



Ministère de la Santé et de la Prévention  
Ministère du Travail, du plein Emploi et de l'Insertion  
Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées

**EXAMEN PROFESSIONNEL POUR L'ACCES AU CORPS INTERMINISTRIEL  
DES ATTACHES D'ADMINISTRATION DE L'ETAT  
AU TITRE DE L'ANNEE 2023**

**Mardi 7 mars 2023  
de 13h00 à 17h00 (horaire de métropole)**

**Epreuve écrite d'admissibilité : durée 4 heures – coefficient 2**

Elle consiste, à partir d'un dossier documentaire de vingt-cinq pages maximum, en la rédaction d'une note ou en la résolution d'un cas pratique. Cette épreuve, qui met le candidat en situation professionnelle, est destinée à apprécier sa capacité de compréhension d'un problème, ses qualités d'analyse, de rédaction et son aptitude à proposer des solutions démontrant son savoir-faire professionnel.

**IMPORTANT : dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier la numérotation et le nombre de pages du dossier. Le dossier comporte 25 pages.**

## SUJET

Vous êtes affecté(e) au siège de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Auvergne-Rhône-Alpes. Votre directeur général vous demande une note synthétique pour appréhender les grandes tendances de la politique nationale en matière d'accompagnement du vieillissement de la population et les leviers récemment mis à la disposition de l'ARS pour mettre en œuvre cette politique.

### **DOCUMENTS JOINTS :**

Document 1	« Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé », (Site internet : <a href="http://www.ars.sante.fr">www.ars.sante.fr</a> - SGMCAS - 7 mai 2019).	Pages 1 à 2
Document 2	Extrait du cahier des charges de l'arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées. Publication au JO du 29 avril 2022	Pages 3 à 10
Document 3	Extraits de la note d'information n° DGCS/SD3A/3B/CNSA/DESMS/2021/69 du 19 mars 2021 concernant le cadre national d'orientation sur les principes généraux relatifs à l'offre de répit et à l'accueil temporaire	Pages 11 à 16
Document 4	Extrait de la circulaire n° DGCS/SD5C/CNSA/2021/210 du 24 septembre 2021 relative à la mobilisation des crédits d'investissement du Ségur de la santé et de France Relance en appui du virage domiciliaire de l'offre d'accompagnement des personnes âgées dans la société du grand âge	Pages 17 à 25

# DOCUMENT 1

## Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé

(Site internet : [www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr) - SGMCAS - 7 mai 2019)

***Les agences régionales de santé sont chargées du pilotage régional du système de santé. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population.***

### **Deux grandes missions: le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région**

Les agences régionales de santé sont des établissements publics, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé.

### **Le pilotage de la politique de santé publique en région comprend trois champs d'intervention :**

- La veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé.
- La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.
- L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

**La régulation de l'offre de santé en région** vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé. Elle porte sur les secteurs **ambulatoire** (médecine de ville), **médico-social** (aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées) et **hospitalier**.

- Concrètement, les agences régionales **coordonnent les activités** et **attribuent le budget de fonctionnement** des hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes.
- La régulation comporte une dimension territoriale - **pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire** - et une dimension économique - **pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé**.

La régulation est mise en place dans les différents domaines de responsabilité de l'agence, la loi mettant à la disposition du Directeur Général de l'ARS divers leviers, notamment :

- **L'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux**, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.
- La définition et la mise en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA), des actions propres à **prévenir et à gérer le risque assurantiel** en santé en région.
- L'évaluation et la promotion de la qualité des **formations des professionnels de santé**.

### **Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité du système de santé**

La création des agences régionales de santé en 2010 inscrit la gouvernance du système de santé dans un cadre global, impliquant l'ensemble des acteurs de santé.

Elles agissent sur le champ de la santé dans sa globalité :

- Prévention et promotion de la santé,
- Veille et sécurité sanitaires,
- Organisation de l'offre de soins en ambulatoire (médecine de ville) et en établissements de santé (hôpitaux...),
- Organisation de la prise en charge médico-sociale.

Grâce à la transversalité et à la territorialisation des politiques régionales de santé, les agences régionales de santé permettent de mettre en synergie tous les acteurs des territoires, de **développer une vision globale de la santé** et de **décloisonner les parcours** de santé, tout en assurant qualité, efficacité et sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement dans le système de santé. Elles sont l'interlocuteur unique de tous les acteurs de santé en région.

Les Projets régionaux de santé, outils de stratégie et de pilotage

L'action des agences régionales de santé est incarnée par **les projets régionaux de santé élaborés en concertation avec l'ensemble des acteurs de santé** dans les régions. Ils définissent la stratégie régionale de santé, organisent et programment sa mise en œuvre opérationnelle et fixent les ambitions et les priorités régionales de santé.

Les délégations départementales, un réseau de proximité

Faire vivre la démocratie sanitaire, une condition de réussite des politiques publiques de santé

Des missions renforcées par la loi de modernisation de notre système de santé

Adoptée en décembre 2015, la loi de modernisation de notre système de santé réaffirme la volonté de **décloisonner les prises en charge** et recentre le système de santé sur les **soins de proximité**, autour du médecin traitant.

Pour les ARS, il s'agit de :

- **décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social**, entre la ville et l'hôpital, entre la prévention et les soins au bénéfice des parcours de santé ;
- **renforcer la prise en charge de premier recours** par les professionnels libéraux et appuyer ces professionnels ;
- consolider le **service public hospitalier** ;
- favoriser les **coopérations entre établissements** ;
- **améliorer l'information des usagers** sur l'offre de soins de proximité, en particulier sur la permanence des soins ambulatoires ;
- développer la **démocratie sanitaire**.

**La loi de modernisation de notre système de santé** vise également à **renforcer l'animation territoriale conduite par les ARS** pour répondre aux grands enjeux de modernisation de notre système de santé qui se traduit par :

- un rééquilibrage des interventions des ARS au profit de **la prévention et de la promotion de la santé** ;
- une rénovation des **projets régionaux de santé de deuxième génération** ;
- un renforcement ainsi qu'une territorialisation de la démocratie sanitaire avec notamment la transformation des Conférences de territoire en **Conseils territoriaux de santé**.

CAHIER DES CHARGES DU CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL POUR LES PERSONNES AGÉES PRÉVU PAR LES ARTICLES D. 312-155-0 ET D. 312-7-2 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

## Table des matières

### 1. La mission de centre de ressources territorial se compose de deux volets complémentaires

- 1.1. *Organisation du centre de ressources territorial*
- 1.2. *Complémentarité des deux modalités d'intervention*
- 1.3. *Appel à candidatures*
- 1.4. *Critères d'éligibilité du porteur et de sélection du projet*
- 1.5. *Financement de la mission*
- 1.6. *Gouvernance et partenariats*
- 1.7. *Indicateurs de suivi et d'évaluation*

### 2. Volet 1 : le centre de ressources territoriales mobilise des compétences et des actions favorisant le maintien à domicile des personnes âgées

- 2.1. *Les publics cibles*
- 2.2. *Les prestations proposées au titre du volet 1*
- 2.3. *Partenariats spécifiques*
- 2.4. *Financement*

### 3. Volet 2 : assurer un accompagnement renforcé au domicile des personnes pour lesquelles les prestations « classiques » ne suffisent plus

- 3.1. Modalités d'intervention et d'organisation
  - 3.1.1. Prestations apportées par l'accompagnement renforcé
  - 3.1.2. Modèles organisationnels
  - 3.1.3. Système d'information
- 3.2. Public cible
  - 3.2.1. Admission dans le dispositif
  - 3.2.2. Sortie du dispositif
- 3.3. Professionnels de l'accompagnement renforcé
- 3.4. Partenariats spécifiques de l'accompagnement renforcé
  - 3.4.1. Rôle du médecin traitant
  - 3.4.2. Dispositifs de coordination agissant pour favoriser le parcours de santé
  - 3.4.3. HAD
- 3.5. Financement

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 consacre une mission de centre de ressources territorial. Cette mission vise à permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant pour leur permettre de continuer de vivre chez elles. Il s'agit de développer une alternative à l'entrée à l'établissement.

Cette mission peut être portée dans des conditions fixées par le présent arrêté :

- par un EHPAD, ainsi que le prévoit l'article 47 de la LFSS 2022 et l'article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles ;
- par un service à domicile, ainsi que le prévoit l'article D. 312-7-2 du code de l'action sociale et des familles.

Cette mission comporte deux modalités d'intervention, qui devront toutes deux être menées conjointement par les centres de ressources territoriaux :

- volet 1 – Une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques et de ressources et équipements spécialisées ou de locaux adaptés) ;
- volet 2 – Une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

Le développement d'une mission de centre de ressources territorial vise à positionner la structure désignée comme un facilitateur du parcours de santé des personnes âgées du territoire résidant à domicile ou dans un autre établissement ainsi qu'aux professionnels en charge de leur accompagnement. L'enrichissement des missions des structures concernées est également conçu comme un levier pour renforcer l'attractivité des métiers et des parcours professionnels dans le champ du grand âge.

Le présent cahier des charges vise à préciser les attendus de la mission de centre de ressources territorial, portée par un EHPAD ou par un service à domicile.

Les missions prévues dans le cadre du volet 2 sont inspirées de l'expérimentation art. 51 Dispositif renforcé d'accompagnement à domicile prévue jusqu'en octobre 2023 (1). Le présent cahier des charges sera revu à l'issue de l'évaluation de cette expérimentation, attendue pour l'été 2023.

La définition de l'articulation des missions du volet 2 du centre de ressources territorial avec l'action des services intervenants au domicile du bénéficiaire devra être garante du respect des missions déjà effectuées par ces structures. Le centre de ressources territorial n'intervenant alors qu'en complémentarité ou, si nécessaire, en subsidiarité des intervenants du domicile.

## 1. La mission de centre de ressources territorial se compose de deux volets complémentaires

### 1.1. Organisation du centre de ressources territorial

La mission de centre de ressources territorial peut être portée soit par un EHPAD, en lien avec des services à domicile, soit par un service à domicile, sur la base d'un conventionnement avec un EHPAD pour la mise à disposition des ressources nécessaires à la réalisation des prestations du volet 1 (locaux, équipements, accès aux ressources de santé...) ainsi que d'un temps de médecin coordonnateur et si possible la mobilisation d'un hébergement d'urgence pour la réalisation des prestations du volet 2.

Le porteur du projet doit constituer une équipe dédiée en recrutant ou en identifiant les professionnels qui sont chargés de conduire la mission de centre de ressources territorial et préciser les modalités de fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire dédiée à la conduite de cette mission.

