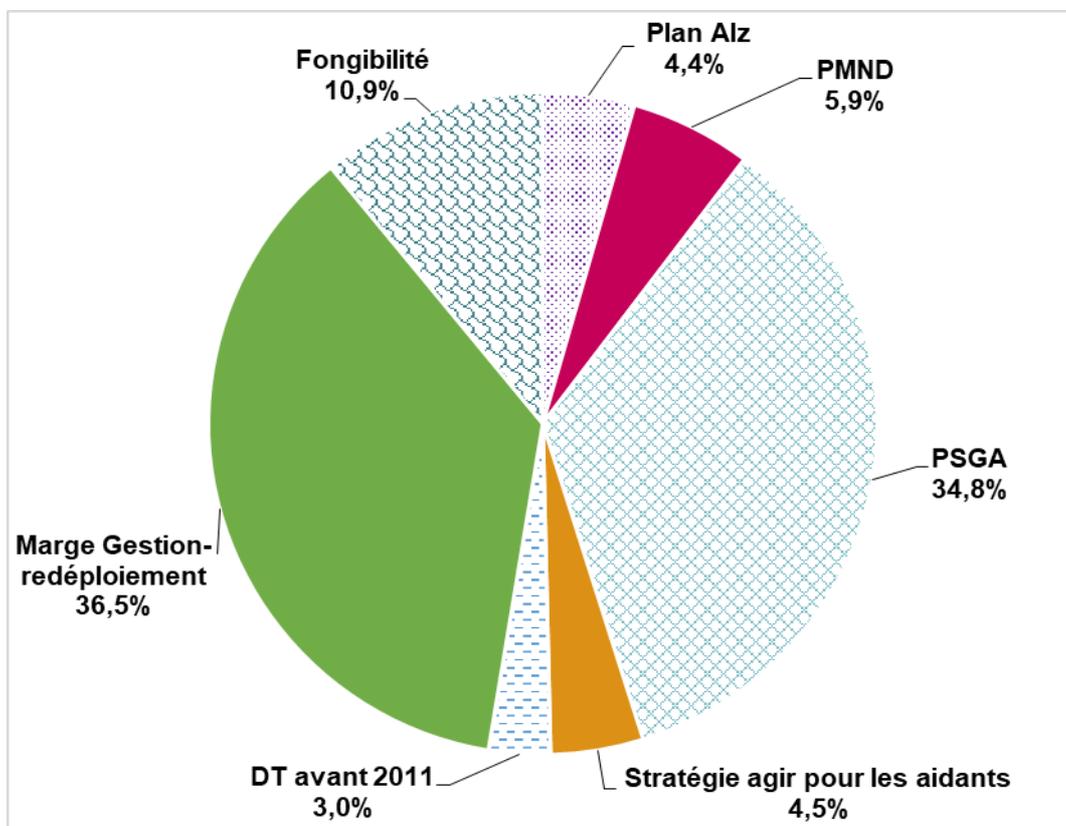
- > 52,6 % des crédits (86,59 millions d'euros, soit 6 131 places prévisionnelles) sont issus des plans et stratégies nationaux ;
- > 47,4 % des crédits (78,01 millions d'euros, soit 6 502 places prévisionnelles) sont pris sur les enveloppes de marges de gestion, de redéploiement et de fongibilité.

Les places sont essentiellement programmées pour de l'offre en établissement, à 77 %, contre 23 % en milieu ordinaire (figure 42).

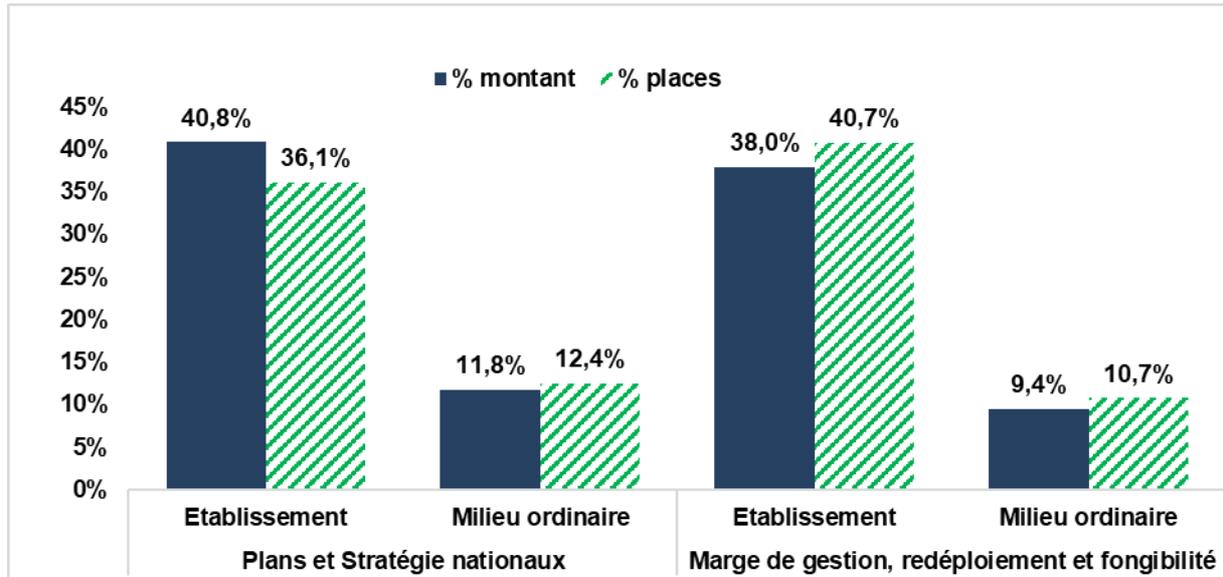
On constate également que :