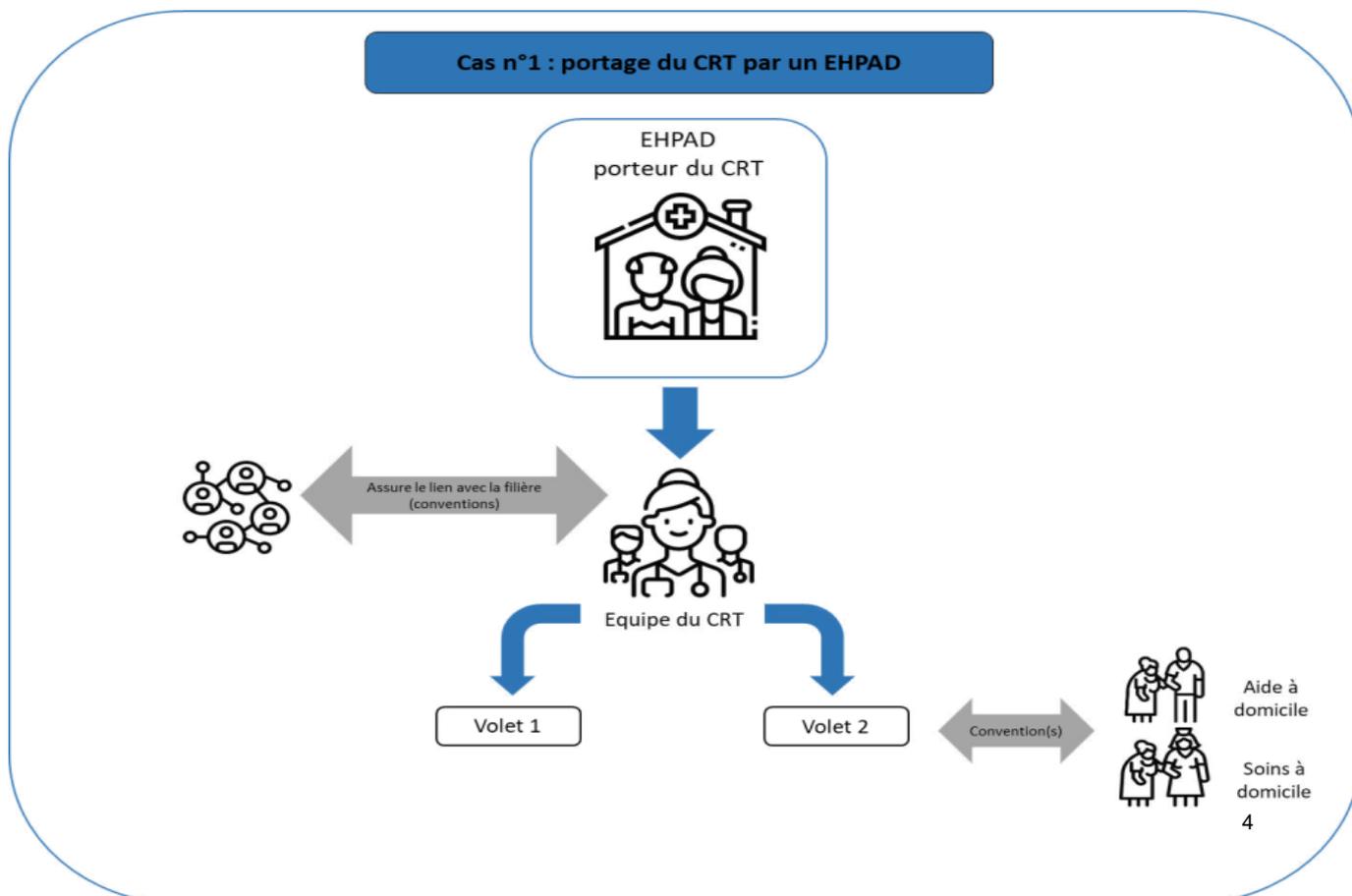
L'équipe ainsi constituée collabore avec les professionnels de l'établissement ou du service porteur.

Que la mission soit portée par un EHPAD ou un service à domicile, la complémentarité entre les deux modalités d'intervention, au sein des murs de l'EHPAD (porteur ou partenaire) et au domicile des bénéficiaires, est notamment assurée grâce à un temps de direction et de chefferie de projet dédié à la mise en œuvre de cette nouvelle mission.

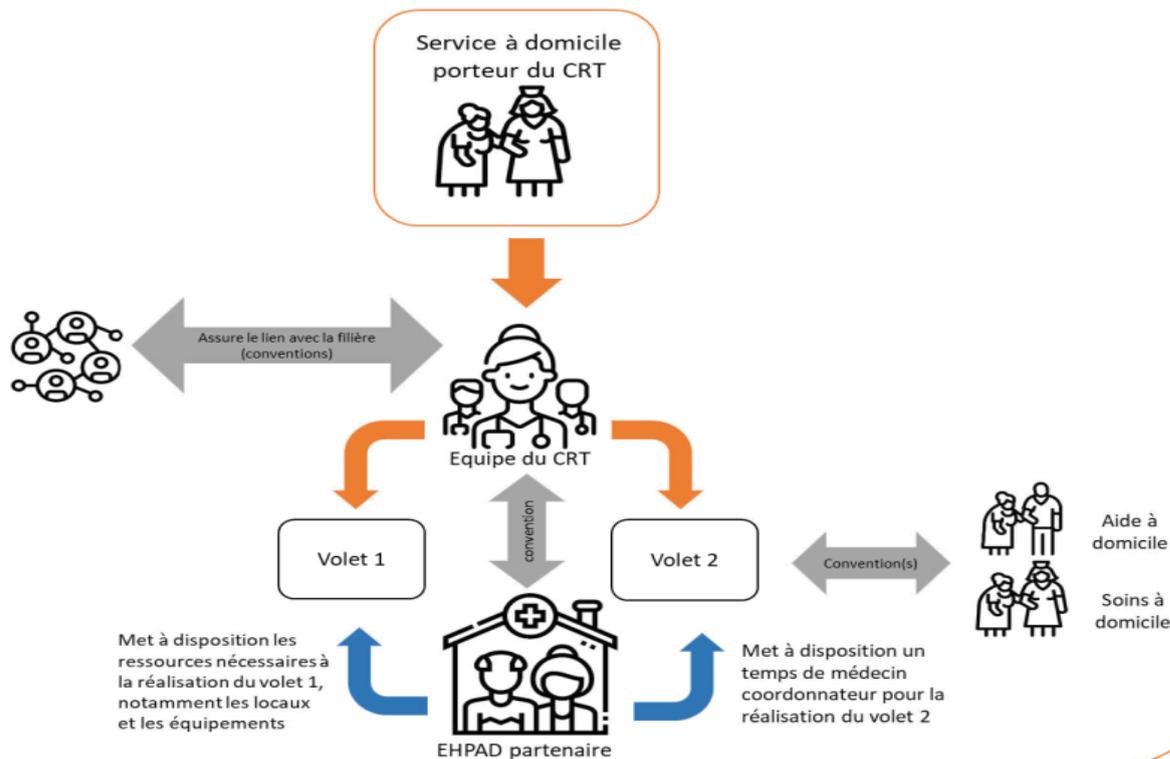
Que la mission soit portée par un EHPAD ou par un service à domicile, les équipes qui assurent les missions classiques de la structure porteuse doivent être associées le plus possible aux actions mises en œuvre dans le cadre des deux modalités d'intervention de la nouvelle mission (volet 1 et 2).

La nouvelle mission est pensée comme un prolongement de l'action classique de la structure et doit s'articuler avec le fonctionnement habituel de celui-ci. Si la mission de centre de ressources territorial est portée par un service à domicile, une attention devra également être portée à l'articulation avec les équipes qui assurent les missions classiques de l'EHPAD partenaire, dans le cadre du conventionnement passé avec lui.

Schéma no 2. – Les deux modalités de portage d'un centre de ressources territorial



## Cas n°2 : portage du CRT par un service à domicile



### 1.2. Complémentarité des deux modalités d'intervention

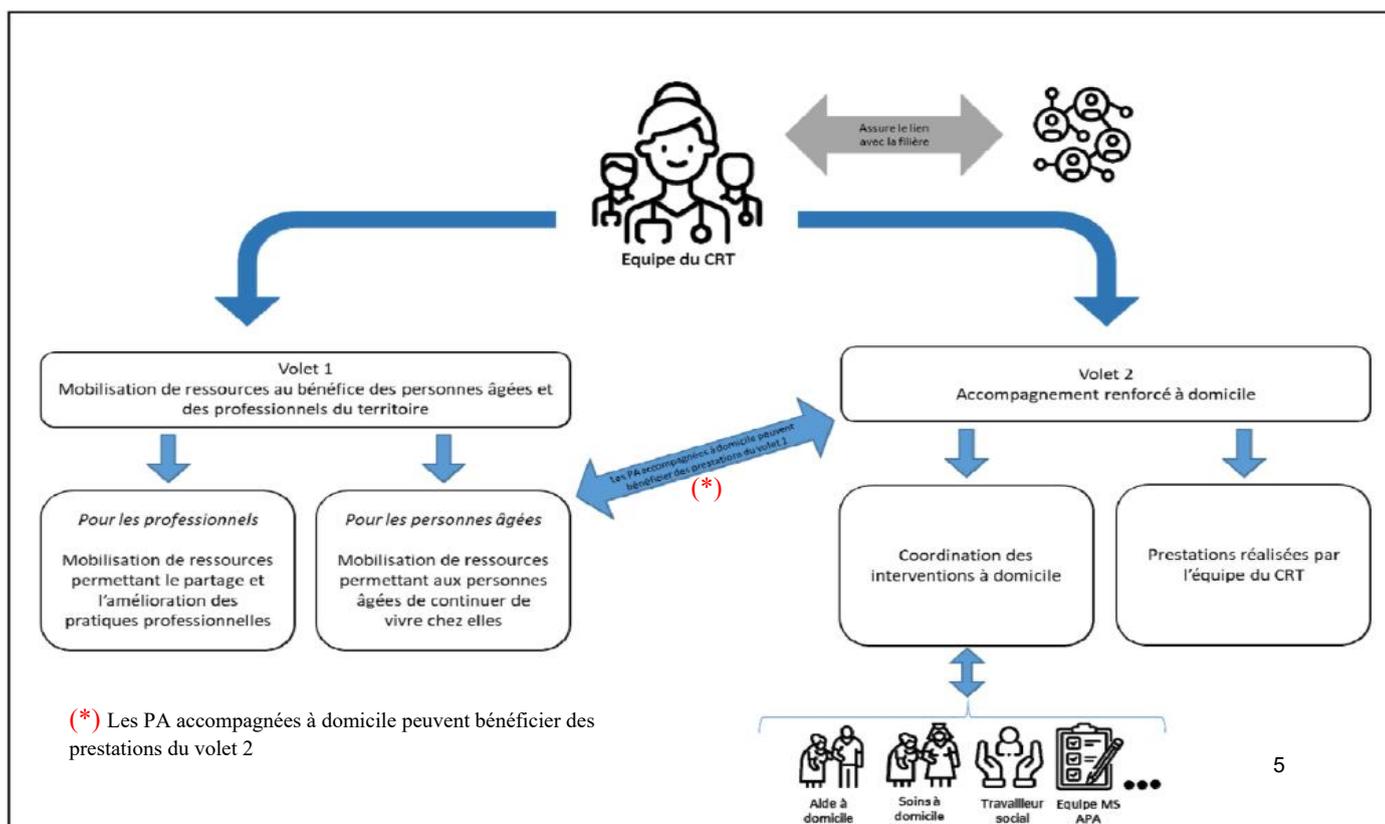
Il est prévu que les bénéficiaires de l'accompagnement renforcé au domicile (volet 2) puissent participer aux actions mises en place au titre du volet 1 telles que l'accès aux ressources de santé (consultations et télésanté, actions de prévention et repérage) et aux activités en faveur de l'animation de la vie sociale.

De plus, l'ouverture de du centre de ressources territorial sur son environnement doit permettre de repérer des situations susceptibles de bénéficier du volet 2.

Par ailleurs, les personnes âgées sur liste d'attente pour une entrée en EHPAD peuvent se révéler être de futurs bénéficiaires de cet accompagnement. Le suivi des personnes à leur domicile dans le cadre du volet 1 et du volet 2 peut participer à une meilleure préparation de l'entrée en EHPAD des personnes concernées.

Certains postes de dépenses partagés, tels que la mise en place de moyens de transports, peuvent bénéficier aux deux volets de la mission de centre de ressources territorial.

Schéma n° 2. – Le rôle de l'équipe du centre de ressources territorial



(\*) Les PA accompagnées à domicile peuvent bénéficier des prestations du volet 2

### 1.3. Appel à candidatures

Les structures porteuses de cette offre sont désignées par un appel à candidatures de l'ARS, qui peut être travaillé en lien avec les conseils départementaux concernés. L'ARS organise et pilote la sélection des candidatures en lien avec les conseils départementaux.

Cet appel à candidatures précise les modalités d'articulation et de complémentarité attendues entre le fonctionnement spécifique « centre de ressources territorial » et le fonctionnement des structures de « droit commun » notamment financées ou cofinancées par le conseil départemental dont peuvent bénéficier les personnes âgées en perte d'autonomie (l'aide humaine, la téléassistance, le portage de repas, l'accueil de jour, les solutions de nuit...). Il précise également l'articulation souhaitée avec les dispositifs d'information, de coordination et d'orientation, notamment les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Les réponses à l'appel à candidatures devront comporter les éléments suivants :

- le diagnostic, réalisé par le candidat, sur le territoire de son intervention en tant que centre de ressources territorial, qui est un élément central de la réponse à l'appel à candidature ;
- le modèle d'organisation choisi par le candidat ;
- les partenariats prioritairement mis en œuvre ;
- le territoire d'intervention, qui tient compte de l'implantation de l'EHPAD porteur ou partenaire et de la file active cible du porteur sur le volet 2. Si le porteur est un service à domicile, le territoire d'intervention de la structure centre de ressources peut être différent de celui défini dans l'autorisation en tant que SAAD, SSIAD ou SPASAD. Le périmètre de ce territoire d'intervention est précisé dans la réponse à l'appel à candidatures et repris dans les conventions de partenariat et de coopération EHPAD-service. La zone d'intervention du centre de ressources territorial est définie en cohérence avec les territoires de parcours des personnes âgées tels que prévus dans les projets régionaux de santé et les schémas d'orientation et d'organisation départementaux ;
- les actions susceptibles de relever de la mission de centre de ressources territorial faisant l'objet d'un financement par ailleurs (actions financées par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ou par la dotation complémentaire des services d'aide à domicile) sont identifiées par le candidat.

### 1.4. Critères d'éligibilité du porteur et de sélection du projet

**Ne sont pas éligibles les projets suivants :**

- les projets ne comportant pas les deux modalités d'intervention pour assurer le rôle de centre de ressources territorial ;
- lorsque le porteur est un service à domicile, les projets ne prévoyant pas de conventionnement avec un EHPAD.

**Orientations nationales pour la sélection des projets :**

Pour la sélection des projets, une attention particulière est portée sur l'opérationnalité du projet et la capacité du gestionnaire à mettre en œuvre rapidement la nouvelle mission. A cet égard, il pourra être tenu compte des éléments suivants pour la sélection des projets, qu'il s'agisse d'un EHPAD ou d'un service à domicile :

- les porteurs de projet qui concentrent des expertises diverses ou mettant en place des actions innovantes et disposant de compétences intéressantes à diffuser sur le territoire. Cela peut être en lien avec des pratiques vertueuses reconnues en matière d'accompagnement des résidents et bénéficiaires et de respect des principes de bientraitance ainsi qu'avec son dynamisme sur les sujets d'attractivité des métiers et de qualité de vie au travail ;
- l'inscription du porteur de projet dans une forte dynamique partenariale gérontologique ainsi que sa place dans la filière gériatrique. L'existence de liens avec le secteur sanitaire et l'hospitalisation à domicile sont également un gage de solidité du porteur. En outre, le rattachement à un GCSMS peut être considéré comme un atout pour endosser les missions de centre de ressources territorial ;
- la qualité du diagnostic réalisé sur la place et le rôle des acteurs du territoire justifiant le choix des prestations, l'organisation et les partenariats proposés par le porteur est un critère déterminant. Le fait que les prestations proposées permettent d'améliorer la qualité et le maillage territorial de l'offre à destination des personnes âgées et répondent aux objectifs des plans en cours sera valorisé (ex : plan anti-chute, stratégie vieillir en bonne santé, feuille de route maladies neuro dégénératives). A cet égard, la stratégie de déploiement des missions de centre de ressources territorial doit tenir compte des dispositifs expérimentaux DRAD existants et de leur zone de couverture territoriale, afin de ne pas créer de doublon.

En conséquence, une priorité sera donnée au fait que la mise en place d'un centre de ressources territorial réponde à un besoin du territoire qui jusque-là n'était pas ou insuffisamment couvert ;

- le fait que le porteur de projet ait d'ores et déjà développé des modalités d'accueil et prestations spécifiques (ex : places d'accueil de jour, hébergement temporaire, PASA, UHR et PFR...) ou bien des modalités d'accompagnement démontrant une robustesse de la structure (ex : garde itinérante de nuit).

S'agissant de la solidité de l'EHPAD porteur de projet ou partenaire, l'ARS veillera à ce que l'EHPAD :

- bénéficie d'un temps de médecin qui assure une présence effective dans l'EHPAD, prioritairement un médecin coordonnateur ou à défaut un médecin intervenant dans l'EHPAD (ex : médecin prescripteur attaché à l'EHPAD) ;
- bénéficie d'un temps d'infirmier coordinateur ;
- ait une présence d'infirmière de nuit ou soit engagé dans un dispositif d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit ;
- dispose d'espaces et d'équipements suffisants pour organiser les actions du volet 1. Ils doivent être accessibles aux différents acteurs susceptibles d'y intervenir, s'agissant notamment de l'emplacement géographique, ainsi que des horaires d'ouverture au public.

Les ARS veillent à ce que les porteurs de projet assurent une offre accessible financièrement. En particulier, dans l'hypothèse où l'accompagnement renforcé à domicile ne permet plus à la personne de continuer de vivre chez elle, le porteur doit être en mesure de proposer une solution d'hébergement en aval du volet 2 à un prix accessible.

L'accessibilité financière est assurée si l'EHPAD porteur ou partenaire est majoritairement habilité à l'aide sociale. A défaut, le porteur :

- soit propose des prestations aux tarifs fixés par le département dans le cadre de l'aide sociale ;
- soit prévoit dans sa candidature les modalités d'orientation des bénéficiaires du volet 2 vers une offre d'hébergement accessible financièrement via une convention avec un ou plusieurs EHPAD majoritairement habilités à l'aide sociale.

Pour les projets sélectionnés, la mission de centre de ressources territorial donne lieu à une **modification de l'arrêté** d'autorisation de la structure retenue. Selon la structure concernée, il est co-signé par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental ou signé uniquement par le directeur général de l'ARS. Dans l'hypothèse où un service ne proposant que de l'aide à domicile est retenu, l'autorisation est modifiée et co-signée par l'ARS.

Cette autorisation donne lieu à un enregistrement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) dont les modalités sont précisées dans l'annexe 2 de l'arrêté de publication du présent cahier des charges.

### 1.5. *Financement de la mission*

Une dotation annuelle de 400 000 € est versée aux structures retenues dans le cadre de l'appel à candidatures pour remplir la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets.

Ce financement ne se substitue à aucun autre financement déjà perçu par l'établissement ou le service porteur. Néanmoins, ce financement n'a pas vocation à financer des actions déjà financées par ailleurs et ne nécessitant aucun complément de financement (à titre d'exemple, des actions du volet 1 déjà réalisées et financées par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ou par la dotation complémentaire versée aux SAAD par le conseil départemental).

Ces financements, tout comme les prestations qu'ils financent, s'ajoutent aux financements versés aux services à domicile pour dispenser des prestations d'aide ou de soins à domicile.

Dans la continuité de l'expérimentation DRAD et dans l'attente de son évaluation, aucune participation financière n'est demandée aux bénéficiaires des prestations du centre de ressources territorial.

Cette dotation peut être répartie librement entre les deux modalités d'intervention de la mission, sous réserve de respecter les contraintes suivantes :

- un temps de chefferie de projet dédié est financé (exemple : à hauteur de 0,2 ETP), notamment pour assurer la coordination administrative, la gestion budgétaire et comptable, la gestion des ressources humaines et la gestion des systèmes d'information ;
- la somme fléchée vers le volet 1 doit permettre de financer le socle de prestations attendues dans le volet 1 ;
- la somme fléchée vers le volet 2 doit permettre de financer une offre d'accompagnement renforcé à domicile pour une file active de 30 bénéficiaires minimum, financée à hauteur de 900 € par mois par bénéficiaire.

Dans l'hypothèse d'un portage par un service à domicile, le fonctionnement de centre de ressources territorial **repose sur un conventionnement avec un EHPAD partenaire** pour assurer les missions du volet 1 et pour le volet 2 pour organiser la mise à disposition d'un temps de médecin qui assure une présence effective dans l'EHPAD (prioritairement un médecin coordonnateur ou à défaut un médecin intervenant dans l'EHPAD). Les prestations apportées par l'EHPAD y sont définies et sont facturées par l'EHPAD au service porteur de la mission de centre de ressources territorial.

Le financement de cette mission donne lieu à un avenant au CPOM de la structure. Si le porteur n'a pas de CPOM, la dotation est versée en complément de la dotation soins aux services autorisés totalement ou partiellement par l'ARS. Pour les services proposant uniquement de l'aide et de l'accompagnement à domicile, le financement est versé par l'ARS à l'EHPAD partenaire, avec lequel une convention doit être conclue ; cette convention prévoit le reversement de la part revenant au porteur de projet (somme fixée pour le volet 2 et pour les actions du volet 1 que le service mène en propre).

Une comptabilité analytique est établie pour retracer les dépenses spécifiques à la mission de centre de ressources territorial. Elle permet notamment le retraitement des EPRD/ERRD pour retrancher ces dépenses dans le cadre d'un CPOM. Un suivi d'indicateurs d'activité dédiés est également organisé.