- > 48 % du total des crédits prévisionnels concernent des places en hébergement permanent (7 019 places et 79,59 millions d'euros) ;
- > 18 % des crédits prévisionnels financeront de l'offre de répit : accueil de jour, hébergement temporaire, plateformes d'accompagnement et de répit, séjours vacances ;
- > 19 % des crédits sont destinés à financer l'offre de services (SSIAD et SPASAD).

**Figure 41 : Origine des crédits de la programmation 2021-2025**



**Figure 42 : Répartition des programmations entre établissement ou milieu ordinaire, selon l'origine du financement, sur la période 2021-2025**



# Conclusion

---

Pour la deuxième année consécutive, le bilan de l'évolution de l'offre 2020 propose une description globale de l'évolution de l'offre médico-sociale dans les champs du handicap et de la perte d'autonomie. Ce bilan reste d'abord centré sur le suivi des crédits de fonctionnement des ESMS tarifés ou co-tarifés par les ARS, délégués par la CNSA, ce qui ne représente pas la totalité de l'offre à destination de ces publics. En cette année atypique de profonde crise sanitaire, qui a eu pour conséquence collatérale la délégation de crédits nouveaux sur le secteur, il permet de mettre 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.

L'édition 2020 de ce bilan présente une évolution notable en termes d'approfondissement de l'analyse des besoins relatifs au développement de l'offre, reflétés dans ce document par une analyse fine des sujets relatifs aux taux d'équipement et aux disparités territoriales. L'analyse des besoins pourra faire l'objet d'explorations ultérieures, notamment *via* les systèmes d'information permettant de suivre les orientations prononcées dans le champ du handicap et les personnes en attente de solution.

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

L'édition 2021 permettra d'observer comment les agences régionales de santé ont mobilisé les enveloppes dédiées dans un contexte de pression lié à la pandémie un peu moins intense mais toujours de forte mobilisation via le pilotage de la vaccination, et de tensions sur les ressources humaines, afin de poursuivre les travaux de développement et de transformation de l'offre.



# Glossaire

---

**ACTP** : Allocation compensatrice pour tierce personne

**AAH** : Allocation aux adultes handicapés

**AE** : Autorisation d'engagement

**AEEH** : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

**AIS** : Acte infirmier de soins

**AJ** : Accueil de jour

**ARS** : Agence régionale de santé

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

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

**CD** : Conseil départemental

**CH** : Centre hospitalier

**CMPP** : Centre médico-psychopédagogique

**CNR** : Crédits non reconductibles

**CP** : Crédit de paiement

**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie

**CPO** : Centre de préorientation

**CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

**CRP** : Centre de réinsertion professionnelle

**DAC** : Dispositif d'appui à la coordination

**DEA** : Dispositif emploi accompagné

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

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

**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

**OPS** : Organisme de placement spécialisé

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

**PCH** : Prestation de compensation du handicap

**PCO** : Plateforme de coordination et d'orientation

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

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

**PHV** : Personnes handicapées vieillissantes

**PMND** : Plan Maladies neurodégénératives (2014-2019)

**PPH** : Plan pluriannuel du handicap

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

**PRS** : Projet régional de santé

**PSGA** : Plan Solidarité grand âge (2007-2012)

**PRST** : Plan régional santé au travail

**QVT** : Qualité de vie au travail

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

**SAVS** : Service d'accompagnement à la vie sociale

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

**SISDO** : Système d'information de suivi des orientations

**SNA** : Stratégie nationale pour l'autisme

**SNS** : Stratégie nationale de santé

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

**SPE** : Service public de l'emploi

**SRS** : Schéma régional de santé

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

**TND** : Trouble du neurodéveloppement

**TSA** : Trouble du spectre de l'autisme

**UEEA** : Unité d'enseignement élémentaire autisme

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

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

**UHR** : Unité d'hébergement renforcé

**USLD** : Unité de soins de longue durée

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



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

  
Caisse nationale de  
solidarité pour l'autonomie