### 1.6. Gouvernance et partenariats

L'action du centre de ressources territorial repose sur de nombreux partenariats qui doivent être identifiés dans le dossier de candidature (lettres d'engagement par exemple). Parmi les conventions qui organisent et définissent ces partenariats, deux types de convention sont obligatoires pour la mise en œuvre et doivent être prévues dans le projet du porteur :

- pour l'ensemble des porteurs, qu'il s'agisse d'un EHPAD ou d'un service à domicile, des conventions avec les services à domicile qui interviennent au quotidien chez les bénéficiaires du volet 2 doivent être conclues ;
- pour les centres de ressources territoriaux portés par un service à domicile, une convention doit être conclue avec un EHPAD partenaire pour la réalisation de certaines prestations du volet 1 et du volet 2.

Outre ces conventions incontournables, le tableau ci-dessous regroupe les partenariats nécessaires pour la réalisation des prestations dans les deux volets, qui sont susceptibles de varier selon les territoires et les configurations locales. Les partenariats prévus plus spécifiquement pour chacun des volets de la mission sont précisés dans les parties concernées.

L'animation des partenariats constitue un point essentiel pour le bon fonctionnement du centre de ressources territorial et l'effectivité de ses missions sur le territoire. Elle repose sur des conventions permettant de préciser les articulations avec les structures de droit commun. Par conséquent, le gestionnaire doit définir une instance de pilotage de la mission de centre de ressources avec les acteurs et partenaires du territoire (acteurs de la filière de soin gériatrique et gérontologique, acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social...) en s'appuyant sur les instances de concertation et de coordination territoriale existantes.

Dans le cadre des prestations mises en œuvre, l'ARS veillera à ce que la structure établisse des partenariats notamment avec les acteurs des secteurs sanitaire (établissements, services et professionnels de santé) et médico-social, les acteurs de la prévention, de la coordination, les professionnels du domicile (dont les professionnels de soin libéraux) ou encore les acteurs associatifs de son territoire d'intervention.

La structure veillera, en étroite collaboration avec l'ARS, à porter une attention particulière à l'articulation avec l'offre d'expertise déjà existante, tout particulièrement portée par les dispositifs sanitaires identifiés dans le tableau ci-dessous.

Institutionnels et financiers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ARS</li> <li>- Conseil départemental</li> <li>- Commune et intercommunalité</li> </ul>
Filière de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</li> <li>- L'appui soins palliatif territorial : l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ;</li> <li>- L'appui gériatrique territorial (partie intégrante de la filière de soins gériatrique territoriale) et notamment les équipes mobiles gériatriques (EMG) ;</li> <li>- Équipes mobiles d'hygiène (EMH)</li> <li>- L'équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMGP) ou de psychogériatrie</li> <li>- Etablissements de santé (MCO/SMR/USLD/UCC) et notamment les hôpitaux de proximité</li> <li>- Etablissements et services de santé mentale</li> </ul>

Aide et soins à domicile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SAAD, SSIAD, SPASAD, futurs services autonomie à domicile.</li> <li>- L'hospitalisation à domicile (HAD)</li> <li>- Equipe PRADO pour les personnes âgées</li> <li>- Equipes spécialisées Alzheimer (ESA)</li> <li>- Equipes spécialisées Maladies Neuro-Dégénératives (ESMND)</li> <li>- Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation (EAAR)</li> <li>- Equipes médico-sociales APA</li> </ul>
Prévention de la perte d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Associations</li> <li>- Caisses et mutuelles</li> <li>- Centres sur les aides techniques</li> </ul>
Aide aux aidants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PFR du territoire</li> <li>- Associations d'aide aux aidants</li> <li>- Représentants du CVS</li> <li>- Autres acteurs qui proposent du répit au domicile</li> </ul>
Vie sociale et citoyenne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Associations dédiées</li> </ul>
Professionnels libéraux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin traitant</li> <li>- Equipes de soins libérales (IDEL)</li> <li>- Organisations d'exercice coordonnées : Equipes Soins Primaires, CPTS, MSP, centres de santé</li> <li>- Pharmacies d'officine</li> </ul>
Coordination locale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositif d'appui à la coordination (DAC) : rassemble le dispositif MAIA, la plateforme territoriale d'appui (PTA), la coordination territoriale d'appui (CTA de PAERPA), des réseaux de santé et parfois le CLIC.</li> </ul>
Autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissements hébergeant des personnes âgées</li> <li>- Résidences autonomie</li> <li>- Porteurs des habitats inclusifs du territoire</li> <li>- Résidences Services Séniors (RSS)</li> </ul>

### 1.7. Indicateurs de suivi et d'évaluation

Les indicateurs socles retenus au niveau national pour le suivi du déploiement de la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets sont les suivants :

Déploiement de la mission :

- nombre de centres de ressources territoriaux ;
- nombre de centres de ressources territoriaux portés par un EHPAD ;
- nombre de centres de ressources territoriaux portés par un service à domicile ;
- nombre de conventions passées avec d'autres acteurs de la filière.

Indicateurs transversaux :

- nombre de personnes bénéficiant à la fois de prestations du volet 1 et du volet 2 ;
- composition de l'équipe du centre de ressource territorial (ETP et qualifications) ;
- liste des partenaires du centre de ressources territorial et gouvernance mises en place avec eux.

Volet 1	Volet 2
<p><b>Indicateurs quantitatifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'agissant des effets sur les personnes âgées du territoire ne bénéficiant pas de la prestation hébergement et leur(s) aidant(s) :</li> <li>- Nombre de personnes âgées du territoire ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 ;</li> <li>- Nombre d'aidants ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 ;</li> <li>- Nombre de prestations de télésanté réalisées par un professionnel de l'EHPAD (téléconsultations accompagnées, télé-expertises sollicitées, et le cas échéant actes de télésoin) ;</li> <li>- Pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées :</li> <li>- Nombre d'actions améliorant les pratiques professionnelles dont actions de sensibilisation, partage de bonnes pratiques... ;</li> <li>- Nombre de professionnels ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 ;</li> <li>- Parmi eux, nombre de professionnels d'un service à domicile ou d'un autre EHPAD</li> </ul>	<p><b>Indicateurs quantitatifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'agissant des bénéficiaires de l'accompagnement renforcé :</li> <li>- Nombre de personnes dans la file active ;</li> <li>- Nombre d'entrées / sorties dont sorties temporaires (motifs et durée) ;</li> <li>- Nombre de prestations réalisées par domaine et par bénéficiaire de l'accompagnement.</li> <li>- Existence d'une participation financière du bénéficiaire</li> <li>- Coûts du dispositif :</li> <li>- Part du forfait consacré aux frais de fonctionnement / investissement ;</li> <li>- Détail du coût des prestations complémentaires dans les quatre domaines suivants :</li> <li>- Sécurisation de l'environnement de la personne ;</li> <li>- Gestion des situations de crise et soutien des aidants ;</li> <li>- Coordination renforcée autour de la personne ;</li> <li>- Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement des personnes âgées, animation de la vie sociale, appui au parcours de vie.</li> </ul>
Volet 1	Volet 2
<p><b>Indicateurs qualitatifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profil des bénéficiaires (GIR, lieu de vie etc)</li> <li>- Prestations proposées pour chacun des trois objectifs du volet 1 ;</li> <li>- Modalités de prise en charge d'un coût de transports vers le lieu de réalisation du volet 1 par le CRT lorsqu'aucune autre solution de mobilité ne peut être mobilisée ;</li> <li>- Satisfaction des personnes ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 ;</li> <li>- Retour d'expérience du gestionnaire du centre de ressources territorial.</li> </ul>	<p><b>Indicateurs qualitatifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modalités d'organisation <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modèle organisationnel (intégré ou coordonné) ;</li> <li>- Organisation de l'astreinte de nuit 24/24 et 7/7 (IDE / AS).</li> </ul> </li> <li>- File active et profils des bénéficiaires <ul style="list-style-type: none"> <li>- Typologie des bénéficiaires : âge, sexe, situation au domicile, GIR ;</li> <li>- Motifs d'admission et de sortie.</li> </ul> </li> <li>- Prestations assurées dans le cadre de l'accompagnement renforcé <ul style="list-style-type: none"> <li>- Typologie des prestations mises en œuvre : soins / accompagnement / sécurisation du domicile - panier de prestations type par bénéficiaire</li> <li>- Coordination : modalités / temps consacré</li> <li>- Articulation avec le droit commun</li> </ul> </li> <li>- Satisfaction / au service rendu <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des bénéficiaires / aidants</li> <li>- Satisfaction des professionnels</li> </ul> </li> <li>- Difficultés éventuelles</li> </ul>

Le développement de la mission de centre de ressources territorial fera l'objet d'une évaluation par la DGCS deux ans après le début de sa mise en œuvre soit en 2024. A cette fin, le suivi annuel du déploiement de la mission sur la base des indicateurs de suivi d'activité indiqués ci-dessus devra être assuré.

(...)



## MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction générale de la cohésion sociale**  
Sous-direction de l'autonomie des personnes  
handicapées et des personnes âgées  
Bureau de la prévention de la perte d'autonomie et  
du parcours de vie des personnes âgées (3A)

Personne chargée du dossier :  
Diane GENET  
Tél. : 01 40 56 86 71  
mél.: [diane.genet@social.gouv.fr](mailto:diane.genet@social.gouv.fr)

Bureau de l'insertion, de la citoyenneté et  
du parcours de vie des personnes handicapées (3B)

Personne chargée du dossier :  
Oriane MOUSSION  
Tél. : 01 40 56 86 05  
Mél.: [oriane.mouSSION@social.gouv.fr](mailto:oriane.mouSSION@social.gouv.fr)

**Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**  
Direction établissements et services médico-sociaux  
Pôle allocation budgétaire

Personne chargée du dossier :  
Sabrina LAHLAL  
Tél. : 01 53 91 28 61  
Mél. : [sabrina.lahlal@cnsa.fr](mailto:sabrina.lahlal@cnsa.fr)  
Eve DUJARRIC  
Tél. : 01 53 91 28 49  
Mél. : [eve.dujarric@cnsa.fr](mailto:eve.dujarric@cnsa.fr)

Le ministre des solidarités et de la santé  
La directrice de la caisse nationale de  
solidarité pour l'autonomie

à

Mesdames et Messieurs les directeurs  
généraux des agences régionales de santé  
(pour mise en œuvre)

**NOTE D'INFORMATION N° DGCS/SD3A/3B/CNSA/DESMS/2021/69** du 19 mars 2021  
concernant le cadre national d'orientation sur les principes généraux relatifs à l'offre de répit  
et à l'accueil temporaire.

Date d'application : immédiate

Classement thématique : Action sociale

**Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 19 mars 2021 - N° 15**

**Résumé** : Le cadre national d'orientation présente les contours des diverses solutions de répit dont l'accueil temporaire pouvant être déployées sur les territoires au bénéfice des personnes âgées et en situation de handicap. Il décline ainsi quatre grandes orientations nationales devant guider leur installation.

Il constitue un outil à destination des agences régionales de santé (ARS) leur permettant d'organiser et de structurer l'offre de répit sur leur territoire et disposer des leviers à mobiliser en lien avec les acteurs locaux dont les conseils départementaux, en identifiant les leviers et solutions existantes. Il s'agit également d'orienter et de soutenir l'utilisation efficiente des crédits de la branche autonomie finançant le plan de renforcement de l'offre de répit prévu par la stratégie nationale.

<b>Mention Outre-mer</b> : Il n'y a pas de dispositions spécifiques à l'Outre-Mer.
<b>Mots-clés</b> : Répit ; accueil temporaire ; aidants ; stratégie nationale « Agir pour les aidants », Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement (TND).
<b>Circulaire abrogée</b> : Circulaire N° DGAS/SD3C/2005/224 du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées.
<b>Circulaire modifiée</b> : Circulaire N° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.
<b>Annexe</b> : Cadre national d'orientation portant principes généraux relatifs aux solutions de répit dont l'accueil temporaire.
<b>Diffusion</b> : Agences régionales de santé.

Ce cadre national d'orientation répond à la priorité n° 4 de la stratégie nationale « Agir pour les aidants » pour 2020-2022, visant à lutter contre les risques d'épuisement des proches aidants en leur donnant accès à des solutions de répit, et plus particulièrement la mesure 12 prévoyant le lancement d'un plan national de renforcement et de diversification des solutions de répit.

Il s'inscrit également dans le cadre de l'engagement n° 5 de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement qui prévoit le soutien des familles et des aidants, à travers une offre de répit adaptée couvrant l'ensemble du territoire.

Il constitue un document de référence non opposable à destination des ARS, ayant pour objectifs :

- De clarifier les contours des différentes solutions de répit pouvant être déployées sur les territoires, notamment l'accueil temporaire ;
- De présenter des exemples concrets de solutions de répit existantes sur les territoires, via des fiches projets rédigées en lien avec les ARS ;
- De fixer les orientations nationales en matière de développement des solutions de répit, pour outiller les ARS dans leur utilisation des crédits issus de la stratégie « Agir pour les aidants » et ainsi assurer l'effectivité du plan de renforcement et de diversification des solutions de répit.

Quatre orientations nationales sont fixées par le cadre national :

1. Affirmer et renforcer le rôle des plateformes de répit comme pilier de l'offre de répit ;
2. Consolider et positionner l'accueil temporaire comme un dispositif de soutien au domicile dans le cadre d'un projet spécifique ;
3. Déployer des solutions de répit à domicile souples et modulaires, notamment pour les personnes autistes ;
4. Mobiliser les séjours de vacances dans le droit commun, via le développement de coopération avec le secteur du tourisme et l'appui des ressources existantes des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour soutenir et accompagner les personnes dans l'accès à l'offre de loisirs et de vacances.

Ce document a été élaboré conjointement par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en s'appuyant sur les apports de groupes de travail techniques associant plusieurs agences régionales de santé (ARS) volontaires. Le cadre a également fait l'objet d'une large consultation, à la fois auprès de l'ensemble des ARS dans le cadre du comité technique sectoriel médico-social (CTSMS), ainsi qu'auprès des fédérations représentantes du champ des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des aidants lors d'une réunion de concertation ad hoc.

**Ce document de cadrage est très attendu par les ARS, d'ores et déjà très mobilisées pour la mise en œuvre de la stratégie nationale Agir pour les aidants, notamment du fait de la crise sanitaire qui a renforcé un besoin important de solutions de répit des proches aidants.**

# Cadre national d'orientation

## Principes généraux relatifs à l'offre de répit dont l'accueil temporaire

### Table des matières

Cadre national d'orientation .....	2
Principes généraux relatifs à l'offre de répit dont l'accueil temporaire .....	2
Introduction – contexte.....	3
<b>I. Le répit apporté par un accompagnement social ou médico-social hors du domicile de la personne aidée : l'accueil temporaire .....</b>	<b>6</b>
1. Consensus sur les définitions relatives à l'accueil temporaire .....	6
1.1 Cadre juridique et réglementaire actuel de l'accueil temporaire pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.....	6
1.2 Définition des formats d'accueil temporaire existants.....	7
2. Caractérisation du service rendu pour les personnes et leurs aidants .....	9
2.1 Identification des besoins des bénéficiaires .....	9
2.2 L'accueil temporaire prend la forme des prestations suivantes .....	9
3. Leviers et modalités de mise en œuvre pour un déploiement réussi de l'accueil temporaire.....	10
3.1 Un projet de service spécifique dédié à l'accueil temporaire.....	10
3.2 Les modes de recours aux dispositifs de l'Accueil Temporaire.....	12
<b>II. Le répit au domicile de la personne aidée .....</b>	<b>13</b>
1. Un dispositif en plein essor favorisant le répit à domicile : les Plateformes de répit (PFR) .....	14
2. Les autres réponses favorisant l'accès au répit à domicile.....	16
2.1 La garde itinérante de nuit.....	16
2.2 Le « répit à domicile » .....	16
<b>III. Les activités de loisirs et de vacances : séjours de vacances .....</b>	<b>17</b>
1. Les activités de loisirs, culturelles, sportives, artistiques, les sorties conviviales.....	17
2. Les vacances.....	18
2.1 Pour les personnes âgées.....	18
2.2 Pour les personnes en situation de handicap .....	18
2.3 Pistes de développement des séjours vacances répit.....	18
<b>IV. Les principales orientations à retenir concernant les solutions de répit.....</b>	<b>19</b>
<b>V. Les exemples de solutions de répit alternatives/ innovantes .....</b>	<b>22</b>

## Introduction – contexte

- **Une offre de répit au cœur des politiques publiques médico-sociales de soutien des personnes âgées, en situation de handicap et des proches aidants**

Aidant(e) : « *Personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap.* »

Article 51 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Parce que le rôle des proches aidants est majeur dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap, la question des mesures de soutien aux proches aidants, qui fait déjà l'objet de nombreux travaux, est au cœur des réflexions menées sur les politiques publiques médico-sociales de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Un ensemble d'actions doit être défini en faveur de tous les aidants, quel que soit le motif de la perte de d'autonomie, de la maladie ou encore du handicap de la personne aidée, et permettant d'intervenir pour répondre efficacement à l'ensemble de ses besoins, depuis l'information jusqu'aux solutions de répit.

En effet, les proches aidants sont les acteurs de « première ligne » au regard de l'accompagnement de leurs proches au quotidien, quel que soit le lieu de vie de la personne aidée. Bien accompagner une personne âgée ou une personne en situation de handicap ou malade, c'est également prendre en compte son aidant en lui proposant des solutions diversifiées et adaptées pour disposer de relais et lui permettre de souffler, de s'occuper de soi, de faire face aux impératifs de la vie quotidienne (obligations sociales, professionnelles ou urgences) autant que de besoin. Ces solutions doivent être à la fois souples et en adéquation avec les projets de vie au domicile de la personne. Ce sont ces éléments qui doivent caractériser l'offre de répit.

Pilier incontournable de la politique médico-sociale de soutien des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap, le développement de cette offre est soutenu dans différentes stratégies nationales et par différents plans nationaux tels que, sur le champ des personnes en situation de handicap, la stratégie quinquennale d'évolution et de transformation de l'offre ou encore **la stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND** ou, sur le champ des personnes âgées, le **Plan maladies neurodégénératives (PMND)** etc. Ainsi, ces différentes politiques ont permis le financement pérenne d'un certain nombre de dispositifs en lien avec l'offre de répit sur les deux champs.

En particulier, à l'issue d'une concertation avec les proches aidants et les associations qui les représentent, une stratégie nationale destinée à répondre à leurs besoins quotidiens (besoin de reconnaissance, d'accompagnement, d'aide et de répit) a été présentée le 23 octobre 2019 par le Premier Ministre. Dans sa priorité n° 4, qui concerne particulièrement ce document, la stratégie nationale « Agir pour les aidants » prévoit ainsi d'accroître et de diversifier les solutions de répit à destination de tous les proches aidants.

En parallèle, l'engagement n°5 de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement prévoit le soutien des familles et des aidants, à travers une offre de répit adaptée couvrant l'ensemble du territoire.

**Enfin, en déclinaison de la priorité 4, un plan national de renforcement et de diversification des solutions de répit, adossé à un financement de 52,55 M€ dont 2,55 M€ issus de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND sur la période 2020 – 2022, vient renforcer et amplifier l'ambition de déploiement de solutions de répit.**

Ce plan prévoit que le soutien des proches aidants dans leur vie à domicile repose notamment sur :

- La diversification de l'offre de répit, en fonction des besoins des territoires et des diagnostics réalisés par les acteurs locaux, par exemple : développement et mobilisation de l'accueil temporaire, déploiement de solutions de répit innovantes ;
- Le renforcement des capacités d'accueil des plateformes de répit.

• **Ce qu'est le cadre national d'orientation et ce qu'il n'est pas**

**Le cadre national proposé constitue un document de référence qui cherche à accompagner les ARS dans la conciliation de deux exigences** : une nécessaire adaptation des organisations de l'accueil temporaire aux réalités de chaque territoire, et la garantie d'une offre de répit dans sa diversité en termes de service rendu pour la population sur tous les territoires.

Il n'a pas de caractère opposable mais il comprend un ensemble de **repères et de recommandations** à destination des agences régionales de santé (ARS) en charge, au niveau régional, du pilotage et du déploiement des mesures nouvelles sur l'offre de répit, en lien notamment avec les conseils départementaux (CD) et les acteurs concernés, dont les MDPH et les organismes gestionnaires.

**Il s'agit de mettre à disposition des ARS un cadre national souple comprenant les grandes orientations sur les solutions de répit dont l'accueil temporaire qu'elles peuvent déployer au niveau des territoires, selon leurs spécificités, pour une utilisation efficiente des crédits médico-sociaux** d'assurance maladie, mais aussi dans le cadre du suivi national par la CNSA à partir des remontées des données sur les deux champs PA/PH via l'application SEPPIA (Suivi de l'Exécution et de la Programmation Pluriannuelle des Installations et des Autorisations) et du suivi de l'OVQ<sup>1</sup> piloté par le ministère des solidarités et de la santé et le secrétariat d'état en charge des personnes en situation de handicap.

**Ce cadre national d'orientation n'a pas vocation à opérer un fléchage précis des crédits de la stratégie « Agir pour les aidants » pour le déploiement des solutions de répit, mais il en définit les grandes orientations.** Il pourra être apporté le cas échéant des évolutions en fonction des arbitrages dans les instructions de campagnes budgétaires à venir.

Ce cadre national propose également de porter une réflexion, qui a pour objectif de penser les modalités d'accueil temporaire et les solutions de répit en dehors des différences entre les publics auxquels ces dispositifs s'adressent, sans toutefois nier leurs spécificités. Elle doit être pensée sur les territoires avec l'ensemble des acteurs concernés, dont les conseils départementaux.

Pour ce faire, les ARS prendront appui sur les diagnostics territoriaux réalisés dans le cadre de leur schéma régional sur cette offre, ainsi que sur les diagnostics réalisés par les conseils départementaux pour leur schéma d'organisation sociale et médico-sociale et celui établi par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie **pour adapter, structurer et repositionner l'offre d'accueil temporaire (accueil de jour et hébergement temporaire) afin de consolider cette offre. Il s'agit de penser l'accueil temporaire comme un dispositif de soutien ou de retour au domicile, dans une logique plus large de diversification des solutions d'accompagnement et de répit.**

**De plus, afin d'améliorer l'accompagnement de la personne aidée et du proche aidant, l'offre de répit doit être pensée en s'appuyant sur les apports et les acquis d'autres dispositifs, tels que la démarche 360 ou les dispositifs d'appui à la coordination.**

<sup>1</sup> Objets de la Vie Quotidienne (OVQ) sur la stratégie aidants prévu par la circulaire du Premier Ministre du 3 octobre 2019

**Enfin, le présent cadre national se substitue en partie aux circulaires et instructions préexistantes<sup>2</sup> sur l'accueil temporaire pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, afin de repreciser les attendus et la caractérisation des services de cette offre d'accueil temporaire. Cette évolution s'inscrit dans la diversification des solutions de répit contribuant au soutien de la vie domicile.**

• **Une présentation autour des objectifs et des différentes formes d'offres de répit**

L'objectif premier d'une solution de répit est de permettre de soulager les proches aidants par le relai de la prise en charge de la personne aidée. Elle libère l'aidant en se substituant à lui par une prise en charge de qualité et adaptée de la personne en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Mais l'offre de répit peut aller plus loin que cette prise en charge de la personne aidée, et revêt également un véritable objectif d'accompagnement des proches aidants pour répondre à leurs besoins propres. A ce titre, les besoins des aidants doivent être appréhendés dans une dimension plus large : besoins en lien avec l'état physique, psychique, émotionnel et relationnel, conciliation des différentes dimensions et des rythmes de vie familiale, sociale et professionnelle, etc...

Ainsi, les mesures de répit peuvent être de plusieurs ordres, et le projet d'accompagnement peut s'adresser soit :

- Uniquement aux personnes aidées, dans le cadre d'une prise en charge sociale et médico-sociale<sup>3</sup> hors du domicile (par les dispositifs d'accueil temporaire par exemple) ; il s'agit alors d'une mesure de répit indirecte ;
- Uniquement aux aidants dans l'objectif de les soulager et leur permettre de disposer d'un temps de répit pour répondre à leurs propres besoins, tout en proposant un accompagnement adapté à la personne aidée, via une mesure de répit directe ;
- Tant au proche aidant qu'à la personne aidée pour soutenir la vie au domicile (exemple des prestations proposées par les plateformes d'accompagnement et de répit - PFR), par une mesure de répit partagée.

Aussi, **ce cadre national propose de distinguer les différentes formes de répit en 3 groupes**, en fonction de leurs principales caractéristiques. Ces modes de répit concernent potentiellement aussi bien les aidants de personnes en situation de tout handicap que les aidants de personnes âgées. Toutefois, il convient de noter que l'orientation, les modalités de recours à ces formules et leur financement peuvent être différents.

Sont ainsi distingués dans le cadre national d'orientation:

1. Le répit apporté par une prise en charge sociale ou médico-sociale hors du domicile de la personne aidée au moyen de l'accueil temporaire (accueil de jour, de nuit et hébergement temporaire) ;
2. Le répit au domicile ou en milieu ordinaire : la garde itinérante de nuit, le « répit à domicile » ou « relayage », le « temps libéré » proposés notamment par les plateformes de répit ;
3. Les activités de loisirs et de vacances : séjours de vacances pour les « couples aidants-aidés », exemple des « villages répit vacances », exemple des séjours en milieu ordinaire portés par une équipe médico-sociale.

Une 4ème partie présente les orientations nationales prioritaires sur le développement d'une offre de répit.

<sup>2</sup> Circulaire DGAS/SD3C/2005/224 du 12 mai 2005 et circulaire DGCS/SD3A n°2011-444 du 29 novembre 2011.

<sup>3</sup> Bien qu'essentielle à un accompagnement global des personnes, l'offre sanitaire n'est pas développée dans le document.

## DOCUMENT 4

CIRCULAIRE N° DGCS/SD5C/CNSA/2021/210 du 24 septembre 2021 relative à la mobilisation des crédits d'investissement du Ségur de la santé et de France Relance en appui du virage domiciliaire de l'offre d'accompagnement des personnes âgées dans la société du grand âge

**Catégorie** : mise en œuvre des réformes et des politiques comportant des objectifs ou un calendrier d'exécution.

**Résumé** : la présente circulaire s'inscrit dans le cadre du volet investissement personnes âgées du Ségur de la santé. Elle précise les attendus des stratégies régionales d'investissement en santé quant aux orientations pluriannuelles et territoriales relatives à l'offre personnes âgées. Concernant plus spécifiquement les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), elle définit un certain nombre de thématiques sur lesquelles l'attention des agences régionales de santé (ARS) est attirée pour la sélection des projets d'investissement qui permettront de faire émerger une nouvelle génération d'établissements. Elle précise enfin les modalités de répartition des crédits.

**Mention Outre-mer** : cette note est applicable aux territoires ultramarins des agences régionales de santé (ARS).

**Mots-clés** : Ségur de la santé ; stratégies régionales d'investissement en santé ; établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

**Texte(s) de référence** :

- Circulaire du Premier Ministre n°6250/SG du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance ;
- Instruction CNSA du 23 avril 2021 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour les personnes âgées en 2021 ;
- Note d'information N° DGOS/PF1/DGCS/SD5C/CNSA/2021/149 du 2 juillet 2021 relative à la stratégie régionale d'investissement pour les 10 ans à venir, en application de la circulaire n° 6250/SG du Premier ministre du 10 mars 2021.

**Annexes** :

Annexe 1- Répartition régionale des crédits de soutien à l'investissement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) 2022-2024 (hors Corse et Outre-mer)

Annexe 2- Données relatives aux projections de population âgée en perte d'autonomie et à l'offre existante, utiles au développement des stratégies régionales d'investissement en santé

Les conclusions du Ségur de la santé, confirmées par leur intégration dans le plan France Relance devant être en partie refinancé par l'Union européenne, ont permis d'enclencher un plan d'investissement en santé massif, dont les principales orientations et modalités d'organisation ont été fixées par la circulaire du Premier ministre n°6250/SG du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance.

Dans le champ de l'autonomie, outre l'enveloppe exceptionnelle de 600 millions d'euros en faveur du développement du numérique, le Ségur de la santé permet d'accompagner la révolution démographique à l'œuvre dans notre société de la longévité, avec une enveloppe d'aide à l'investissement historique de 1,5 milliards d'euros destinée à soutenir le libre choix du lieu de vie pour les personnes âgées, rendre possible leur vie à domicile dans une plus grande diversité de formes (résidences autonomie, habitat inclusif, etc.) et améliorer la prise en soin des plus fragiles dans les établissements.

La mobilisation de ces enveloppes vise ainsi un objectif de transformation en profondeur des modalités d'accompagnement et de soutien de l'autonomie, la santé et la citoyenneté de nos concitoyens les plus âgés, s'inscrivant dans une approche transversale et territorialisée des politiques de santé. La stratégie régionale d'investissement que vous êtes invités à construire associera pour cela l'ensemble des parties prenantes autour d'une vision territorialisée, de

moyen terme, des évolutions attendues de l'offre d'accompagnement des personnes âgées (1). Elle vous permettra de mobiliser les organismes gestionnaires susceptibles de la faire vivre au travers de projets d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) profondément rénovés (2) qui pourront bénéficier des enveloppes d'autorisations d'engagement exceptionnelles qui vous seront notifiées sur la période 2022-2024, conformément aux modalités précisées par la présente circulaire (3).

## **1. Une stratégie régionale d'investissement pour construire et partager une vision territorialisée de moyen terme des évolutions attendues de l'offre**

### 1.1. Un cadre pluriannuel porteur pour renouveler les approches et projeter l'adéquation de l'offre aux besoins à domicile et en établissement dans les prochaines décennies

La pluri-annualité du plan d'investissement voulue par le Gouvernement vous permet d'utiliser les fonds dans le cadre de stratégies régionales d'investissement en santé pluriannuelles dont la note d'information N° DGOS/PF1/DGCS/SD5C/CNSA/2021/149 du 2 juillet 2021 vous a appelé à présenter les bases d'ici le 15 octobre 2021. Cette note rappelle qu'il s'agit d'un point de départ qui se consolidera selon une approche itérative et pragmatique.

Dans le champ de l'autonomie, cette projection pluriannuelle revêt une importance d'autant plus grande que les investissements soutenus doivent permettre de répondre à des besoins futurs marqués par de profondes évolutions, sous l'effet à la fois des perspectives démographiques et des aspirations nouvelles des personnes et de leurs proches.

S'agissant des perspectives démographiques, vos travaux pourront s'appuyer sur les données du modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui figurent en annexe 2 de la présente circulaire. Ces données permettent d'estimer les projections de la population en perte d'autonomie par département d'ici 2050, en se fondant sur un scénario central de l'évolution de l'espérance de vie et une hypothèse intermédiaire d'évolution de la dépendance.

La projection de l'évolution des besoins nécessitera d'être mise en regard des données d'équipement en hébergement et en services, également reprises en annexe 2 de la présente circulaire. Elle devra également être couplée avec des éléments plus qualitatifs sur l'évolution des aspirations des personnes, marquées par le souhait de vieillir le plus longtemps possible à domicile, et que les stratégies régionales devront naturellement soutenir.

En effet, l'orientation du Gouvernement, en accord avec la volonté du plus grand nombre de nos concitoyens, est de privilégier le soutien à domicile plutôt que la création de nouveaux établissements, au moins dans les régions métropolitaines dont les taux d'équipement placent notre pays en tête des comparaisons européennes. Cette orientation doit vous amener à prendre en compte le niveau de couverture des besoins en établissement et à domicile, ainsi que les autres caractéristiques, atouts et contraintes des territoires, pour adopter des orientations territorialisées et différenciées :

- dans certains territoires où l'offre en établissement est comparativement la plus restreinte, l'accent sera mis sur l'excellence des soins et des conditions d'hébergement permanent par des reconstructions ou rénovations lourdes ;
- dans d'autres territoires caractérisés par les difficultés du maintien à domicile notamment en milieu rural, l'accent sera mis sur le développement d'activités en EHPAD de type « centre de ressources » pour les professionnels et personnes du territoire ;
- dans d'autres territoires où l'offre est plus importante en établissement et faible à domicile en comparaison avec les autres territoires, l'objectif pourra être de convertir des places d'hébergement permanent en activités d'appui du soutien à domicile (hébergement temporaire, accueil de jour, répit, fonctionnement en EHPAD « hors les murs » ...)

- parfois enfin, lorsque l'offre apparaîtrait excédentaire en comparaison avec les autres territoires, pourra se dessiner une perspective de redéploiement vers des territoires moins bien pourvus.

Sans que cette première approche revête un grand niveau de finesse, elle doit vous permettre de définir de grandes tendances et orientations à 10 ans par territoire en vue notamment de prioriser ceux sur lesquels l'intervention publique sera à court et moyen terme la plus pertinente et d'initier un dialogue constructif avec les conseils départementaux et les établissements sur les voies et moyens de relever les défis mis au jour par ces projections.

Ce volet de votre stratégie devra être précisé dans les grandes lignes pour le premier trimestre 2022 et transmis à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de manière complémentaire à votre présentation au comité de pilotage des investissements. La définition de cette vision stratégique et de la trajectoire qui l'accompagne est un prérequis à la délégation des enveloppes régionales des prochaines années (voir point 3). Vous pourrez bénéficier de prestations d'ingénierie pour faciliter ce travail et/ou la maturation des projets par les organismes gestionnaires. Vous veillerez à associer étroitement à sa conception les conseils départementaux, avec lesquels vous partagez la responsabilité de l'organisation de l'offre d'accompagnement et de soutien à l'autonomie des personnes âgées, en particulier pour viser une cohérence avec les schémas stratégiques élaborés par ceux-ci.

#### 1.2. Un cadre propice à l'aller-vers pour soutenir l'émergence de projets ambitieux valorisant l'apport de l'EHPAD dans les territoires

Dans la logique de « marche en avant » décrite par la circulaire du Premier ministre n°6250/SG du 10 mars 2021 précitée, la définition de vos stratégies régionales d'investissement en santé doit vous permettre d'entrer en dialogue avec les opérateurs des territoires sur leurs projets susceptibles de contribuer à cette organisation de l'offre cible, en priorisant la résorption des situations d'EHPAD ne garantissant pas une qualité d'accueil des personnes et une qualité de vie au travail des professionnels conformes aux attentes (cf. aussi point 2).

Une fois ces établissements identifiés, notamment à travers le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, mais également en prenant en compte certaines caractéristiques critiques de l'accompagnement des personnes âgées (taux de chambres doubles ou multiples élevés, couloirs et espaces collectifs dépersonnalisants, mauvaises performances thermiques et mauvais confort d'été, état général insatisfaisant du fait de rénovation lourde datant de plus de 20 ans et de gros entretiens réparations insuffisants,...<sup>1</sup>) vos stratégies devront prévoir l'approche de ces établissements afin d'identifier les solutions à envisager pour parvenir à la disparition de ces situations à l'horizon de la fin de vos stratégies régionales de santé, c'est-à-dire sous 10 ans et une part significative de ces situations traitées par les crédits Ségur, qui couvrent les années 2021 – 2024, à l'appui de projets ambitieux (et si besoin par le biais du financement d'études).

Dans le cas d'EHPAD rattachés à des établissements de santé, les perspectives d'investissement offertes par les crédits Ségur du volet médico-social sont complémentaires des crédits Ségur du volet sanitaire. Ainsi, les engagements en matière de trajectoire d'investissement et d'endettement, pris notamment dans le cadre des contrats relatifs aux dotations de soutien prévues par l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2021 doivent, dans la mesure du possible, également tenir compte de l'impact complémentaire de ces projets médico-sociaux ; à défaut, ces derniers pourront être pris en compte dans l'appréciation d'éventuels écarts constatés dans l'atteinte de ces objectifs et sous réserve que la soutenabilité financière globale pour la structure reste respectée. Ces engagements ne doivent donc pas constituer un frein à la mise en œuvre des projets d'investissement médico-sociaux, sans que les financements dédiés au volet sanitaires puissent être mobilisés pour l'accompagnement de ces projets.

De manière opérationnelle, cette approche doit vous conduire à ne pas retenir l'organisation d'appels à projets annuels avec des fenêtres de dépôt de dossier limitées à une partie de l'année, mais à communiquer de façon permanente sur la durée du Ségur vos orientations territorialisées sur les projets attendus et rendant publiques les modalités de sélection annuelle des projets.

## **2- Le plan d'investissement du Ségur de la santé vise à créer une nouvelle génération d'EHPAD, caractérisée par le sentiment d'être chez soi, l'ouverture sur le quartier, un haut niveau de médicalisation, un modèle économique viable et une conception qualitative**

Le « laboratoire des solutions de demain », volet médico-social du conseil scientifique du conseil national de l'investissement en santé (CNIS), a été installé le 12 juillet dernier, en parallèle de l'organisation du colloque ministériel « dessine-moi l'EHPAD de demain ». Le laboratoire a été notamment chargé de redessiner le dossier de demande de financement et la grille d'analyse des projets, pour en faire des outils mettant en avant les priorités que nous souhaitons promouvoir pour les EHPAD des prochaines décennies. Vous veillerez à ce que tous les projets prennent en compte, dans la mesure des possibilités offertes par leur situation, les dimensions suivantes pour répondre aux besoins et aux attentes des personnes et des familles – tout en s'inscrivant dans un projet d'établissement cohérent avec la stratégie territoriale évoquée ci-dessus (Cf. point 1).

### **2.1. Le sentiment d'être chez soi**

Les résidents sont chez eux en EHPAD, qui constitue leur domicile. Cette évidence qui doit être au cœur du projet d'établissement doit aussi être traduite et facilitée par la conception des nouveaux bâtiments des EHPAD, comme le rappelle par exemple le récent rapport « *l'EHPAD du futur commence aujourd'hui* » du groupe de réflexion « matières grises ».

Vous serez notamment attentifs à une surface des espaces privés adaptée aux besoins d'intimité des personnes accueillies et au projet de l'établissement. Le sentiment d'être chez soi passe aussi par une conception permettant la personnalisation, la mise en valeur et en visibilité d'autres aspects que le lit et qui soigne les conditions dans lesquelles les personnes accueillent leurs proches.

Vous vous assurerez également que l'ensemble de l'organisation spatiale projetée, en cohérence avec le projet d'établissement, permette ce sentiment du chez-soi et soit propice au maintien d'une sociabilité choisie avec les autres résidents, mais aussi naturellement aux temps de vie et de partage avec les proches.

Enfin, dès lors que les nouvelles technologies sont indispensables au maintien des liens sociaux, comme éprouvé pendant la période de crise sanitaire de la Covid-19, vous vous assurerez que les logements en EHPAD soient conçus en intégrant ce besoin et les usages qui en découlent.

### **2.2. L'ouverture sur l'extérieur**

L'inclusion des résidents dans la société est liée aux projets d'établissement et à la conception-même des lieux, par l'objectif d'ouverture sur l'extérieur.

<sup>1</sup> Voir à ce sujet les indicateurs proposés en annexe 2 de la note d'information N° DGOS/PF1/DGCS/SD5C/CNSA/2021/149 du 2 juillet 2021 relative à la stratégie régionale d'investissement pour les 10 ans à venir, en application de la circulaire n° 6250/SG du Premier ministre du 10 mars 2021 (« boîte à outils » de la CNSA)

L'ouverture de l'établissement sur son environnement de proximité est d'autant plus intéressante que sa localisation est proche des atouts du territoire : proximité avec un bassin de vie, avec les commerces, avec les transports en commun, avec les lieux de vie associative, culturelle, éducative, sportive, etc. Vous encouragerez donc, autant que cela est possible, les localisations favorables à l'inclusion, y compris par la mixité d'opérations entre logements traditionnels et EHPAD – dans le cadre d'une démarche associant le voisinage en vue de favoriser l'accessibilité universelle. Cette dimension implique également un travail important avec les communes et intercommunalités.

Vous vous assurerez que les porteurs de projets ont activement recherché la constitution d'espaces partagés avec leur quartier et leur ville dans la conception de leur projet :

- des espaces permettant des activités aussi bien pour l'établissement que pour le quartier et la ville : jardins partagés, locaux d'activité partagés, etc.
- des commerces permettant une fréquentation aussi bien par les résidents et leur famille que par les habitants de la ville et du quartier : restauration, coiffure, alimentation, presse, etc.
- des services publics, en veillant à éviter la simple juxtaposition et coexistence mais en visant à permettre le partage et les échanges : crèche, médiathèque, etc.
- des tiers-lieux, qui font l'objet d'un appel à projets dédiés et sur lesquels le laboratoire des solutions de demain proposera des outils dédiés à l'aide à la conception.

### 2.3 La facilitation des soins

Favoriser le maintien à domicile va impliquer des pratiques d'entrée en institution modifiées, dans lesquelles la vocation des EHPAD est de garantir un haut niveau de prise en soin adapté à un public présentant davantage de pathologies notamment neuro-évolutives et un besoin élevé d'accompagnement dans l'autonomie comme décrit par le rapport de Claude Jeandel et Olivier Guérin de juin 2021 sur les unités de soins de longue durée (USLD) et les EHPAD.

Les établissements doivent intégrer les espaces et équipements essentiels aux soins appropriés à la situation des personnes accueillies et faire cela dans le respect du sentiment d'être chez soi. Cela suppose de veiller à une bonne articulation mais aussi différenciation entre les espaces de vie et les espaces de service / de soins et à la discrétion des équipements nécessaires aux soins. Les technologies de télémédecine et de télé-régulation doivent y avoir leur place, en cohérence avec le programme Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) numérique. Les projets doivent être adaptés aux spécificités des publics accueillis et aux bonnes pratiques fondées sur les preuves qui s'y rapportent : les personnes avec troubles neuro-évolutifs en particulier, mais aussi, dans certains projets, les personnes handicapées vieillissantes, les personnes en situation de précarité...

Au-delà de la facilitation de la prise en soin pour les résidents et les professionnels, l'organisation spatiale de l'EHPAD gagnera à intégrer la perspective d'une ouverture sur l'extérieur également dans le soin, facilitant des coopérations ultérieures, significativement dans les territoires sous-denses. Dans une perspective de complémentarité et de coopération avec le secteur du domicile et avec le secteur sanitaire, l'intégration sur site ou en proximité directe des locaux de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) / services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), hospitalisation à domicile (HAD), mais aussi de maisons de santé pluriprofessionnelles ou de cabinets d'exercice libéral, etc.

### 2.4 La viabilité économique des projets

La viabilité économique des projets suppose d'une part un tarif hébergement acceptable pour les familles et pour les conseils départementaux, dès lors qu'ils fixent le tarif des places habilitées à l'aide sociale, et d'autre part un équilibre économique projeté, dans le cadre d'une occupation optimisée, permettant de dégager l'autofinancement nécessaire à l'entretien du patrimoine.

Différents modèles d'organisation sont en capacité aussi bien de trouver un modèle économique viable que de favoriser la qualité de vie des résidents et des professionnels. Aussi, il ne s'agit pas de promouvoir un modèle unique (en termes d'organisation bâtiminaire, de tailles d'établissement, de ratio espace collectif/espace privé) mais de demander aux gestionnaires de faire la preuve de la pertinence du projet au regard de la viabilité économique, des besoins des publics accompagnés et des professionnels qui y travaillent. La créativité, l'innovation et les expérimentations doivent pouvoir y trouver leur place.

Ce sujet fera l'objet d'un approfondissement par le laboratoire des solutions de demain.

## 2.5 Une qualité de la conception s'appuyant sur des études préalables solides et sur les bonnes pratiques fondées sur les preuves

Concernant la qualité de conception des projets, elle nécessite de s'appuyer sur des études préalables solides, en particulier un projet d'accompagnement et une programmation architecturale des usages, préalable au programme technique détaillé. Ces études préalables doivent mobiliser la participation de l'ensemble des parties prenantes, par exemple avec l'aide d'une « assistance à maîtrise d'usage » : futurs habitants et familles / proches, professionnels, habitants du quartier...

La conception doit également s'inscrire dans le respect des bonnes pratiques de conception fondées sur les preuves, recensées dans les publications et revues de littérature sur le sujet<sup>2</sup>.

Les bâtiments doivent s'inscrire au minimum dans le respect des réglementations énergétiques actuelles<sup>3</sup>. Les réhabilitations devront rechercher un niveau d'éco responsabilité le plus élevé possible afin de limiter l'impact carbone du bâti et de l'activité humaine qui s'y déroule.

(...)

2 Voir par exemple : <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2020/>

3 En particulier le « Décret n° 2019-771 du 23 juillet 2019 relatif aux obligations d'actions de réduction de la consommation d'énergie finale dans des bâtiments à usage tertiaire et la Réglementation Thermique 2020

**Données relatives aux projections de population âgée en perte d'autonomie et à l'offre existante, utiles au développement des stratégies régionales d'investissement en santé**

**AUVERGNE-  
RHÔNE - ALPES**

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

Nombre d'établissements	949
Nombre total de places installées	77 833
Dont places en accueil temporaire (1)	1 473
Dont places en accueil de jour	1 436

**Autres établissement d'hébergement pour personnes âgées (2)**

Nombre d'établissements	34
Nombre total de places installées	808
Dont places en accueil temporaire (1)	190
Dont places en accueil de jour	2

**Résidence autonomie**

Nombre d'établissements	288
Nombre total de places installées	13 362
Dont places en accueil temporaire (1)	76
Dont places en accueil de jour	0

**Etablissements de soins de longue durée (ESLD) (3)**

Nombre d'ESLD	77
Nombre de lits	3 960

**Nbre total de places installées EHPAD + Autres EHPA + RA + ESLD** 95 963

**Centre de jour pour personnes âgées**

Nombre d'établissements	42
Nombre total de places installées	474
Dont places en accueil temporaire	374

**Services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD + SPASAD)**

Nombre de services (4)	298
Nombre de places	13 245

(1) Y compris accueil de jour

(2) Y compris Etablissements expérimentaux pour personnes âgées

(3) Source SAE - Etablissements ayant rempli le bordereau USLD (ayant signé ou non une convention tripartite) - Guadeloupe yc Saint-Martin et Saint-Barthélemy

(4) Services autonomes et services rattachés à un établissement (y Compris les équipes mobiles Alzheimer)

2019	AUVERGNE- RHÔNE - ALPES	2 030	AUVERGNE- RHÔNE - ALPES
Personnes de 75 ans et plus en 2019 (source STATISS 2019, Insee, estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2019) - Exploitation Fnoirs)	757 223	Personnes de 75 ans et plus projeté 2030	1 026 319
Personnes de plus de 60 ans en 2019	2 058 208	Personnes de plus de 60 ans projeté en 2030	2 471 062
Personnes GIR 34 2019	228 851	Personnes GIR 34 2030	283 781
% des plus de 60 ans	11,12	% des plus de 60 ans	11,48
Personnes GIR 12 2019	91 691	Personnes GIR 12 2030	99 096
% des plus de 60 ans	4,45	% des plus de 60 ans	4,01
Personnes GIR 1234 2019	320 542	Personnes GIR 1234 2030	382 877
% des plus de 60 ans	15,57	% des plus de 60 ans	15,49
Personnes GIR 56 2019	1 737 666	Personnes GIR 56 2030	2 088 185
% des plus de 60 ans	84,43	% des plus de 60 ans	84,51
Une place en EHPAD pour xx personnes de GIR 1234	4	Une place en EHPAD pour xx personnes de GIR 1234 en 2030	5
Taux d'équipement EHPAD (nbre de place / nbre de personnes GIR 1234 X 1000)	243	Taux d'équipement EHPAD (nbre de place / nbre de personnes GIR 1234) X 1000	203
Une place en EHPAD pour xx personnes tout GIR de plus de 75 ans	10	Une place en EHPAD pour xx personnes tout GIR de plus de 75 ans	13
Une place en RA pour xx personnes de GIR 56	130	Une place en RA pour xx personnes de GIR 56	156
Une place en RA pour xx personnes de plus de 75 ans	57	Une place en RA pour xx personnes de plus de 75 ans	77
Taux d'équipement RA (nbre de place / nbre de personnes GIR 56) X 1000	8	Taux d'équipement RA (nbre de place / nbre de personnes GIR 56) X 1000	6
Une place en hébergement pour xx personnes de plus de 60 ans	21	Une place en hébergement pour xx personnes de plus de 60 ans	26
Taux d'équipement en hébergement (nbre de place / nbre de personnes de plus de 60 ans) x 1000	47	Taux d'équipement en hébergement (nbre de place / nbre de personnes de plus de 60 ans) x 1000	39
Taux d'équipement SSIAD (nbre de places / nbre de personnes de plus de 60 ans) x 1000	6	Taux d'équipement SSIAD (nbre de places / nbre de personnes de plus de 60 ans) x 1000	5
Une place en SSIAD pour xx personnes de plus de 60 ans	155	Une place en SSIAD pour xx personnes de plus de 60 ans	187
Taux d'équipement SSIAD (nbre de places / nbre de personnes de plus de 75 ans) x 1000	17	Taux d'équipement SSIAD (nbre de places / nbre de personnes de plus de 75 ans) x 1000	13
Une place en SSIAD pour xx personnes de plus de 75 ans	57	Une place en SSIAD pour xx personnes de plus de 75 ans	77
Taux d'équipement CAJ (nbre de places / nbre de personnes de plus de 60 ans) x 1000	0	Taux d'équipement CAJ (nbre de places / nbre de personnes de plus de 60 ans) x 1000	0
Une place en CAJ pour xx personnes de plus de 60 ans	4 342	Une place en CAJ pour xx personnes de plus de 60 ans	5 213
Taux d'équipement CAJ (nbre de places / nbre de personnes de plus de 75 ans) x 1000	1	Taux d'équipement CAJ (nbre de places / nbre de personnes de plus de 75 ans) x 1000	0
Une place en CAJ pour xx personnes de plus de 75 ans	1598	Une place en CAJ pour xx personnes de plus de 75 ans	2 165

2 040	Auvergne - Rhône - Alpes	2 050	Auvergne - Rhône - Alpes
Personnes de 75 ans et plus projeté 2040	1 258 409	Personnes de 75 ans et plus projeté 2050	1 459 648
Personnes de plus de 60 ans projeté en 2040	2 756 441	Personnes de plus de 60 ans projeté en 2050	2 983 459
Personnes GIR 34 2040	341 295	Personnes GIR 34 2050	378 977
% des plus de 60 ans	12,38	% des plus de 60 ans	12,70
Personnes GIR 12 2040	114 392	Personnes GIR 12 2050	117 033
% des plus de 60 ans	4,15	% des plus de 60 ans	4
Personnes GIR 1234 2040	455 687	Personnes GIR 1234 2050	496 010
% des plus de 60 ans	16,53	% des plus de 60 ans	16,63
Personnes GIR 56 2040	2 300 754	Personnes GIR 56 2050	2 487 449
% des plus de 60 ans	83,47	% des plus de 60 ans	83,37
Une place en EHPAD pour xx personnes de GIR 1234 en 2040	6	Une place en EHPAD pour xx personnes de GIR 1234 en 2050	6
Taux d'équipement EHPAD (nbre de place / nbre de personnes GIR 1234) X 1000	171	Taux d'équipement EHPAD (nbre de place / nbre de personnes GIR 1234) X 1000	157
Une place en EHPAD pour xx personnes tout GIR de plus de 75 ans	16	Une place en EHPAD pour xx personnes tout GIR de plus de 75 ans	19
Une place en RA pour xx personnes de GIR 56	172	Une place en RA pour xx personnes de GIR 56	186
Une place en RA pour xx personnes de plus de 75 ans	94	Une place en RA pour xx personnes de plus de 75 ans	109
Taux d'équipement RA (nbre de place / nbre de personnes GIR 56) X 1000	6	Taux d'équipement RA (nbre de place / nbre de personnes GIR 56) X 1000	5
Une place en hébergement pour xx personnes de plus de 60 ans	29	Une place en hébergement pour xx personnes de plus de 60 ans	31
Taux d'équipement en hébergement (nbre de place / nbre de personnes de plus de 60 ans) x 1000	35	Taux d'équipement en hébergement (nbre de place / nbre de personnes de plus de 60 ans) x 1000	32
Taux d'équipement SSIAD (nbre de places / nbre de personnes de plus de 60 ans) x 1000	5	Taux d'équipement SSIAD (nbre de places / nbre de personnes de plus de 60 ans) x 1000	4
Une place en SSIAD pour xx personnes de plus de 60 ans	208	Une place en SSIAD pour xx personnes de plus de 60 ans	225
Taux d'équipement SSIAD (nbre de places / nbre de personnes de plus de 75 ans) x 1000	11	Taux d'équipement SSIAD (nbre de places / nbre de personnes de plus de 75 ans) x 1000	9
Une place en SSIAD pour xx personnes de plus de 75 ans	95	Une place en SSIAD pour xx personnes de plus de 75 ans	110
Taux d'équipement CAJ (nbre de places / nbre de personnes de plus de 60 ans) x 1000	0	Taux d'équipement CAJ (nbre de places / nbre de personnes de plus de 60 ans) x 1000	0
Une place en CAJ pour xx personnes de plus de 60 ans	5 815	Une place en CAJ pour xx personnes de plus de 60 ans	6 294
Taux d'équipement CAJ (nbre de places / nbre de personnes de plus de 75 ans) x 1000	0	Taux d'équipement CAJ (nbre de places / nbre de personnes de plus de 75 ans) x 1000	0
Une place en CAJ pour xx personnes de plus de 75 ans	2 655	Une place en CAJ pour xx personnes de plus de 75 ans	3 079

**Lexique :**

RA : résidence autonome

CAJ : centre d'accueil de jour

GIR : Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 GIR (de GIR 6 -personne encore autonome pour les actes de la vie courante- à GIR 1 -personne nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants)