



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



STRATEGIE REGIONALE D'INVESTISSEMENT EN SANTE

VOLET AUTONOMIE- GRAND- AGE

VOLET HANDICAP

2025-2031

DES PROJETS IMMOBILIERS, AU SERVICE DE LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE ET DE LA TRANSITION ECOLOGIQUE

Date de création : 24/11/2021

Date de mise à jour : 31/03/2025

SOMMAIRE

EDITORIAL	4
VOLET AUTONOMIE- GRAND- AGE	6
AVANT-PROPOS	7
CADRE REGLEMENTAIRE	8
PRINCIPES DIRECTEURS DE LA STRATEGIE REGIONALE D'INVESTISSEMENT DEDIEE A L'AUTONOMIE	10
ETAT DES LIEUX REGIONAL	11
I. DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION	11
II. EQUIPEMENTS ACTUELS EN HEBERGEMENT	12
Couverture des besoins en établissements	12
Composition du parc immobilier régional	14
LES ATTENDUS NATIONAUX	17
I. LE SENTIMENT D'ETRE CHEZ SOI	17
II. L'OUVERTURE VERS L'EXTERIEUR	17
III. LA FACILITATION DES SOINS	18
IV. LA VIABILITE ECONOMIQUE DES PROJETS	18
V. UNE QUALITE DE LA CONCEPTION S'APPUYANT SUR DES ETUDES PREALABLES SOLIDES	19
LES ORIENTATIONS REGIONALES POUR LA TRANSFORMATION DES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN DE L'AUTONOMIE	20
I. PRINCIPE GENERAL	20
II. PRIORITES REGIONALES D'INVESTISSEMENT	21
III. DECLINAISON REGIONALE DES PRIORITES NATIONALES	26
VOLET HANDICAP	34
AVANT-PROPOS	35
CADRE REGLEMENTAIRE	36
ETAT DES LIEUX REGIONAL	37
I. DONNEES DEMOGRAPHIQUES	37
II. OFFRE ACTUELLE SUR LE TERRITOIRE REGIONAL	39
Secteur Enfance – Adolescence	39
Secteur Adultes	41
III. COMPOSITION DU PARC IMMOBILIER REGIONAL EN STRUCTURES D'HEBERGEMENT	43
Instituts Médico Educatifs / Instituts d'Education Motrice	43
Maisons d'Accueil Spécialisées	44
LES ATTENDUS NATIONAUX	46
DECLINAISON REGIONALE DE LA POLITIQUE NATIONALE	48

I. LES SITUATIONS ET PUBLICS PRIORITAIRES	48
II. LES AIDES A L'INVESTISSEMENT	49
Plusieurs vecteurs financiers d'accompagnement	49
L'enveloppe « Plan d'Aide à l'Investissement immobilier ».....	50
CRITERES DE SELECTION DES DOSSIERS ELIGIBLES AU PAI IMMOBILIER	53
I. LA PRESELECTION DES PROJETS ELIGIBLES (Janvier à Mars de l'année N).....	53
II. LA SELECTION DES PROJETS MATURES (Mars - Mai de l'année N).....	53
III. L'INTEGRATION DES ENJEUX ENVIRONNEMENTAUX :	55
IV. LA SOUTENABILITE FINANCIERE DU PROJET :	55
MODALITES DE CALIBRAGE DES AIDES ET DE SELECTION DES OPERATIONS.....	57
I. PRE-CALCUL DE LA DEMANDE DE SUBVENTION PAR LE DEMANDEUR	57
II. DEFINITION DE L'AIDE PAR L'ARS.....	58
Projets du champ Autonomie – Grand âge :.....	58
Projets du champ Handicap.....	59
Les crédits non reconductibles « investissements »	59
Bonification Qualité environnementale.....	59
Les demandes de “PAI complémentaire”	60
Les outils	60
Le dépôt des dossiers.....	61
III. CONVENTIONNEMENT DES AIDES A L'INVESTISSEMENT.....	61
IV. SUIVI DE L'EXECUTION DE LA CONVENTION :	62
GLOSSAIRE	63

EDITORIAL

En 2021, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a publié sa Stratégie Régionale d'Investissement en Santé, issue des accords du Ségur de 2020, pour les 10 ans à venir.

Au regard des enjeux majeurs que représente le vieillissement de la population en région Nouvelle-Aquitaine, quatrième région la plus peuplée de France mais aussi la plus âgée et la plus attractive pour les retraités, **un volet dédié à l'Autonomie – Grand Age a été rédigé et annexé en 2021 à la Stratégie Régionale d'Investissement en santé** afin d'accompagner la transformation de l'offre sur les territoires et l'émergence de nouveaux modes d'accompagnement, dans un contexte d'un niveau de financements alloués inédit grâce au Plan National de Relance et de Résilience.

Après quatre années de ces financements dits « SEGUR » dédiés à l'investissement des établissements accueillant des personnes âgées, **l'année 2025 marque la sortie de la « période SEGUR » et le retour à un niveau de financement similaire aux années ante-Covid. Pour autant, les besoins en investissement des établissements médico-sociaux œuvrant pour le grand âge perdurent.**

Une actualisation de la Stratégie d'Investissement de l'ARS Nouvelle-Aquitaine s'avère donc nécessaire afin de tenir compte de ces éléments qui se corrént à **un contexte économique et budgétaire en forte dégradation** puisque, selon un rapport du Sénat publié le 25 septembre 2024, 66% des EHPAD, tous statuts confondus, présentent un résultat déficitaire au 31 décembre 2023 contre 27% en 2020, contexte rendant difficile, voire impossible, l'autofinancement et/ou le recours à l'emprunt par les structures porteuses de projets immobiliers.

Tenir compte des spécificités de chaque territoire et veiller à la coordination des politiques publiques autour de leur aménagement, répondre aux attentes nouvelles des usagers, 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.), améliorer la prise en soin des plus fragiles dans les établissements et intégrer les enjeux écologiques au cœur de la réflexion des futurs projets sont autant de facteurs à considérer dans la réflexion et la définition de la stratégie régionale d'investissement.

Les projets architecturaux doivent prendre en compte le souhait d'offrir avant tout à leurs habitants un lieu de vie où ils pourront se sentir chez eux « comme à la maison », ouvert sur l'extérieur, tout en intégrant l'accès à un plateau technique en capacité d'offrir des soins et une expertise de qualité en adéquation avec les besoins des résidents.

Parallèlement, **la 6^{ème} Conférence Nationale du Handicap (CNH) qui s'est tenue le 26 avril 2023** sous l'autorité du Président de la République a fixé comme cap des années 2024 - 2030 « la garantie d'une qualité de l'accompagnement partout et pour tous » dès le premier âge et tout au long de la vie.

Le droit à l'accompagnement passe par **la présence de solutions de qualité, respectant les choix de vie des personnes et à l'échelle des territoires de vie**. Les dynamiques démographiques et l'augmentation de la prévalence de certains handicaps se traduisent par des besoins non satisfaits des personnes et des familles avec des délais d'attente souvent trop longs sur certains territoires pour accéder à une offre d'accompagnement. Une mobilisation massive de l'État et des départements, en partenariat avec l'ensemble des institutions concernées par l'accessibilité, est attendue afin de construire avec les acteurs et à partir de chaque territoire, une programmation pluriannuelle pour répondre aux besoins identifiés et prioritaires, tant en soutien au domicile qu'en établissement pour répondre aux accompagnements les plus intensifs et/ou complexes. La transformation de l'offre médico-sociale handicap passe par **une diversification des modes d'accompagnement, une réorganisation des établissements et services dans une logique de parcours** et un objectif d'accompagnement de qualité.

Pour garantir une réponse aux personnes sans solution, **un plan de développement pluriannuel ambitieux 2024 – 2030** issu des travaux de la CNH du 26 avril 2023, a été défini par la circulaire DGCS du 7 décembre

2023 avec la création de 50 000 nouvelles solutions à l'échelle nationale pour les enfants et les adultes et la transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap. Il doit permettre d'apporter une réponse massive sur les territoires les plus en tension tout en renforçant l'offre pour des publics sans solution satisfaisante à ce jour : enfants et adultes nécessitant un accompagnement renforcé (personnes polyhandicapées, avec trouble du spectre de l'autisme...), enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance porteurs de handicap, personnes handicapées vieillissantes, personnes avec un handicap psychique ou cognitif nécessitant notamment un accompagnement à domicile. Ce plan, particulièrement volontariste en Nouvelle-Aquitaine, va répondre à l'impératif de faire sortir les jeunes adultes résidant dans les établissements pour enfants (amendement Creton) pour accéder à leurs aspirations de vie.

Il vise aussi à passer d'une logique de place à une logique d'offre de services coordonnés (hébergement, appui à la vie sociale, soins...) à l'échelle des territoires nécessitant des coopérations renforcées entre organismes gestionnaires et entre institutions (ARS, CD, Education Nationale, Services de l'Etat emploi-travail...).

Tous les établissements et services pour enfants devront passer d'une logique de places à une logique de services répondant à différents besoins/domaines de vie : hébergement, appui à la vie sociale, soins, scolarité, formation emploi... Les établissements pour adultes pourront, sur la base du volontariat, s'engager dans cette dynamique qui, d'ici 2030, devrait concerner l'ensemble du secteur médico-social.

Dans ce cadre, **un soutien à l'investissement aux organismes gestionnaires qui s'engagent dans des projets de développement ou de transformation de leur offre** sera apporté en Nouvelle-Aquitaine. Une enveloppe dédiée au renforcement de l'équipement technique et technologique des établissements et services est également prévue à partir de l'année 2025 et l'effort en faveur du numérique à partir de 2026 sera encouragé dans la continuité du précédent SEGUR numérique.

Décliné au niveau régional, et sur l'ensemble de la période concernée, le plan issu des travaux de la CNH s'avère donc pertinent et indispensable.

Sur le volet de l'Autonomie – Grand âge comme sur celui du Handicap, la Stratégie régionale d'investissement doit donc permettre l'adéquation de l'offre médico-sociale aux besoins identifiés dans le diagnostic territorial, dans le respect des orientations nationales.

VOLET AUTONOMIE- GRAND- AGE

AVANT-PROPOS

La transition démographique d'ici 2030, amène à repenser l'accompagnement des aînés tout au long de leur parcours de vie : de la prévention de la perte d'autonomie à la prise en charge quand des incapacités apparaissent. Cet accompagnement doit être global et évolutif en fonction des besoins des personnes et de leurs souhaits.

Il est nécessaire d'anticiper les futurs besoins des territoires afin que les personnes âgées et leurs aidants trouvent un panel d'offres de services répondant à chaque étape de leur parcours de vie et des besoins correspondants. Le principe du libre choix de la personne quant à son lieu de vie et de prise en soin constitue un préalable à toute prise de décision.

Dans une démarche de prévention, l'accompagnement au bien vieillir s'inscrit dans le parcours des seniors dès 60 ans. Le projet régional de santé (PRS) de Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 s'est ainsi fixé comme priorité, le soutien à la prévention, au dépistage et au traitement de la fragilité des personnes âgées à un stade précoce, afin de repousser la survenue de la dépendance et de maintenir la qualité de vie au domicile le plus longtemps possible. Des travaux sont en cours pour renforcer la dimension de prévention et de promotion de la santé dans le parcours des seniors à partir de 60 ans et faciliter l'accès de tous au repérage de la fragilité.

Au-delà du repérage de la fragilité, la culture de la prévention de la perte d'autonomie doit être présente tout au long de l'accompagnement des personnes âgées. Elle peut aussi s'étendre à la situation des proches aidants. Cette évolution nécessite de développer, au même rythme et en juste proportion, les espaces de « respiration » et de soutien indispensables, avec un objectif de maintien en santé et de prévention de l'épuisement des proches aidants. L'effort doit non seulement être quantitatif – augmenter les capacités d'accueil temporaires en établissement, financer le répit à domicile - mais aussi qualitatif – diversifier et moduler les solutions de répit pour répondre à tous les types de besoin, expérimenter des dispositifs innovants.

Tenant compte du libre choix de la personne âgée, le maintien ou le retour vers le milieu de vie domiciliaire doit pouvoir être une alternative proposée ; toute autre alternative ne peut être envisagée que lorsque la complexité de la situation devient incompatible avec la sécurité de la personne.

La coordination voire l'intégration au niveau territorial des différents dispositifs existants pour les personnes âgées, à domicile ou en établissement, devra permettre de répondre à l'augmentation du niveau de dépendance des personnes : services autonomie à domicile (SAD), EHPAD « centre de ressources territoriaux » pour les usagers et professionnels du territoire, hospitalisation à domicile (HAD) et dispositif IDE de nuit en EHPAD, accueil temporaire programmé et d'urgence en EHPAD (AJ, HT et HT-SH), plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) à destination des proches aidants,

L'EHPAD de demain, qui concourt à cette offre spécialisée, à travers la mise à disposition de ressources gérontologiques aux personnes âgées de leur territoire, et ouvert, peut être adapté à différentes étapes du parcours de la personne âgée sans en être la finalité.

CADRE REGLEMENTAIRE

- Les accords du **Ségur de la Santé du 13 juillet 2020** – Relancer les investissements en santé.
- **Circulaire 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(s) CNSA du 23 avril 2021** relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées.
- **Rapport de mission des Pr Claude JEANDEL et Olivier GUERIN – Juin 2021** : « 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie ».
- **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.
- **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.
- **Instruction du 25 avril 2022** relative à la mise en oeuvre du Plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées.
- **Instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/2022/187 du 13 juillet 2022** complétant l'instruction CNSA du 25 avril 2022 relative à la mise en oeuvre du Plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées.
- **Rapport IGAS N°2021-104R « Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénérative »** - Dr Nicole Bohic, Delphine Corlay, Louis-Charles Viossat (IGAS) – Juillet 2022.
- **Circulaire n° 6369-SG du 5 août 2022** de la Première ministre relative à la mise en oeuvre et suivi des mesures du Plan national de relance et de résilience.
- **Instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/2022/251 du 9 décembre 2022** modifiant l'instruction CNSA du 25 avril 2022 relative à la mise en oeuvre du Plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées.

- **Instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/2023/109 du 23 juin 2023** complétant l'instruction du 25 avril 2022 relative à la mise en oeuvre du Plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées.

- **Instruction N° DGCS/SD5DIR/CNSA/2023/184 du 23 novembre 2023** modifiant l'instruction du 23 juin 2023 relative à la mise en œuvre du Plan d'aide à l'investissement de établissements et services pour personnes âgées.

- **Instruction N° DGCS/SD5DIR/CNSA/2024/53 du 17 avril 2024** complétant l'instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/2023/184 du 23 novembre 2023 relative à la mise en oeuvre du Plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées.

PRINCIPES DIRECTEURS DE LA STRATEGIE REGIONALE D'INVESTISSEMENT DEDIEE A L'AUTONOMIE

La Stratégie Régionale d'Investissement en Santé via le Plan d'Aide à l'Investissement (PAI) vise à répondre au mieux aux besoins des personnes âgées de Nouvelle-Aquitaine en prenant en compte leurs souhaits, notamment celui de rester à leur domicile le plus longtemps possible. Ceci plaide pour le renforcement de stratégies de maintien au domicile et selon le besoin du territoire, d'adapter en conséquence la stratégie d'investissement immobilière.

Dans cet objectif, la stratégie régionale d'investissement porte un objectif de transformation de l'offre à destination des personnes en perte d'autonomie et de leurs aidants.

Elle repose sur les principes suivants :

- **La création d'une nouvelle génération d'EHPAD devant être de véritables lieux de vie caractérisés par le sentiment d'être chez soi, l'ouverture sur le quartier ou l'environnement proche, un haut niveau de médicalisation, un modèle économique viable et une conception qualitative adaptée aux différents besoins.**
- La priorisation des reconstructions/restructurations ou opérations lourdes pour des territoires où l'offre en hébergement permanent est plus restreinte, en privilégiant systématiquement les réhabilitations en première intention.
- Le développement d'EHPAD ressources pour la population et les professionnels dans les territoires en déficit d'offre de services en soutien au domicile.
- La conversion de places d'hébergement permanent en accueil de jour, accueil de nuit, en hébergement temporaire.
- Le rééquilibrage de l'offre entre les territoires, le cas échéant, en cas d'offre manifestement excédentaire.
- La création de places nouvelles d'hébergement permanent (HP) ne fait pas partie des orientations régionales. Les augmentations capacitaires de places d'HP ne peuvent se faire que par redéploiement de places d'HP au niveau territorial ou en infra régional (rééquilibrage de l'offre). La création de places d'HP ne peut être réalisée que par la fermeture de places d'hébergement temporaire, ce type d'offre permettant d'accompagner le maintien à domicile et de soutenir les aidants.

Ces priorités structurantes pour le volet régional dédié au grand âge, s'inscrivent dans le cadre de la demande sociétale et dans les axes nationaux de transformation de l'offre pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

ETAT DES LIEUX REGIONAL

L'investissement des établissements médico-sociaux dédié au grand âge doit s'adapter aux spécificités de chaque territoire.

Bien que le maintien à domicile soit majoritairement privilégié, les établissements médico-sociaux diversifient leur offre de service pour s'adapter aux besoins de la population, impactée par des pathologies de plus en plus diverses. L'accueil temporaire et de jour, l'ouverture sur l'extérieur par le biais de tiers-lieux ou encore des services d'accompagnement à domicile en sont des exemples.

I. DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION

En 2021, 2 005 600 Néo-Aquitains étaient âgés de 50 à 74 ans. Ils représentaient 33 % de la population régionale, contre 30 % en France métropolitaine. La Nouvelle-Aquitaine était la région métropolitaine où la part de ces seniors était la plus élevée, avec la Corse avec un indice de vieillissement égal à 114 néo-aquitains de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

Leur nombre était en augmentation (+ 66 % entre 1968 et 2021). Cette hausse s'était accélérée depuis les années 90, à un rythme nettement plus rapide que pour l'ensemble de la population régionale : le nombre de ces seniors progressait de 1,4 % en moyenne chaque année entre 1990 et 2021 contre + 0,6 % pour l'ensemble de la population néo-aquitaine.

Code département	Libellé département	Part des 50-74 ans dans la population totale en 2021 (en %)
16	Charente	35
17	Charente-Maritime	36Au
19	Corrèze	36
23	Creuse	39
24	Dordogne	38
33	Gironde	29
40	Landes	35
47	Lot-et-Garonne	35
64	Pyrénées-Atlantiques	33
79	Deux-Sèvres	33
86	Vienne	31
87	Haute-Vienne	33

Source : Insee, projections démographiques Omphale 2022

Les 50 – 74 ans vivent plus souvent dans des espaces ruraux, d'où leur plus forte proportion dans des départements tels que la Creuse ou la Dordogne.

Au 1^{er} janvier 2025, la part des personnes âgées de 60 ans et plus représente 32,4% de la population régionale et celle des 75 ans et plus, 12,8% sur un total de 6 191 209 habitants (source : Insee, Estimations de population -données provisoires).

A l'horizon 2030, une étude de l'INSEE réalisée en partenariat avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine et publiée en janvier 2020 projetait une évolution de la population des seniors dépendants de + 18% entre 2016 et 2030, soit 59 400 personnes dont 5 600 personnes supplémentaires en situation de forte dépendance et 10 200 hébergées en institution. Les départements côtiers étaient les plus impactés par cette augmentation de la population dépendante.

À l'horizon 2040, si les tendances démographiques récentes se prolongeaient, les 50 – 74 ans seraient 2 017 000 en Nouvelle-Aquitaine. Leur augmentation ralentirait au profit de personnes plus âgées. Ils représenteraient alors 32 % de la population régionale, soit légèrement moins qu'actuellement. À l'inverse, les 75 ans ou plus seraient plus présents (18 % soit 5,2 points de plus qu'aujourd'hui). Le vieillissement de la population se poursuivrait dans tous les départements de la région. La Dordogne et la Creuse seraient toujours les départements métropolitains les plus âgés.

Code département	Libellé département	Part des 65 ans ou plus dans la population totale en 2040
16	Charente	34,2
17	Charente-Maritime	37,5
19	Corrèze	35,7
23	Creuse	40,5
24	Dordogne	41,1
33	Gironde	24,1
40	Landes	34,7
47	Lot-et-Garonne	36,2
64	Pyrénées-Atlantiques	31,5
79	Deux-Sèvres	30,9
86	Vienne	27,7
87	Haute-Vienne	32

Source : Insee, projections démographiques Omphale 2022

Les tendances démographiques de la Nouvelle-Aquitaine projettent également, **à l'horizon 2050**, un nombre de seniors âgés de 85 ans ou plus en augmentation de 89 % par rapport à 2030. **À cette date, un senior sur deux aurait 75 ans ou plus, et un sur cinq serait âgé d'au moins 85 ans.**

L'augmentation massive de seniors après 2030 est principalement liée à l'arrivée à la retraite de la génération du baby-boom, l'accélération de l'allongement de l'espérance de vie et la poursuite du vieillissement de la population.

Au regard des projections démographiques actuelles pour la Nouvelle-Aquitaine, et malgré de possibles gains d'espérance de vie en bonne santé, l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie demeure un enjeu sociétal majeur, impliquant les acteurs publics, les professionnels de santé et les proches aidants.

II. EQUIPEMENTS ACTUELS EN HEBERGEMENT

Couverture des besoins en établissements

La période du Ségur de la Santé a marqué un tournant dans la prise en compte des enjeux liés à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Cet engagement a permis de renforcer

l'attractivité des métiers du grand âge, d'améliorer les conditions d'accueil au sein des établissements et services médico-sociaux (ESMS) et de soutenir la modernisation des infrastructures dédiées.

Au 1^{er} janvier 2025, la région Nouvelle-Aquitaine compte 71762 places installées en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) contre 71621 places en 2021, soit une progression peu significative au regard des besoins croissants liés au vieillissement démographique. Cette stabilité interroge sur la capacité du secteur à absorber la demande future et souligne l'importance d'une adaptation de l'offre.

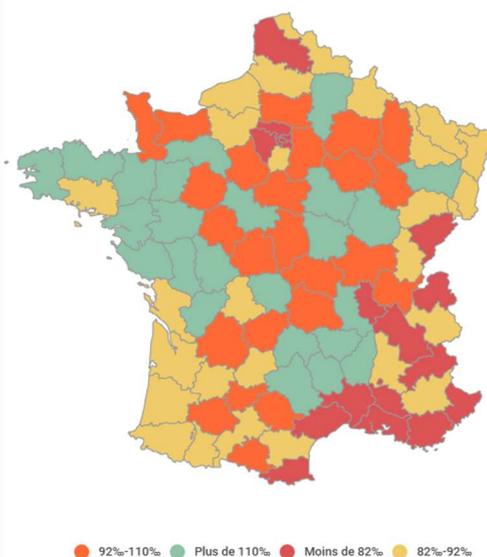
En considérant le nombre de personnes en dépendance sévère (77 373 individus classés en GIR 1 et 2), donc susceptibles d'être pris en charge en EHPAD, les besoins potentiels ne pourraient être tous couverts par l'offre existante. Le développement de l'offre en services renforcés à domicile, la question plus globale de l'évolution du reste à charge pour l'usager (coût financier) influenceront également sur les choix des personnes et de leurs proches.

Au 31/12/2022, le taux d'équipement régional de places dans les EHPADs était de 97 places pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus, soit supérieur à la moyenne nationale de 91,1 places. On remarque néanmoins de fortes disparités entre les départements.

Code département	Libellé département	Taux d'équipement en places d'EHPAD au 31/12/2022 (pour 1000 personnes de 75 ans ou plus)
16	Charente	116,8
17	Charente-Maritime	91,7
19	Corrèze	104,2
23	Creuse	145,7
24	Dordogne	99,1
33	Gironde	84,7
40	Landes	85,2
47	Lot-et-Garonne	91,7
64	Pyrénées-Atlantiques	88,1
79	Deux-Sèvres	131,7
86	Vienne	117,6
87	Haute-Vienne	85,5
Nouvelle-Aquitaine		97,0
France métropolitaine		91,1

Source : Panorama statistique « Cohésion sociale, Travail, Emploi » de la DREES - 2022

Places installées en établissement pour personnes âgées fin 2023 (pour 1000 habitants de 75 ans et plus)



Source : CNSA - Rapport de la Branche Autonomie au 31/12/2023 – publication : 05 février 2025

S'agissant du taux d'occupation : au 31 décembre 2023, le **taux d'occupation** moyen régional des places installées **en hébergement permanent** était égal à 95,69% sur les 782 EHPAD répondant à la campagne 2024 du Tableau de bord de la Performance (données au 31/12/2023) avec des disparités assez fortes entre départements : 90,64% en Creuse et plus de 98,5% en Corrèze et dans la Vienne.

Néanmoins, s'il est légitime de se demander si le taux d'occupation peut être lié à une offre trop importante, une étude de la DREES (Panorama statistique « Cohésion sociale, Travail, Emploi » de la DREES – 2022) à l'échelle de chaque département du pays démontre une absence de corrélation entre les deux indicateurs.

Code département	Libellé département	Taux d'occupation des places d'hébergement permanent
16	Charente	96,46%
17	Charente-Maritime	94,29%
19	Corrèze	98,65%
23	Creuse	90,64%
24	Dordogne	96,82%
33	Gironde	94,09%
40	Landes	95,65%
47	Lot-et-Garonne	97,66%
64	Pyrénées-Atlantiques	95,43%
79	Deux-Sèvres	95,04%
86	Vienne	98,61%
87	Haute-Vienne	94,93%
	Moyenne régionale	95,69%

Source : Tableau de bord de la Performance – campagne 2024 sur les données au 31/12/2023

Composition du parc immobilier régional

Douze portraits de territoires permettant à chaque département de mettre en exergue la situation des établissements au regard d'un certain nombre d'indicateurs ont été réalisés dans le but de compléter l'état des lieux des établissements et services structurant le parcours de la personne âgée.

Ces productions, réalisées avec les données du tableau de bord de la performance et présentées sous forme de graphiques, permettent :

- D'établir un état des lieux de l'offre existante (pour les structures du volet « personnes âgées » : EHPAD, SSIAD et SPASAD) au travers de divers indicateurs ;
- De rendre plus « visuel » et pédagogiques la lecture de ces indicateurs ;
- De situer les départements (entre eux/la région).

Les portraits portent un focus :

- Sur la « Répartition des lits/places » : répartition lits/places sur la région/sur le département, suivant statuts juridiques, % de places HAS ;
- Sur l'offre « immobilière » : date des derniers gros travaux du bâtiment principal (EHPAD), % moyen de chambres seules, taux de vétusté des constructions et des équipements ;
- Sur l'« Activité » : taux d'occupation, répartition par GIR,
- Sur les « Ressources Humaines » : taux d'absentéisme, d'ETP vacants, de rotation du personnel, démarche de Qualité de Vie et Conditions de Travail (QVCT), Présence d'un médecin coordonnateur en EHPAD, Présence d'une infirmière de nuit en EHPAD, Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance.
- Sur les aspects « développement durable » : intégration des enjeux du développement durable, Qualité de Vie au Travail (QVT), gestion des déchets, politique achat.

Les documents (*) sont disponibles sur le site internet de (par exemple : [Campagne 2023, sur données 2022](#))

(*) 12 « portraits de territoires » (1 par département) et 12 fiches focus « développement durable » (1 par département)

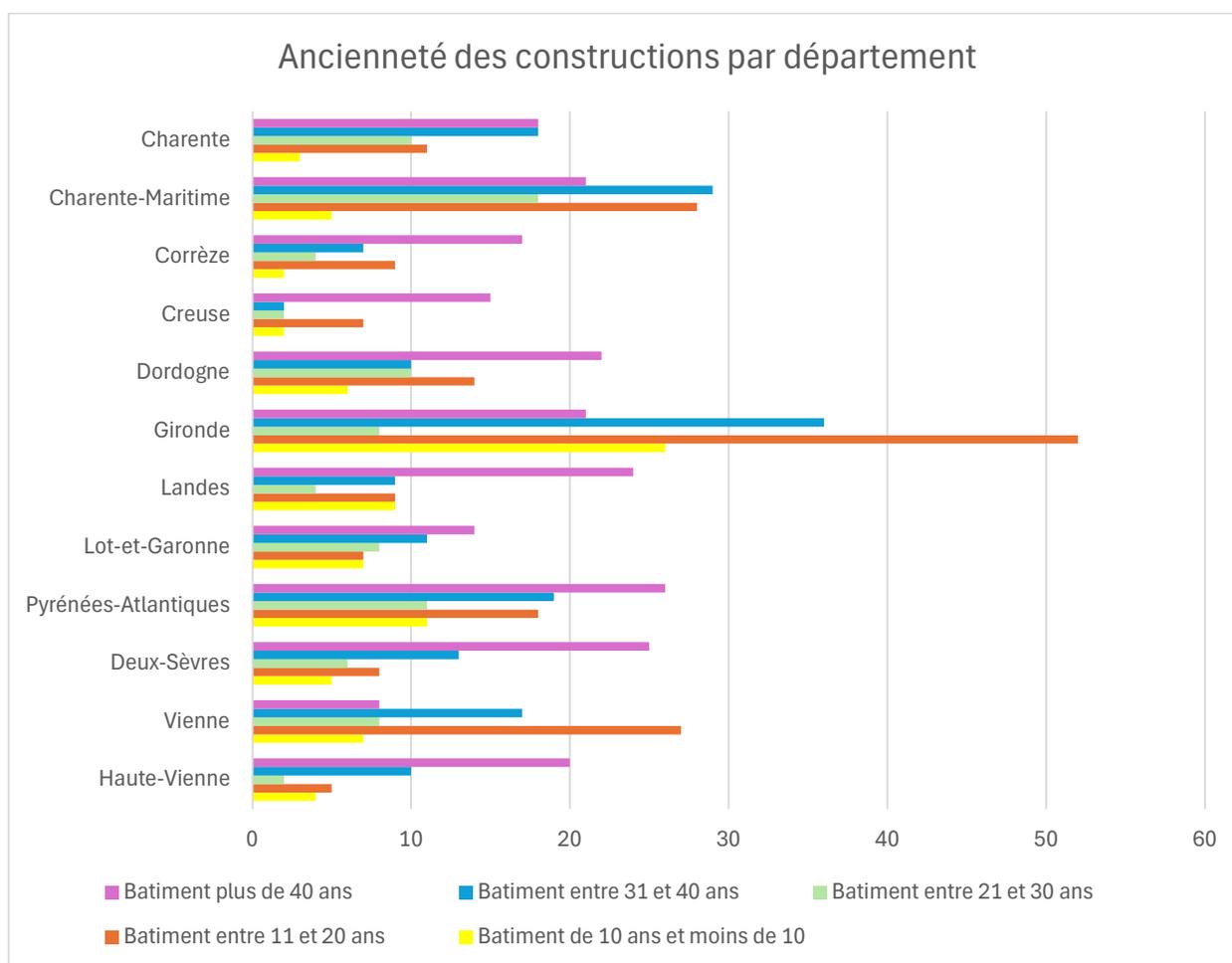
Les portraits de territoires se composent également de cartographies départementales et/ou régionales, permettant de visualiser l'offre territoriale (les dispositifs spécialisés Alzheimer au regard de la part des ALD 15 dans la population des 75 ans ou plus, accueils de jour et hébergement temporaire au regard de la part des 75 ans ou plus...)

Ces travaux permettent de poser un premier diagnostic sur l'état de l'offre en Nouvelle-Aquitaine. Chaque document a été présenté au sein des territoires pour partager les constats ou les ajuster.

Ainsi, d'après les données issues du dernier tableau de bord de la Performance de la campagne 2024 sur les données 2023, sur les 785 EHPAD de Nouvelle-Aquitaine ayant répondu au questionnaire :

- 231 ont été construits depuis plus de 40 ans
- 181 entre 31 et 40 ans
- 91 entre 21 et 30 ans
- 195 entre 11 et 20 ans
- 87 datent de 10 ans et moins

Les établissements construits depuis plus de 30 ans représentent donc plus de la moitié du parc immobilier.



Source : Tableau de bord de la Performance – campagne 2024 sur les données au 31/12/2023

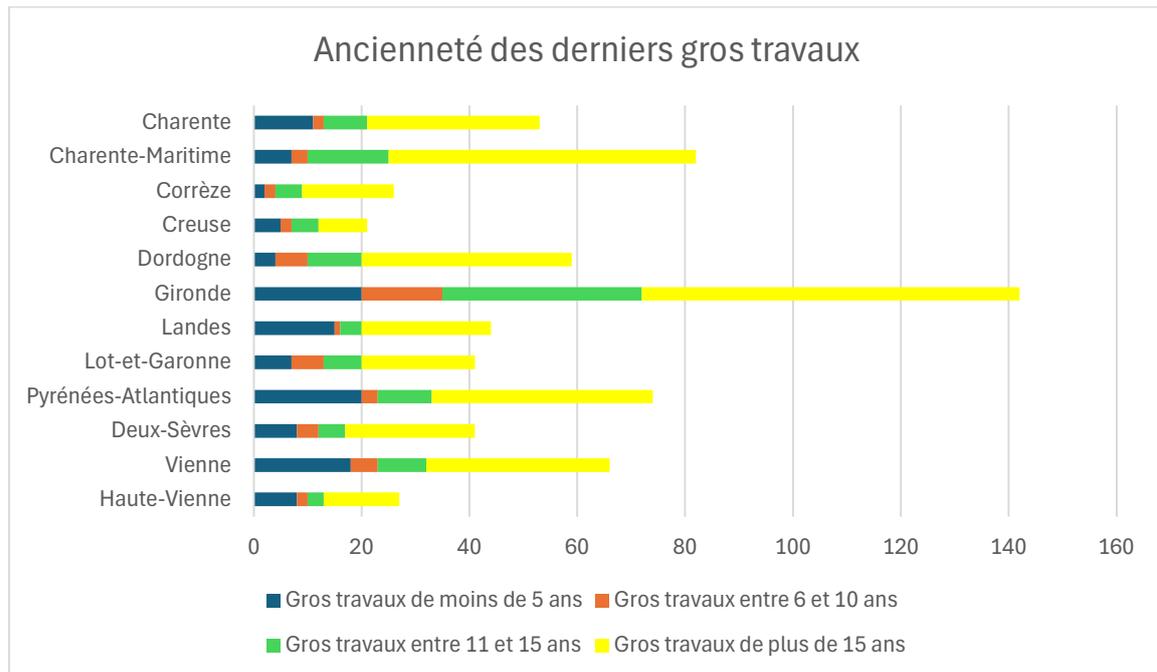
Une forte disparité est également constatée selon les départements.

Ainsi, la majorité des constructions d'EHPAD ont moins de 20 ans en Gironde (54,5%) et dans la Vienne (50,7%) alors que le parc date majoritairement de plus de 30 ans dans tous les autres départements, notamment en Haute-Vienne (73,2%) et dans les Deux-Sèvres (66,7%).

De plus, sur 676 EHPAD parmi ces 785 structures :

- les derniers gros travaux (*) datent de plus de 15 ans pour 382 d'entre eux ;
- de 11 à 15 ans pour 118 EHPAD ;
- de 6 à 10 ans pour 51 EHPAD ;
- de 5 ans et moins pour 125 EHPAD

Ainsi, 56,5 % de ces établissements n'ont pas réalisé de gros travaux immobiliers depuis plus de 15 ans (*travaux impactant plus de 3 corps d'état sur plus de 50 % de la surface*), ce qui traduit des besoins de rénovation / restructuration importants dans les prochaines années.



Source : Tableau de bord de la Performance – campagne 2024 sur les données au 31/12/2023

LES ATTENDUS NATIONAUX

I. LE SENTIMENT D'ÊTRE CHEZ SOI

L'EHPAD étant un lieu de vie, dans lequel les résidents sont chez eux, une vigilance particulière doit être apportée aux surfaces dédiées aux espaces privés, adaptées 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 éléments que le lit et prend en compte avec attention les conditions dans lesquelles les personnes accueillent leurs proches.

L'ensemble de l'organisation spatiale projetée, en cohérence avec le projet d'établissement, facilite ce sentiment de chez-soi et est propice au maintien d'une sociabilité choisie avec les autres résidents, mais aussi naturellement aux temps de vie et de partage avec les proches.

Pour ces raisons, les établissements recevant du public en situation de perte d'autonomie doivent se conformer à la réglementation de la sécurité incendie et de panique de type J et non de type U.

Enfin, dès lors que les nouvelles technologies sont indispensables au maintien des liens sociaux ou à la prévention de la perte d'autonomie, comme éprouvé pendant la période de crise sanitaire de la Covid-19, les logements en EHPAD seront désormais conçus en intégrant ces besoins et les usages qui en découlent.

II. L'OUVERTURE VERS L'EXTÉRIEUR

L'établissement doit s'ouvrir sur son environnement proche afin d'intégrer les personnes accueillies dans la ville ou le village, sensibiliser l'environnement social à l'accueil des personnes âgées et créer les conditions d'un enrichissement mutuel. L'établissement s'appuie alors sur les ressources externes.

Cette ouverture maintient le lien social des résidents dans la cité et de leurs liens avec leur environnement habituel (les commerçants, les associations, les loisirs). Elle permet également d'améliorer la perception de celui-ci par le grand public, la population locale et les familles. Enfin, cette ouverture doit permettre de mettre en valeur vis-à-vis de l'extérieur la qualité du travail des équipes et des prestations proposées aux résidents.

La participation des résidents à la vie sociale locale est directement liée au projet d'établissement et la conception-même des lieux, lorsqu'elle permet d'accueillir des activités extérieures aux missions de l'EHPAD, y contribue.

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. Pour cette raison, et autant que cela est possible, les localisations favorables à l'inclusion dans la cité sont encouragées, y compris par la mixité d'opérations entre logements traditionnels et EHPAD, et ceci dans le cadre de démarches associant le voisinage en vue de favoriser l'accessibilité universelle. Les communes et intercommunalités constituent des partenaires de premier ordre dans le cadre de ces opérations immobilières.

Les établissements devront étudier la possibilité d'offrir des espaces partagés avec leur quartier et leur ville dans la conception de leur projet :

- Des tiers lieux permettant des activités aussi bien pour l'établissement que pour le quartier et la ville : jardins partagés, locaux d'activités 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.

III. 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 soins adaptés à un public présentant davantage de pathologies, notamment neuro-évolutives, et un besoin élevé d'accompagnement dans l'autonomie.

Les établissements doivent intégrer les espaces et équipements essentiels aux soins appropriés aux besoins des personnes accueillies, ce qui suppose de veiller à une bonne articulation mais aussi une 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 « ESMS numérique ».

De même, les équipements en dispositifs médicaux ou matériels adaptés (oxygène médical, rails, domotique...) doivent être suffisants.

Les projets de service et l'organisation spatiale doivent être adaptés aux spécificités des publics accueillis et à la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques fondées sur les preuves qui s'y rapportent, notamment en ce qui concerne les **personnes avec troubles neuro-évolutifs** désormais largement majoritaires parmi les nouvelles admissions, mais également, selon les spécificités des projets d'établissement, **les personnes handicapées vieillissantes**, les personnes en situation de précarité ou porteuses de troubles spécifiques.

Ainsi, **les Pôles d'activités et de soins adaptés (aux résidents atteints de maladie neurodégénératives) devront se généraliser** et être intégrés aux projets architecturaux afin de créer un environnement confortable, rassurant et stimulant pour les résidents. Ces espaces doivent offrir des lieux de vie sociale pour le groupe, notamment pour l'accueil des familles et proposer une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse sécurisée, librement accessibles aux résidents.

Au-delà de la facilitation de la prise en soins pour les résidents et les professionnels de l'établissement, l'organisation spatiale de l'EHPAD devra intégrer l'appui d'équipes pour faciliter les coopérations nécessaires à la continuité des soins (intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux) et notamment les soins spécialisés nécessitant des expertises extérieures (équipe mobile gériatrique ou gérontopsychiatrique et de soins palliatifs, HAD...).

Dans une perspective de complémentarité avec le secteur du domicile et avec le secteur sanitaire, une coopération avec les services autonomie à domicile (SAD), d'hospitalisation à domicile (HAD), mais aussi de maisons de santé pluriprofessionnelles ou de cabinets d'exercice libéral, etc. sera privilégiée et encouragée, notamment en termes d'implantation.

IV. LA VIABILITE ECONOMIQUE DES PROJETS

La viabilité économique des projets suppose d'une part un tarif hébergement acceptable pour les familles et validé par les Conseils Départementaux, dès lors que ces derniers 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 proposer 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 bâtementaire, de taille 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.

V. UNE QUALITE DE LA CONCEPTION S'APPUYANT SUR DES ETUDES PREALABLES SOLIDES

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

Les bâtiments doivent s'inscrire au minimum dans le respect des réglementations énergétiques actuelles. 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.

LES ORIENTATIONS REGIONALES POUR LA TRANSFORMATION DES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN DE L'AUTONOMIE

Les orientations régionales retenues reposent sur le principe suivant : « **des projets immobiliers au service de la population âgée et de ses aidants s'inscrivant dans une approche transversale et territorialisée des politiques de santé** ».

I. PRINCIPE GENERAL

A partir de l'analyse de l'offre territoriale existante et des projections démographiques, les projets prioritairement soutenus devront présenter des opérations d'investissement cohérentes en termes de transformations de l'offre, et correspondant aux besoins du territoire. Dans cette perspective, une réflexion devra être portée sur la diversification de l'offre permettant de répondre aux attentes de la population afin de faire évoluer des places, et notamment des solutions de répit à destination des proches aidants (accueil de jour, hébergement temporaire ou HT-SH). Cet objectif est réaffirmé dans le cadre de la nouvelle stratégie nationale "Agir pour les aidants" 2023-2027.

L'OMS estime que 78 millions de personnes souffriront de démence en 2030 et 139 millions en 2050. En France, on doit se préparer à un quasi-doublement du nombre des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée à l'horizon 2050, qui sera alors compris entre 2,2 et 2,3 millions selon les estimations disponibles. Aussi, le rapport IGAS « **Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives** » publié en juillet 2022 recommande une **transition vers des EHPAD globalement adaptés aux troubles cognitifs, plutôt que le maintien d'unités fermées**, en mettant l'accent sur des **solutions architecturales favorisant la liberté d'aller et venir et la sécurité des résidents**.

- Dans la suite du plan Maladies Neurodégénératives (mesure 26) 2014-2019 et de la feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023 parue en mars 2022 (mesure 6), l'objectif est de **généraliser les PASA**. En conséquence, le projet architectural devra impérativement intégrer les conditions pour mettre en œuvre une activité de PASA de jour (12 ou 14 places). Les PASA ne doivent pas être conçus comme des unités fermées, mais plutôt comme des espaces modulables adaptés aux besoins évolutifs des résidents. Le modèle de "PASA éclaté", où les interventions peuvent se dérouler dans différentes ailes de l'EHPAD, ou être intégrées aux unités de vie peut également être proposé.
- Les UVA (unités de vie Alzheimer ou unité protégée) représentent une alternative à la multiplication des structures spécifiques en permettant aux résidents atteints de troubles cognitifs d'évoluer dans un espace familial et rassurant au sein même des EHPAD, sans rupture de parcours pour les résidents. Leur aménagement repose sur des espaces de déambulation, un accès à un jardin sécurisé et des interventions non médicamenteuses. A noter que les places d'hébergement permanent en UVA ne font pas l'objet d'une revalorisation financière particulière, le coût à la place était identique à celui d'une place d'HP.
- Les unités d'hébergement renforcé (UHR), fonctionnent sur le principe d'un accueil séquentiel devant permettre une évaluation et une stabilisation des troubles neurocognitifs avant retour dans l'établissement d'origine. Au regard du taux d'équipement de la Nouvelle-Aquitaine en UHR, il **n'est pas prévu de déployer en Nouvelle-Aquitaine de nouvelles UHR**. L'enjeu est de pouvoir accompagner les EHPAD à s'adapter aux besoins des personnes atteintes de MND.

Il est attendu des porteurs de projet qu'ils développent un volet sur le développement durable au sein des structures. Il convient, notamment, de prévoir des actions relatives à la transition énergétique, au bâti, aux environnements extérieurs, à la gestion de l'eau, des déchets, aux transports, aux achats, etc. En ce sens, l'ARS invite d'ores et déjà les porteurs de projet à développer une stratégie en matière d'achats durables ainsi qu'à envisager le recyclage des équipements.

La procédure pour les établissements pour déposer un dossier de demande d'aide est encadrée par une instruction annuelle de la CNSA. Les porteurs doivent compléter un dossier type sur la plateforme Galis Web (<https://galis-subventions.cnsa.fr>). L'ARS Nouvelle-Aquitaine demande une annexe régionale complémentaire, intégrant des questionnements davantage liés à sa stratégie régionale.

Les dossiers sont téléchargeables sur le site de la CNSA et de l'ARS NA, avec un dossier technique intégrant un programme technique détaillé à minima ainsi que :

- **Un tableau détaillé des surfaces**
- **Un tableau détaillé des coûts**
- **Un calendrier prévisionnel détaillé de l'opération précisant les durées des études et des travaux et détaillant les éventuelles phases de travaux.**

En effet, cette nouvelle stratégie ne repose plus sur l'organisation d'appels à projets annuels avec des fenêtres de dépôt de dossier limitées à une partie de l'année. Les orientations territorialisées sont précisées et doivent permettre aux porteurs de les intégrer.

II. PRIORITES REGIONALES D'INVESTISSEMENT

Les projets doivent intégrer systématiquement des enjeux de transformation de l'offre attendue au niveau des territoires. Au regard des besoins projetés de la population et de l'offre existante dans les territoires, les priorités concerneront :

- Des reconstructions ou opérations transformantes :
 - pour des territoires où le taux d'équipement est inférieur à la moyenne régionale, et en particulier des unités protégées vouées à accompagner les résidents déambulants atteints de symptômes psychologiques et comportementaux ;
 - intégrant aussi toutes les mises aux normes nécessaires, le respect de l'ensemble des règles de sécurité notamment incendie, des règles d'accessibilité des PMR, la transformation écologique des bâtiments et du fonctionnement des établissements, la QVCT.

Le projet présenté devra s'appuyer sur une étude de faisabilité qui intégrera en premier lieu un scénario de restructuration / réhabilitation. D'autres scénarios, comme une construction neuve par exemple, pourront être présentés mais une analyse comparative exhaustive des différents scénarios (offre, immobilier, financier à minima) doit être réalisée.

- Le développement d'EHPAD ressources incluant un centre ressources territorial (CRT) pour la population et les professionnels des territoires en déficit d'offre pour le domicile, en veillant à respecter le principe de subsidiarité au sein des territoires d'implantation des CRT existants.
- La conversion de places d'hébergement permanent en accueil de jour avec un minimum de 6 places, les modalités d'intervention hors les murs ayant vocation à se développer.
- La conversion des places d'hébergement permanent en place d'hébergement temporaire en dédiant une partie de ces places à l'accueil des personnes dans le cadre du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (ex-HTU).

- Le rééquilibrage de l'offre entre les territoires le cas échéant en cas d'offre manifestement excédentaire ne permettant pas une occupation satisfaisante dans la durée des places d'hébergement permanent

Développer les EHPAD centres ressources territoriaux

L'EHPAD « centre de ressources » mobilise ainsi les compétences du plateau technique que représente l'établissement, pour les déployer vers l'extérieur, le positionnant ainsi comme une plateforme de ressources pour le domicile et les acteurs locaux. Il s'agit d'une offre complémentaire, structurée, permettant une plus-value à l'accompagnement à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie et de ses proches aidants.

Ce nouveau modèle, s'appuyant possiblement sur le support de l'EHPAD, a pour objectif d'offrir une palette élargie de services médico-sociaux (soin, aide à domicile, accompagnement, mobilité, prévention), en subsidiarité des prestations de droit commun mobilisables, à destination des personnes âgées et de leurs aidants, selon deux principales modalités :

- « Dans les murs » : un centre de ressources pour le territoire. L'EHPAD peut faire venir dans ses locaux d'autres personnes que les résidents et leurs proches. Les professionnels du territoire bénéficient ainsi de ses ressources (locaux, plateaux techniques, compétences...). A l'inverse, des personnes âgées à domicile ou des aidants peuvent alors bénéficier des ressources de l'établissement (consultations de spécialistes, téléconsultation, repas collectifs, actions de prévention, repérage de la fragilité, etc.).
- « Hors les murs » : un accompagnement renforcé à domicile. L'EHPAD pourra également proposer un accompagnement renforcé hors de ses murs à des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif pour pouvoir rester à domicile (GIR 1 à 4). Cet accompagnement s'organise en partenariat avec les futurs services autonomie à domicile (SAD), qui proposent à la fois des prestations d'aide et de soins.

Structurer et renforcer l'offre de répit envisagée comme un soutien au domicile à partir des EHPAD

Prenant acte du rôle majeur des proches aidants dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, en particulier à domicile, mais également de leur fort risque d'épuisement, la nouvelle Stratégie nationale 2023-2027 « Agir pour les aidants » confie aux ARS la mise œuvre d'un plan de renforcement et de diversification des solutions de répit, adossé à un financement de 7.5 M€ en 2024 au niveau national.

En 2024, 527 143 € en complément des 3 126 622 € déjà engagés pour le secteur « personnes âgées » ont été délégués à l'ARS NA pour étoffer et diversifier l'offre de répit. Environ un tiers de cette enveloppe a été consacré au renforcement de l'offre d'accueil temporaire (environ 100 places AJ/HT).

Ce renforcement est à envisager soit comme une création nette en fonction de la disponibilité des crédits alloués dans le cadre du complément « Répit- Aide aux aidants », soit par des opérations de transformation de l'offre existante par redéploiement de places. Ces opérations doivent être priorisées afin de développer une offre d'accueil temporaire dans le cadre de travaux globaux d'adaptation, de structuration et/ou de repositionnement de l'offre d'accueil temporaire dans les territoires, appuyés notamment sur les portraits de territoires, sur les diagnostics territoriaux réalisés par les conseils départementaux pour leur schéma d'organisation sociale et médico-sociale et sur ceux établis par les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Plusieurs lignes directrices doivent guider l'ensemble des contraintes

- Une **meilleure intégration des solutions d'accueil temporaire dans le parcours des personnes** afin de favoriser le maintien à domicile tout en proposant des solutions de répit efficaces pour les familles. L'accueil de jour ou l'hébergement temporaire, notamment l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (ex-HTU), doivent permettre de faire face aux situations dans lesquelles le soutien à domicile est momentanément compromis et qu'un accueil médicalisé est nécessaire, en particulier pour l'HT-SH : carence soudaine de l'aidant (hospitalisation non programmée de l'aidant, épuisement important de l'aidant) ou rupture soudaine des aides à domicile. Il peut également représenter une transition après une hospitalisation pour faciliter et préparer le retour à domicile. Enfin, il peut participer à retarder puis, le cas échéant, à préparer l'entrée en établissement d'hébergement permanent. Cette orientation doit amener à proposer des modalités d'organisation innovantes, plus souples et plus individualisées : AJ « hors les murs », à domicile, en distanciel, itinérant, accueil de nuit ou de soirée, accueil régulier ou occasionnel, à temps plein ou séquentiel, extension des plages horaires d'ouverture...
- La nécessité de compléter, consolider ou rééquilibrer l'offre existante. Les créations de places devront donc se faire en priorité dans les départements les moins bien dotés par rapport à la moyenne régionale (Charente-Maritime, Corrèze, Creuse, Dordogne, Lot-et-Garonne et Pyrénées-Atlantiques) mais également dans les infra-territoires sous-équipés. Le recours à l'accueil de jour itinérant ou partagé peut ainsi être préconisé pour couvrir des zones blanches. A l'échelle des établissements, il s'agit de compléter l'offre existante de manière à créer des filières de répit et de soutien au domicile complètes : AJ/HT/HT-SH/PFR (Plateforme de Répit) ...
- La nécessité de donner la priorité à des projets structurants de manière à garantir et faciliter la mise en œuvre de projets de service spécifiques et de formules d'accueil souples, voire « à la carte » proposant une offre diversifiée. Lorsque la capacité autorisée est inférieure au seuil fixé par décret (6 places), l'EHPAD peut assurer cet accueil de jour pour chacune de leurs places d'hébergement disponibles (article 28 de la Loi bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie promulguée en 2024).

Une nécessaire adaptation des locaux

De manière générale, la qualité de l'architecture et l'adaptation des locaux influent directement sur la prise en charge (organisation des bâtiments, taille des chambres, présence de douches, chambre individuelle) des résidents ainsi que sur la qualité des conditions de travail des professionnels.

S'agissant de l'**organisation architecturale** pour les solutions de répit, les locaux doivent prendre en compte la diversité, la sécurité et le respect des droits des publics accueillis.

La priorité est de **favoriser une organisation qui permette aux bénéficiaires d'accéder, s'ils le souhaitent, aux mêmes espaces et activités que les résidents permanents, tout en adaptant l'offre aux besoins spécifiques de l'accueil temporaire**. Des **espaces modulables et sécurisés** qui peuvent être utilisés en journée pour l'accueil de jour et la nuit pour l'hébergement temporaire sont à privilégier. L'accès à un espace de repos et de détente est essentiel pour le confort des personnes accueillies. Il conviendra également de mieux articuler les accueils de jour avec les autres dispositifs (ESA, hôpitaux de jour, plateformes de répit, PASA) pour assurer un parcours de soins cohérent. S'agissant plus particulièrement de l'hébergement temporaire, les infrastructures seront adaptées pour accueillir des séjours courts, avec des chambres personnalisables pour réduire le stress lié au changement d'environnement. Il convient aussi de favoriser des petits groupes de résidents pour éviter l'isolement ou les conflits.

En résumé, **est privilégiée une approche architecturale ouverte au sein de l'EHPAD (contrairement à une conception plus classique d'unités fermées, séparées et indépendantes)**. L'accueil de jour et l'hébergement temporaire doivent être pensés comme des services complémentaires aux EHPAD, plutôt que comme des unités isolées.

De manière générale, la qualité de l'architecture et l'adaptation des locaux influent directement sur la prise en charge (organisation des bâtiments, taille des chambres, présence de douches, chambre individuelle) des résidents ainsi que sur la qualité des conditions de travail des professionnels.

L'organisation des espaces en unités de vie doit être intégrée au sein des projets architecturaux, permettant de prendre en compte des besoins spécifiques en lien avec le projet médico-soignant. Les résidents atteints de troubles neurocognitifs représentant près de la moitié des entrants, des unités spécifiques doivent être pensées pour les résidents avec une dépendance psycho-cognitive associée ou non à des symptômes psychiques et comportementaux (éviter les espaces de déambulation circulaire favorisant la désorientation des personnes, privilégier les espaces contenant). Le rapport des Pr Jeandel et Guérin, ainsi que la conférence nationale des directeurs d'établissements, préconisent de ne pas dépasser 14 chambres dans ces unités et 20 chambres dans les autres unités. Cette organisation par unité de vie permet un accompagnement plus personnalisé ainsi qu'une meilleure gestion des situations de crise ; lorsqu'elle est spécifique, à certains publics porteurs de symptômes psychiques et comportementaux notamment, elle facilite l'organisation et la mise à disposition de compétences spécialisées adaptées aux besoins des résidents selon les profils accueillis.

Les données issues des validations PATHOS en EHPAD objectivent, au-delà des évolutions de codages et des modifications récentes, de plus en plus de prises en charge liées aux symptômes psychiques et de comportements (SPC) associés aux troubles neurocognitifs, nécessitant des espaces de stimulation et d'apaisement (type Snoezelen) afin de mettre en œuvre des thérapeutiques non médicamenteuses.

L'augmentation de la prise en compte de la dénutrition s'accompagne de temps de repas en tant que temps thérapeutique ; paradoxalement, les chiffres concernant la rééducation sont stables mais mettent en évidence un besoin de rééducation spécialisée à hauteur de 40 à 50 % des résidents en moyenne. Les EHPAD devraient donc pouvoir permettre de disposer d'un plateau technique, avec une démarche de conventionnement avec les acteurs libéraux (masseurs kinésithérapeutes, dentistes...) et de recours à la téléconsultation, mais aussi de prise en compte des interventions des autres métiers de la rééducation ; et dans le cas où l'EHPAD pourrait se transformer pour proposer une offre de service territorial avec une ouverture sur l'extérieur, permettre cette accessibilité.

Les enseignements relatifs à l'impact de l'architecture dans la gestion des crises sanitaires doivent également être intégrés dans les projets : SAS à l'entrée, unités de vie, circulations, vestiaires et locaux des personnels dans le respect des plans bleus.

Enfin, les locaux et leur équipement (rails plafonniers, par exemple) devront garantir aux professionnels une qualité des conditions de travail, et de vie au travail permettant d'améliorer l'attractivité des métiers. La conception des bâtiments doit être réfléchie à la fois pour optimiser l'organisation de travail de toutes les équipes.

Une hétérogénéité des publics à accompagner avec des compétences adaptées

Les besoins des résidents étant évolutifs au cours du temps, les EHPAD de demain doivent prévoir dans leur projet d'établissement et leur projet médical une adaptabilité des réponses apportées tout au long du parcours. Cette adaptabilité ne peut être permise que par une révision régulière des projets de vie individuels personnalisés et des projets de soins adaptés et mis en œuvre par des personnels bien formés. Le plan de formation doit être en cohérence avec les projets de soins que les professionnels sont tenus de mettre en œuvre auprès des résidents. Un encadrement adapté, avec du personnel formé aux symptômes psychiques et comportementaux s'avère souvent nécessaire.

L'EHPAD doit s'inscrire dans la filière gériatrique du territoire (court séjour gériatrique, USLD, SMR, HAD) et consolider ses liens avec les équipes mobiles de gériatrie, d'hygiène, d'antibiothérapie, de soins palliatifs ou de psychogériatrie, notamment au travers de conventions de collaboration mais également d'outils de coordination et de partage d'informations sécurisés (messagerie sécurisée, dossier usager informatisé, e-prescription). Il doit également tisser des liens étroits avec les acteurs du 1^{er} recours (CPTS, MSP, professionnels de santé libéraux...),

De manière générale, la démarche qualité et de gestion des risques doit être renforcée au sein des établissements.

III. DECLINAISON REGIONALE DES PRIORITES NATIONALES

PRIORITES NATIONALES	DECLINAISON DES PRIORITES ET OBJECTIFS REGIONAUX	EVALUATION DE LA REPONSE AUX PRIORITES (Indicateurs)
<p>Le sentiment d'être chez soi</p>	<p>Objectif n°1 :</p> <p>Offrir aux résidents un lieu de vie s'adaptant à leur rythme de vie et à leurs souhaits :</p> <p>Transformation architecturale favorisant une organisation à taille humaine avec des petites unités permettant la personnalisation (mobilier personnels, finition des chambres (de manière non uniforme, à titre d'exemple avec des revêtements muraux différents à favoriser) et l'adaptation du logement de façon à permettre le respect de l'intimité des personnes et la préservation des liens sociaux. L'aménagement doit privilégier une ambiance chaleureuse et domestique plutôt qu'un environnement médicalisé afin que la personne se sente chez elle.</p> <p>Pour les constructions neuves, la taille minimale préconisée est de 22 m2 de surface utile, ainsi que pour les restructurations, si cela est techniquement possible, et si l'économie générale du projet le permet. Une dérogation est envisageable, selon étude au cas par cas par l'ARS, dans la négative, la fonctionnalité PMR demeurant en l'occurrence une nécessité. La surface minimum de 22 m2 vise également l'objectif de personnalisation de la chambre avec la possibilité de l'aménager avec des meubles appartenant aux résidents.</p> <p>Le projet architectural (programme et conception) devra traduire les intentions d'aspect domiciliaire souhaitées selon les différents éléments susceptibles d'y contribuer : types de locaux, surfaces et forme des chambres et locaux, démultiplication des locaux communs, ambiance (couleurs, équipements hôteliers, éclairages, revêtements), discrétion des éléments liés aux soins, ... "</p> <p>Recueil des habitudes de vie et des choix des résidents et traduction dans le projet personnalisé actualisé au moins une fois par an.</p> <p>La domotique peut apporter du confort ou de la prévention (sols détecteurs de chute, etc.).</p> <p>Favoriser l'implantation de places d'hébergement temporaire d'urgence après une sortie d'hospitalisation et / ou en cas de carence de l'aidant.</p> <p>« Structurer une offre dense et accessible de services de soins infirmiers à domicile » → oui que les aides PAI pourraient ponctuellement soutenir (cf. plus loin)</p>	<p>Taux chambres individuelles (source TDB) : objectif cible 100%</p> <p>Comparaison EPHAD aidés/ EHPAD région</p>

	<p>Objectif 3 :</p> <p>Encourager les mutualisations et les coopérations inter-établissements (EHPAD, établissements et services sanitaires et médico sociaux) afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'accès à un plateau technique adapté (consultations gériatologiques, spécialisées, salle de rééducation, salle de stimulation cognitive, téléconsultations) • Mutualiser les ressources (IDE de nuit) <p>Renforcer la coordination des parcours des personnes avec l'appui des DAC / PTA.</p> <p>Optimiser les fonctions supports dans le cadre de la constitution des GTSMS ou de la fusion des EHPAD publics autonomes.</p> <hr/> <p>Objectif 4 :</p> <p>Créer des parcours professionnels attractifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituer des groupes d'échange de pratiques • Equiper les établissements des aides techniques disponibles afin d'améliorer la qualité de vie au travail • Intégrer la question du travail et de la concertation dans les projets d'investissement pour faciliter les dynamiques de qualité de vie au travail (documentation nationale de l'observatoire national de la QVT, production régionale) • Mobiliser les Plateformes territoriales RH (Plateformes territoriales solidaires, plateformes des métiers de l'autonomie, ...) <hr/> <p>Objectif 5 :</p> <p>Intégrer la question du travail et de la concertation dans les projets d'investissements pour faciliter les dynamiques de Qualité de vie au Travail</p> <p>Un projet immobilier est aussi l'occasion de questionner les organisations permettant d'améliorer les conditions de travail et la qualité des soins.</p> <p>Qu'il s'agisse de la construction, d'un nouveau bâtiment ou d'une rénovation, la conception des lieux et des situations de travail présentent des enjeux majeurs en matière de santé et de sécurité. Intégrer la prévention des risques professionnels lors de ces phases en amont est toujours plus efficace et plus efficiente. Cela permet d'éviter l'apparition de problèmes difficilement réversibles qui ne pourront être atténués qu'au prix d'actions correctives, coûteuses et d'une efficacité limitée.</p>	<p>Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale (source TDB)</p> <p>Comparaison EPHAD aidés/ EHPAD région</p> <p>Taux de rotation des personnels en % (source TDB)</p> <p>Taux de maturité d'une démarche QVT (tableau de bord)</p>
--	--	---

	<p>Pour accompagner les structures médico-sociales dans ces travaux, l'ARS NA, en partenariat avec l'ARACT NA et les CARSAT Aquitaine et Centre-Ouest, a déployé diverses actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Webinaire du 26 novembre 2021 « Intégrer la question du travail et de la concertation dans les projets d'investissements pour faciliter les dynamiques de QVT ». Animé par l'ARACT NA, avec la participation de la CARSAT Aquitaine. (Replay disponible sur le site de l'agence) <p>Les structures pourront retrouver les clés de compréhension ainsi que différents outils pour expérimenter des démarches de simulation et/ou d'outiller pour des projets de transformation.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'une page internet en partenariat avec les CARSAT Aquitaine et Centre-Ouest « QVCT/TMS : une réponse coordonnée ARS NA/CARSAT Aquitaine et Centre-Ouest » <p>Cette rubrique regroupe de nombreux documents et recommandations communes, ARS et CARSAT, relatives à la prévention des Troubles Musculo Squelettiques (TMS), ainsi que des préconisations pour aider techniquement les choix d'investissements en lien avec la QVCT et la santé au travail.</p> <p>Ainsi, les dispositifs veillant à prévenir les TMS, type rails au plafond, doivent systématiquement être intégrés dans les projets immobiliers.</p>	
<p>La viabilité économique des projets</p>	<p>Les porteurs devront démontrer la viabilité économique du projet dans le dossier. Le laboratoire des solutions de demain doit produire des études et préconisations.</p>	<p>Intégration de cette démonstration dans le dossier de demande d'aide</p>
<p>Une qualité de la conception s'appuyant sur des études préalables solides</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En amont des études architecturales, le promoteur devra, sauf cas particulier, étudier la faisabilité des diverses options : restructuration, extension, reconstruction sur site ou hors site. Ces études préalables, qui pourront le cas échéant faire l'objet d'une instruction financière au titre des procédures d'accompagnement PAI (accompagnement des études), traiteront des aspects techniques, financiers, calendaires et présenteront les divers scénarios envisageables avec, pour chacun, les avantages et inconvénients pressentis. <p>Le choix, débattu avec les autorités de tarification et présenté pour avis devant le CVS, sera évidemment dicté par les contraintes techniques, financières et urbanistiques, mais visera à privilégier la solution répondant le mieux aux priorités de qualité de l'offre rappelées ci-dessus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le promoteur choisira ensuite les modalités juridiques de montage de l'opération. Ce qui suit prend l'hypothèse que le promoteur est un pouvoir adjudicateur soumis aux dispositions du Code de la commande publique. 	<p>Mise à disposition de l'étude de faisabilité et motivation du scénario retenu</p> <p>Compte rendu de présentation devant le CVS</p>

	<p>En cas de maîtrise d'ouvrage externe (location), il s'assurera de la régularité des procédures avec les réglementations et la jurisprudence, si nécessaire en se rapprochant de l'ARS qui le mettra en contact avec les services adéquats (Service « FININFRA » du ministère du budget).</p> <p>En cas de maîtrise d'ouvrage directe, il choisira la procédure (loi MOP ou marché incluant conception et réalisation), en lien avec son AMO. Il rédigera ensuite le programme détaillé de l'opération, la plupart du temps avec l'aide de l'AMO retenu (programmiste).</p> <p>La qualité du programme est déterminante dans l'adéquation de l'ouvrage aux attentes des utilisateurs et pour une bonne approche de l'estimation des coûts. Les services utilisateurs et, si possible des représentants des résidents ou des familles seront associés à la rédaction du programme. Une assistance à maîtrise d'usage (AMU) pourra à cet effet être mise en place pour faciliter la dimension sociale et participative du projet. Un AMO « Développement durable » pourra de surcroît être associé, afin de préciser et vérifier des exigences spécifiques aux aspects environnementaux.</p> <p>Le maître d'ouvrage est invité, avant le choix du maître d'œuvre, à visiter des réalisations récentes de manière à en appréhender les caractéristiques et à échanger avec ses collègues (retour d'expériences).</p> <p>Le choix du concepteur sera réalisé conformément aux dispositions du Code de la commande publique. Le maître d'ouvrage sera amené, au long des études de conception (esquisse, avant-projet, projet), à engager un dialogue permanent avec l'architecte afin de valider les phases de conception de la manière la plus éclairée.</p>	<p>Programme technique détaillé avec indications spécifiques en matière de travail sur la maîtrise d'usage et sur les exigences environnementales</p>
<p>La transformation numérique</p>	<p>Le numérique constitue un levier majeur pour accompagner la transformation du secteur de l'autonomie, notamment en facilitant les démarches des personnes accompagnées, en garantissant une meilleure équité de traitement sur tout le territoire, en contribuant à une implication plus importante de la personne comme acteur de son parcours, en favorisant la circulation d'informations entre professionnels tout en facilitant leur travail, la coopération et la coordination entre le sanitaire, le médico-social et le social, en favorisant le maintien d'un lien social pour les usagers et en contribuant ainsi à un meilleur pilotage des politiques publiques en faveur des plus fragiles.</p> <p>Les outils numériques au « sens large » (informatique, domotique, visio...) doivent ainsi accompagner le développement de nouvelles pratiques, de nouvelles modalités de prise en soins (en présentiel ou à distance des usagers), de nouvelles modalités d'échange (pour les</p>	<p>% d'ESMS de la région disposant d'un dossier usager informatisé</p>

	<p>professionnels et les usagers) tout en garantissant la sécurité des systèmes d'information des structures.</p> <p>Aussi en complément de la modernisation générale des systèmes d'information utilisés par les professionnels et dont certains seront de plus en plus ouverts aux usagers, les investissements doivent également tenir compte de cette transformation numérique, notamment dans l'adaptation des locaux :</p> <ul style="list-style-type: none">• Avec des espaces dédiés à la télésanté, espaces de vie pouvant accueillir des solutions mobiles de télésanté• Pour permettre le développement adapté des réseaux de télécommunication filaire et sans fil, mise à disposition de réseaux sécurisés et dédiés aux usagers• Pour tenir compte du développement d'équipements numériques dans les espaces professionnels et dans les espaces de vie• Pour favoriser le développement d'outils mobiles à disposition des professionnels (dans les structures ou au domicile des usagers),• Pour permettre l'informatisation des dossiers des résidents.	
--	--	--

VOLET HANDICAP

AVANT-PROPOS

L'investissement en santé constitue un levier majeur dans la réponse aux besoins de prise en charge des personnes en situation de handicap.

Selon les données issues de la DRESS, la France métropolitaine comptait en 2022, 4.6 millions de personnes de 15 ans et plus déclarant souffrir de restrictions importantes liées à leur santé. Cette situation résulte d'une prise en charge insuffisante par les structures médico-sociales, confrontées à des capacités d'accueil limitées, un manque de ressources humaines et matérielles, ainsi qu'à des besoins croissants en financement et en innovation.

Face aux défis démographiques et aux évolutions des besoins de la population, les politiques de financement tendent à faire évoluer et corrélérer les financements aux parcours et aux besoins des personnes en situation de handicap. Cela se traduit, par exemple par le déploiement en cours du projet SERAFIN-PH ou les campagnes d'investissements menées par la CNSA.

C'est dans cette dynamique que s'inscrit la concrétisation de la Stratégie Régionale d'Investissement en Santé (SRIS) en Nouvelle-Aquitaine.

Cette stratégie vise à structurer et prioriser les investissements régionaux tout en respectant les grandes orientations nationales de la CNSA et les réalités locales. Elle repose sur trois axes majeurs :

- Réduire les inégalités d'accès aux soins ;
- Garantir une modernisation des structures médico-sociales et une réponse aux besoins de la population ;
- Accompagner l'inscription des établissements dans leur réponse aux enjeux de la transformation de l'offre, portée par la CNH de 2023.

Les propos inscrits dans ce document présentent la déclinaison des axes mentionnés précédemment, en tenant compte à la fois des orientations données par la 6^{ème} Conférence Nationale du Handicap, des instructions annuelles de la CNSA et des orientations régionales inscrites dans le Projet Régional de Santé (PRS).

CADRE REGLEMENTAIRE

Textes de référence :

- **Le Ségur de la Santé** – Relancer les investissements en santé.
- **Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003**, qui encadre l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.
- **Instruction(s) CNSA du 23 avril 2021** relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées.
- **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.
- **Instruction CNSA du 25 avril 2022** relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes handicapées.
- **Circulaire N°DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176** du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, issu de la Conférence nationale du handicap 2023.
- **Instruction N°DGCS/SD5DIR/CNSA/DAPO/2024/104** du 8 juillet 2024 relative à la création d'un fond d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2027.

ETAT DES LIEUX REGIONAL

Comparativement au grand âge, le secteur du handicap présente des difficultés spécifiques lorsqu'il s'agit de mener des études précises. La grande diversité de handicap, qu'ils soient moteurs, sensoriels, cognitifs ou psychique rend difficile leur recensement et leur étude.

La plateforme HANDIDONNEES, coconstruite par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et le CREAI Nouvelle-Aquitaine, met à disposition un ensemble d'indicateurs constituant un socle de connaissances sur les publics en situation de handicap et l'offre d'accompagnement régionale.

Elle s'inscrit dans le cadre du financement national des CREAI (DGCS/CNSA) et des travaux d'études réalisés sur des financements FIR (ARS N-A).

I. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Ainsi, les données démographiques ci-dessous mettent en évidence l'évolution de la population régionale en situation de handicap sur la période 2021 – 2025 et par département.

Cette évolution s'explique par une meilleure reconnaissance et un meilleur diagnostic des handicaps dits « invisibles » ou sensoriels mais aussi par le déploiement de dispositifs permettant de répondre de la manière la plus adéquate aux besoins pressentis (PCPE, stratégie d'amélioration de l'accès aux soins...).

Handidonnées Nouvelle-Aquitaine - Population 2021					
Département	Moins de 20 ans	Entre 20 ans et 59 ans	Entre 60 ans et 75 ans	75 ans et plus	Total
Charente	72 878	160 945	74 435	42 609	350 867
Charente-Maritime	131 526	292 192	151 659	86 027	661 404
Corrèze	46 972	107 575	52 835	32 402	239 784
Creuse	20 840	49 141	28 785	16 936	115 702
Dordogne	77 856	179 761	98 840	57 273	413 730
Gironde	378 455	853 119	274 397	148 999	1 654 970
Landes	87 857	195 015	90 476	49 628	422 976
Lot-et-Garonne	70 528	147 535	69 850	43 316	331 229
Pyrénées-Atlantiques	144 245	329 893	136 642	82 247	693 027
Deux-Sèvres	84 701	173 665	73 536	42 685	374 587
Vienne	101 539	210 747	80 704	46 395	439 385
Haute-Vienne	78 277	173 092	75 634	44 688	371 691
Nouvelle-Aquitaine	1 295 674	2 872 680	1 207 793	693 205	6 069 352

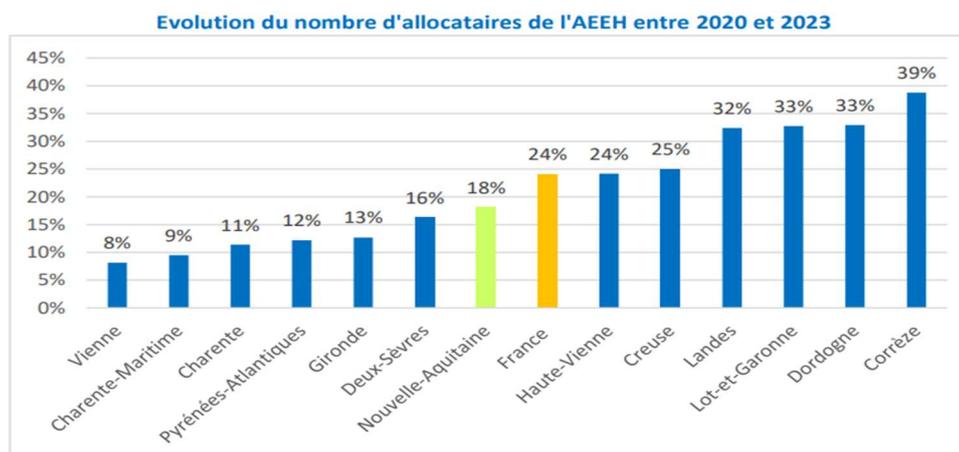
Handidonnées Nouvelle-Aquitaine - Population 2025					
Département	Moins de 20 ans	Entre 20 ans et 59 ans	Entre 60 ans et 75 ans	75 ans et plus	Total
Charente	70 171	158 815	74 539	46 684	350 209
Charente-Maritime	128 878	298 125	153 129	101 534	681 666
Corrèze	45 386	105 981	52 240	35 876	239 483
Creuse	20 297	47 419	28 025	18 362	114 103
Dordogne	76 380	177 669	100 192	63 473	417 714
Gironde	378 981	888 107	277 150	174 416	1 718 654
Landes	87 271	200 151	94 137	59 204	440 763
Lot-et-Garonne	69 227	145 815	69 564	47 766	332 372
Pyrénées-Atlantiques	141 545	335 348	141 985	94 604	713 482
Deux-Sèvres	81 437	172 421	73 680	46 777	374 315
Vienne	97 913	208 395	79 898	50 945	437 151
Haute-Vienne	75 863	171 905	73 640	49 889	371 297
Nouvelle-Aquitaine	1 273 349	2 910 151	1 218 179	789 530	6 191 209

En synthèse, la population en situation de handicap a évolué de 2,01 % entre 2021 et 2025. **Néanmoins, ce taux global masque l'évolution significative du nombre de personnes handicapées âgées de 75 ans et plus égale à + 13,90 % sur la période considérée.**

Handidonnées Nouvelle-Aquitaine - Evolution 2021 / 2025						
Année	2021	2022	2023	2024	2025	2025 / 2021
Moins de 20 ans	1 295 674	1 290 605	1 286 523	1 281 442	1 273 349	-1,72%
Entre 20 ans et 59 ans	2 872 680	2 895 247	2 902 412	2 906 494	2 910 151	1,30%
Entre 60 ans et 75 ans	1 207 793	1 213 294	1 213 282	1 214 910	1 218 179	0,86%
75 ans et plus	693 205	714 238	736 597	763 756	789 530	13,90%
Total	6 069 352	6 113 384	6 138 814	6 166 602	6 191 209	2,01%

En 2023, 40 700 enfants et adolescents étaient allocataires de l'AAEH en Nouvelle-Aquitaine, soit en moyenne, **31,6 allocataires pour 1000 habitants de moins de 20 ans** (de 19‰ en Vienne à 51‰ en Dordogne).

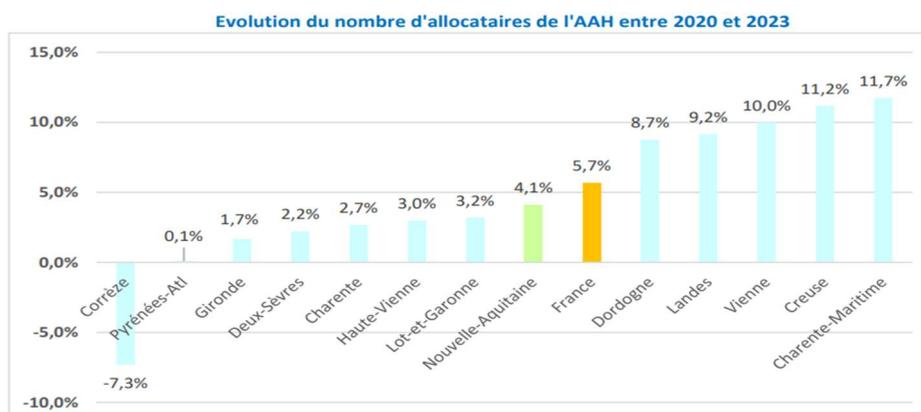
Depuis 2020, la Nouvelle-Aquitaine compte ainsi 6 200 allocataires de l'AAEH supplémentaires, **soit une augmentation de 18% en 3 ans** (de 8% dans la Vienne à 39% en Corrèze).



Sources : CNAF 2023, MSA 2023, INSEE 2023

S'agissant du public adulte, en 2023, 128 400 adultes étaient allocataires de l'AAH en Nouvelle-Aquitaine, **soit 39 allocataires pour 1000 habitants âgés de 20 à 64 ans** (de 29‰ en Vienne à 70‰ en Creuse).

Depuis 2020, la Nouvelle-Aquitaine compte ainsi 5 000 allocataires de l'AAH supplémentaires, **soit une augmentation de 4,1 % en 3 ans** (avec des variations allant de - 7% en Corrèze à + 12% en Charente-Maritime).



Sources : CNAF 2023, MSA 2023, INSEE 2023.

Par le biais de dispositifs et de politiques de financement, la Nouvelle-Aquitaine déploie une offre médicalisée en constante évolution pour répondre au mieux aux besoins des personnes concernées.

II. OFFRE ACTUELLE SUR LE TERRITOIRE REGIONAL

Secteur Enfance – Adolescence

En 2024, la Nouvelle-Aquitaine comptait 16 169 places installées dans les ESMS pour enfants et adolescents (0-20 ans) en situation de handicap contre 15 562 en 2021, soit + 3,9 %.

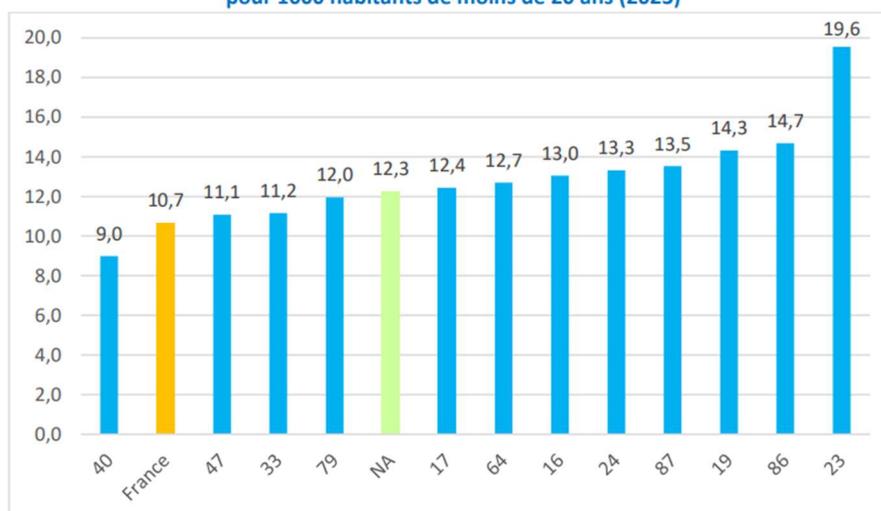
Parmi l'ensemble des établissements accueillant ce type de public, les IME et les SESSAD sont les structures disposant de la plus grande capacité installée et du taux d'équipement le plus élevé. A ce titre, on compte en Nouvelle-Aquitaine :

- 6 494 places installées dans 216 SESSAD soit 40,2 % des places installées au 31/12/2024 (+ 1 083 places par rapport au 31/12/2021, soit + 20%, et + 552 en 1 an, soit + 9,2%)
- 6 359 places installées dans 113 IME / IEM soit 39,3 % des places installées au 31/12/2024 (- 335 places par rapport au 31/12/2021)

Il est alors possible de constater les effets de la transformation de l'offre initiée au bénéfice du renforcement de l'offre de services et tout particulièrement de l'accompagnement en appui à une scolarité en milieu ordinaire.

En 2023, la Nouvelle-Aquitaine comptait 15 772 places installées dans les ESMS pour enfants et adolescents en situation de handicap dont 5 967 en SESSAD, soit **un taux global d'équipement de 12,3 places pour 1000 habitants de moins de 20 ans contre une moyenne nationale de 10,7 places.**

Nombre de places installées en ESMS pour enfants et adolescents en situation de handicap pour 1000 habitants de moins de 20 ans (2023)

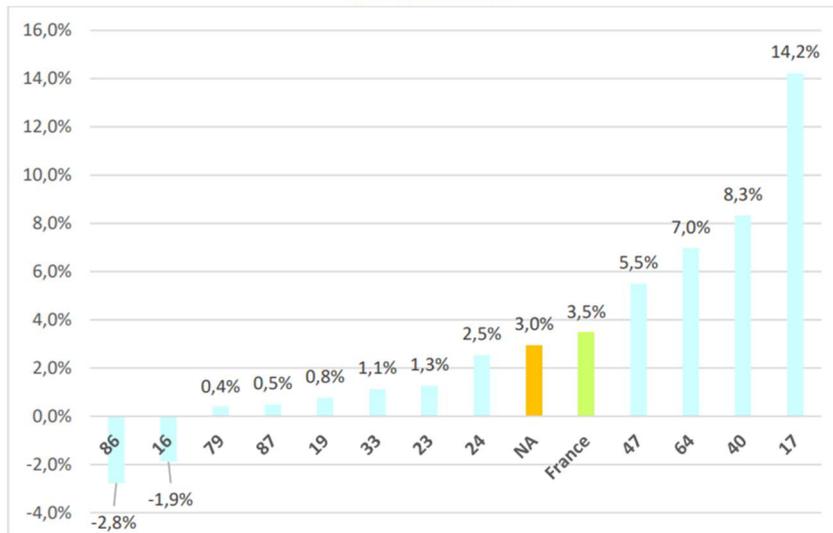


Sources : INSEE 2023, FINSS 2023

Les données par département montrent malgré tout, d'importantes disparités départementales.

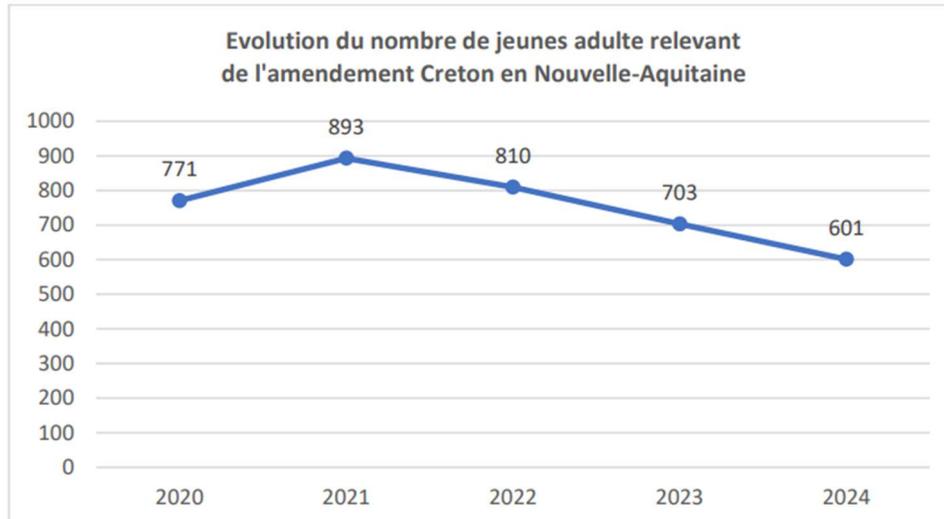
Entre 2020 et 2023, la capacité d'accueil en ESMS pour les enfants et adolescents a augmenté de 453 places (créées ex nihilo ou par transformation) en Nouvelle-Aquitaine, soit une évolution de 3%.

Evolution du nombre de places installées en ESMS pour enfants et adolescents en situation de handicap entre 2020 et 2023



Sources : INSEE 2023, FINES 2023

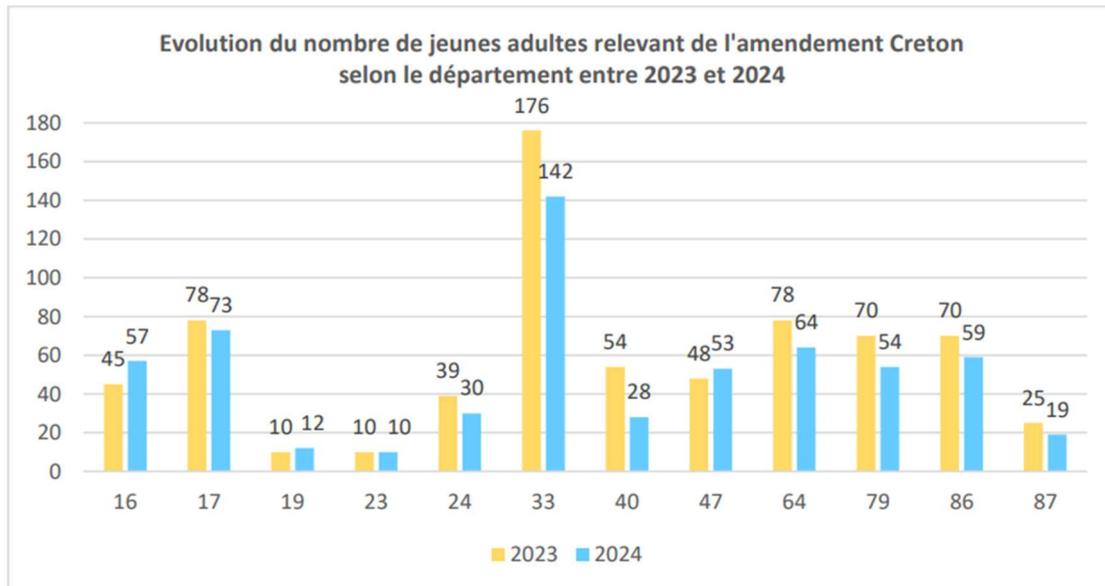
A noter également qu'en septembre 2024, 601 jeunes adultes relevaient de l'amendement CRETON. Cet effectif est en baisse pour la 3^{ème} année consécutive (- 33% depuis 2021).



Source : enquête auprès des MDPH 2024 – ARS Nouvelle-Aquitaine et CREAI – Exploitation : CREAI Nouvelle-Aquitaine

La grande majorité de ces jeunes adultes (91%) sont accompagnés par un ESMS situé dans le département où ils résident.

En moyenne, en Nouvelle-Aquitaine, 6,1% des places installées dans les ESMS (hors SESSAD) sont occupées par des jeunes relevant de l'amendement Creton (contre 7% en 2023).

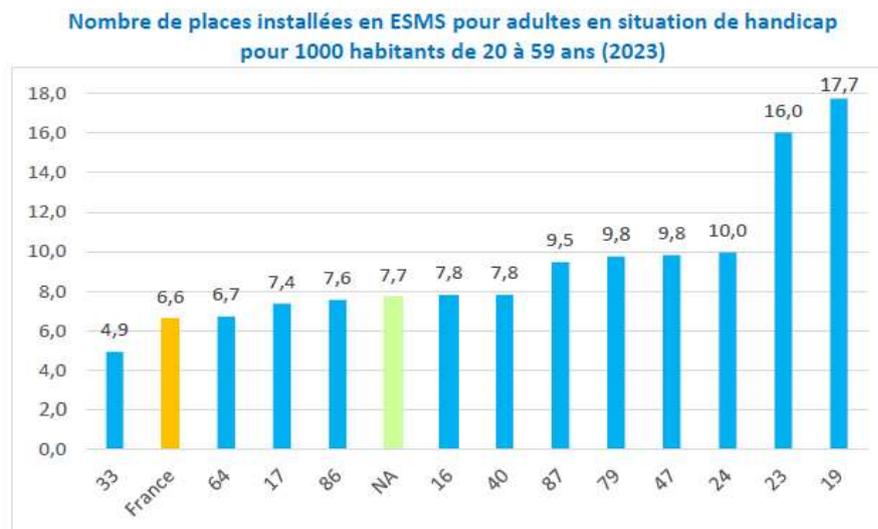


Source : enquête auprès des MDPH 2024 – ARS Nouvelle-Aquitaine et CREAI – Exploitation : CREAI Nouvelle-Aquitaine

Secteur Adultes

En 2024, le secteur adulte comptait quant à lui 22 145 places installées dans les ESMS pour adultes en situation de handicap (hors ESAT, CPO, CRP et UEROS) contre 21 878 en 2021, soit une quasi-stagnation (+ 1,2 %).

En 2023, le taux global d'équipement régional était de 7,7 places pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans, soit là encore un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale mais avec toujours de fortes disparités départementales.



Sources : INSEE 2023, FINISS 2023

Entre 2020 et 2023, en Nouvelle-Aquitaine, la capacité d'accueil en ESMS (hors ESAT, CPH, CRP et UEROS) a augmenté de 248 places (créées ex nihilo ou par transformation), soit une évolution de 1,1% contre une moyenne nationale de + 2,8%.

Evolution du nombre de places installées en ESMS pour adultes en situation de handicap entre 2020 et 2023



Sources : INSEE 2023, FINESS 2023

Parmi l'ensemble des établissements accueillant ce type de public **et placés sous la compétence de l'Agence Régionale de Santé**, 3 276 places sont installées dans 75 MAS soit 14,8% des places installées au 31/12/2024 (+ 179 places par rapport à 2021 pour seulement 3 MAS supplémentaires).

Enfin, s'agissant des **personnes handicapées vieillissantes (âgées de 50 ans et plus)**, le nombre de personnes accompagnées par un ESMS varie selon la catégorie et le département :

- En SAVS : de 30% à 54 % ;
- En SAMSAH : de 20 % à 53 % ;
- En EANM : de 26 % à 51 % ;
- En MAS-EAM : de 35 % à 62 %

(Source : TdB ESMS 2022)

La Nouvelle-Aquitaine présente des disparités importantes dans la répartition des places installées et les taux d'équipement entre chaque département, engendrant des inégalités en matière d'accès aux accompagnements médico-sociaux. Consciente de ces enjeux, l'ARS Nouvelle-Aquitaine s'appuie sur les politiques nationales pour réduire les inégalités d'accès à l'offre entre les départements et garantir à tous les Néo-Aquitains un accès équitable aux services de santé.

III. COMPOSITION DU PARC IMMOBILIER REGIONAL EN STRUCTURES D'HEBERGEMENT

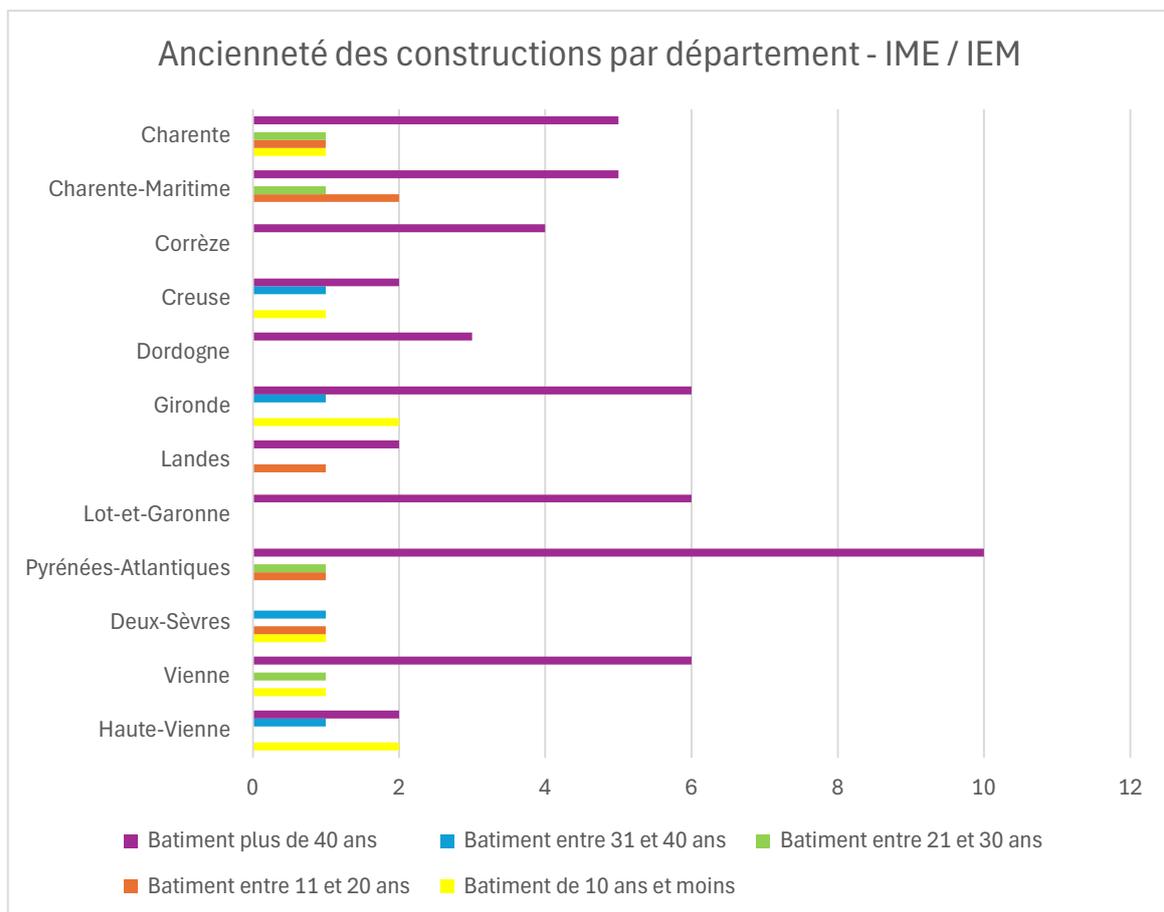
Instituts Médico Educatifs / Instituts d'Education Motrice

Les douze portraits de territoires réalisés avec les données du tableau de bord de la performance et déjà mentionnés dans le volet « Autonomie – Grand âge » du présent document complètent également l'état des lieux des établissements et services structurant le parcours de la personne handicapée.

Ainsi, d'après les données issues du dernier tableau de bord de la Performance de la campagne 2024 sur les données 2023, sur les 73 IME / IEM de Nouvelle-Aquitaine ayant répondu à cet item du questionnaire (sur un total de 113 existants) :

- 51 ont été construits depuis plus de 40 ans
- 4 entre 31 et 40 ans
- 4 entre 21 et 30 ans
- 6 entre 11 et 20 ans
- 8 datent de 10 ans et moins

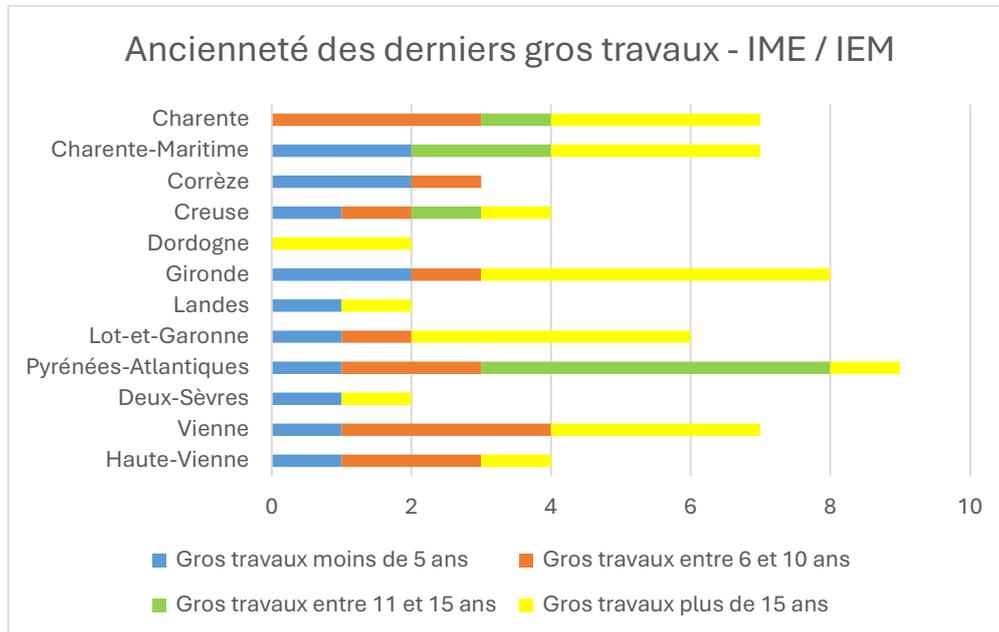
Les établissements construits depuis plus de 40 ans représentaient donc 70% des IME / IEM répondants.



De plus, sur 61 IME / IEM parmi ces 73 répondants :

- les derniers gros travaux (*) datent de plus de 15 ans pour 25 d'entre eux ;
- de 11 à 15 ans pour 9 IME/IEM ;
- de 6 à 10 ans pour 14 IME/IEM ;
- de 5 ans et moins pour 13 IME/IEM.

Ainsi, un tiers des établissements répondants n'ont pas réalisé de gros travaux immobiliers depuis plus de 15 ans (travaux impactant plus de 3 corps d'état sur plus de 50 % de la surface), alors que 27% ont entrepris d'importants travaux depuis moins de 10 ans.



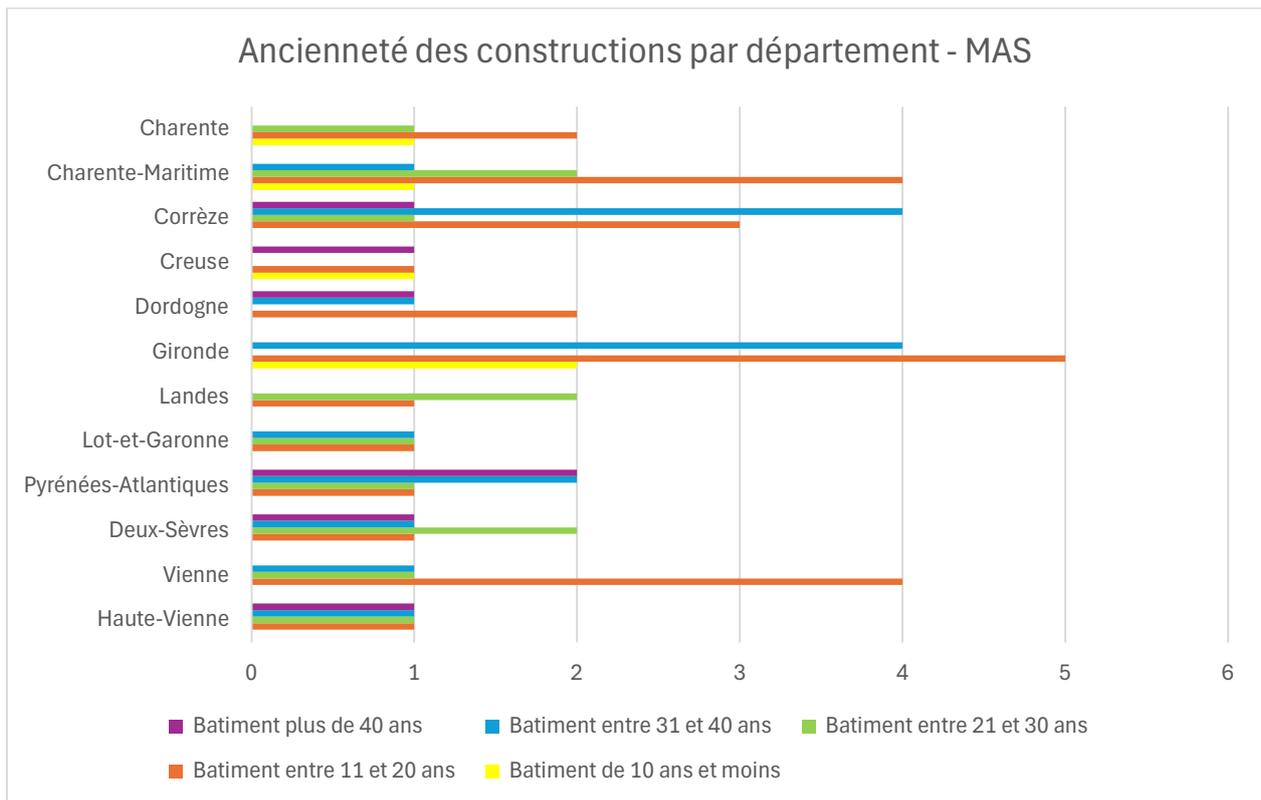
Source : Tableau de bord de la Performance – campagne 2024 sur les données au 31/12/2023

Maisons d'Accueil Spécialisées

D'après les données issues du dernier tableau de bord de la Performance de la campagne 2024 sur les données 2023, sur les 66 MAS de Nouvelle-Aquitaine ayant répondu à cet item du questionnaire (sur un total de 75 MAS existantes) :

- 7 ont été construites depuis plus de 40 ans
- 16 entre 31 et 40 ans
- 12 entre 21 et 30 ans
- 26 entre 11 et 20 ans
- 5 datent de 10 ans et moins

Contrairement aux IME / IEM, ce parc immobilier est donc relativement plus récent puisque les MAS construites depuis plus de 40 ans ne représentaient que 11% des MAS répondantes alors que celles présentant moins de 20 ans d'ancienneté représentaient 47 % du parc de MAS répondantes à cet item dans le tableau de bord de la performance.

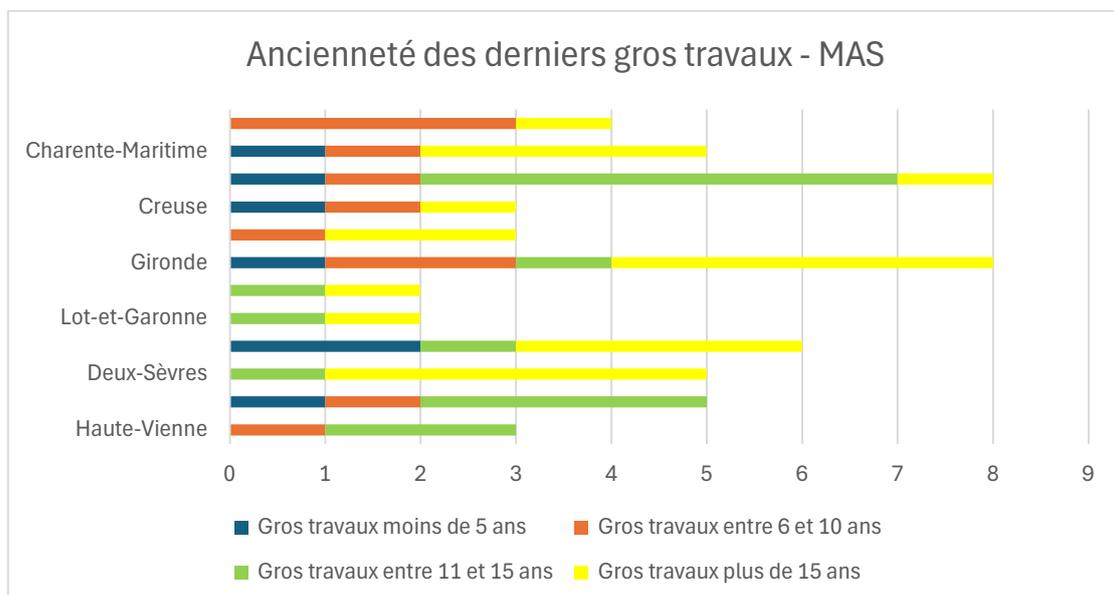


Source : Tableau de bord de la Performance – campagne 2024 sur les données au 31/12/2023

Sur 54 MAS parmi ces 66 répondantes :

- les derniers gros travaux (*) datent de plus de 15 ans pour 21 d'entre eux ;
- de 11 à 15 ans pour 15 MAS ;
- de 6 à 10 ans pour 11 MAS ;
- de 5 ans et moins pour 7 MAS .

Ainsi, 42% des MAS répondantes ont réalisé de gros travaux immobiliers depuis moins de 10 ans (*travaux impactant plus de 3 corps d'état sur plus de 50 % de la surface*), ce qui sous-entend là aussi un parc immobilier moins vétuste que les structures d'hébergement pour enfants et adolescents.



Source : Tableau de bord de la Performance – campagne 2024 sur les données au 31/12/2023

LES ATTENDUS NATIONAUX

Le Président de la République a annoncé en Conférence nationale du handicap (CNH), le 26 avril 2023, un plan massif de création de 50 000 nouvelles solutions à horizon 2030, pour apporter une réponse aux personnes en situation de handicap aujourd'hui sans solution adaptée à leurs besoins.

Ce plan « 50 000 solutions » vise à la fois un rattrapage de l'offre et son renforcement pour les publics sans solution à ce jour ou sans accompagnement adapté : enfants et adultes nécessitant un accompagnement renforcé (personnes polyhandicapées, avec troubles du neurodéveloppement...), jeunes adultes en situation d'amendement Creton, enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et ayant un handicap, personnes handicapées vieillissantes (PHV), personnes avec un handicap psychique ou cognitif nécessitant notamment un accompagnement à domicile.

L'objectif des mesures CNH vise la création d'offres nouvelles (solutions, places, dispositifs) permettant d'augmenter le service rendu à la population tout en poursuivant et amplifiant la transformation de l'offre médico-sociale.

Pour rappel, les objectifs de la transformation de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap sont les suivants :

- Vivre en milieu ordinaire avec un accompagnement adapté en ayant pour principe directeur l'**autodétermination** des personnes dans leur projet de vie favorisant la participation sociale et citoyenne des personnes ;
- Faciliter l'accès et l'intervention des **dispositifs de droit commun** tout en conservant l'accès aux dispositifs dédiés dès lors que le milieu ordinaire n'est pas ou plus adapté ;
- Offrir sur chaque territoire de vie une **offre de prestations graduées**, dans une approche populationnelle ;
- Faire évoluer l'offre d'accompagnement vers une logique de « **prestations** » plutôt que de places en réponse à des besoins parfois complexes ;
- Répondre à des **besoins spécifiques et parfois complexes** en fonction de nature du handicap ;
- Décloisonner les actions des services de l'ASE de ceux du médico-social afin d'offrir davantage de cohérence d'accompagnement auprès d'enfants dont les besoins relèvent des prestations des deux secteurs.

Dans une logique de subsidiarité au milieu ordinaire, les dispositifs spécialisés ne doivent être mobilisés que pour répondre à une demande exprimée par les personnes et à des besoins spécifiques ou complexes.

Des réponses privilégiant la logique de parcours doivent être déployées, notamment pour les adultes maintenus en établissement pour enfant et les personnes handicapées vieillissantes. Ainsi, le déploiement de solutions pour les adultes accompagnés au titre de l'amendement Creton est priorisé pour apporter une réponse appropriée aux adultes concernés mais également pour créer des solutions pour les enfants aujourd'hui en attente d'accompagnement.

Une programmation pluriannuelle des solutions à développer ou à transformer 2024-2030 est établie en étroite relation avec les Conseils départementaux dans la gouvernance de ce plan « 50 000 solutions ».

Doté d'une enveloppe nationale inédite de 1,5 milliard d'euros mobilisable entre 2024 et 2030, ce plan fait l'objet d'une déclinaison régionale pluriannuelle, matérialisée par des enveloppes allouées aux ARS en fonction d'une logique de rattrapage qui bénéficie en priorité aux territoires les moins bien dotés (la Nouvelle-Aquitaine ne fait pas partie des régions prioritaires) et d'une logique de développement de l'offre fondée sur les projections populationnelles à l'horizon 2030.

L'enveloppe pluriannuelle régionale d'un montant total de 105,80 millions d'euros est répartie en trois catégories de financement :

- Les crédits « socles » enfants et adultes : 67,89 M€
- Les crédits « repérage et accompagnement précoce » : 8,82 M€
- Les crédits « appui aux établissements scolaires par le secteur médico-social/ école » : 29,09 M€

Les crédits « socles » sont destinés au développement de nouvelles solutions d'accompagnement inclusives à destination des publics enfants et adultes ne disposant pas de solutions adaptées à leur situation.

Les crédits « repérage et accompagnement précoce » doivent accompagner la mise en place des parcours diagnostic et d'intervention précoce (parcours 0-6 ans, parcours initiés dans le cadre des Plateformes de coordination et d'orientation sur les TND (PCO), renforcement des CAMPS...).

Les crédits « école », enfin, permettront de mobiliser des ressources médico-sociales pour assurer des interventions directes à l'école (hors notification CDAPH). Ces crédits sont exclusivement fléchés à la mise en place des Pôles d'appui à la scolarité (PAS) coordonnés par l'Education Nationale.

Une première enveloppe 2024 – 2027 doit permettre de renforcer la capacité d'ingénierie des territoires, indispensable pour engager un mouvement profond de transformation de l'offre, pour accélérer l'émergence de nouvelles solutions modulaires et tournées vers le milieu ordinaire, et passer d'une logique de place à une logique de services coordonnés au bénéfice de la personne.

Cette enveloppe intègre une dimension de soutien à l'investissement et d'appui à l'ingénierie. Ses conditions de mobilisation ont été précisées dans l'instruction du 8 juillet 2024.

DECLINAISON REGIONALE DE LA POLITIQUE NATIONALE

La mise en œuvre du plan national « 50 000 solutions » en Nouvelle-Aquitaine s'appuie sur une enveloppe totale régionale de 105,8 millions d'euros pour la période 2024 à 2030, notifiée à l'ARS par la CNSA.

I. LES SITUATIONS ET PUBLICS PRIORITAIRES

En cohérence avec les priorités nationales, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a déterminé **trois grandes priorités** de renforcement / amélioration / transformation de l'offre via les crédits CNH :

- **Le parcours des jeunes maintenus en établissements enfants sous amendement Creton**
- **Le vieillissement des personnes handicapées.**

Le nouveau Schéma régional de santé (SRS) pose le constat qu'une avancée en âge dans son lieu de vie habituel est un enjeu majeur pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap et leurs aidants. Afin d'anticiper les besoins liés à l'apparition de signes de vieillissement, de prévenir les risques de rupture de parcours mais également d'accompagner au plus près et en fonction des volontés et des choix des personnes, le schéma fixe comme objectifs prioritaires la nécessité d'anticiper les risques liés au vieillissement de la personne en situation de handicap et d'adapter l'offre médico-sociale en proposant une réponse graduée.

L'accroissement du public handicap vieillissant nécessite la création de solutions nouvelles d'accompagnement qui constituent une des priorités du gouvernement. Il s'agit par conséquent pour les opérateurs médico-sociaux des secteurs du handicap et de la personne âgée concernés de s'inscrire dans une démarche de responsabilité populationnelle et un partenariat territorial structuré (possiblement en plateforme de service) afin de proposer une palette d'offres coordonnées par territoire permettant une fluidité des parcours, dans le respect des choix de vie de la personne.

En Nouvelle-Aquitaine, le nombre global de personnes âgées de 50 ans ou plus en situation de handicap peut être estimé à près 37 000 () :

- 27 000 personnes qui vivent à domicile dont seulement 10% (2 800) accompagnées par un SAVS ou un SAMSAH
- 7 200 personnes qui vivent en établissements pour adultes handicapés dont moins de 50% en structure médicalisée
- 2 500 personnes en situation de handicap accueillies en EHPAD, la plupart du temps en structure médicalisée.

Source : Handidonnées « Les personnes en situation de handicap vieillissantes en Nouvelle-Aquitaine Décembre 2022 »

- **Les enfants en situation de handicap et ayant une mesure ASE**

Améliorer la coopération entre les secteurs de la protection de l'enfance et du médico-social apparaît aujourd'hui prioritaire compte tenu du nombre d'enfants concernés par cette double vulnérabilité (minimum 25 % des enfants sous mesure ASE ont une orientation handicap). Les enjeux pour ces deux secteurs sont donc la sensibilisation, la formation des professionnels de l'ASE à la détection, la

compréhension et l'accompagnement des troubles liés à un handicap à des fins préventives et ainsi éviter les ruptures de parcours (hospitalisations notamment), et favoriser le renforcement des coopérations entre les équipes de l'ASE, du médico-social et le déploiement de structures de répit ou d'accompagnement renforcé à compétence mixte (ARS/CD).

Des enveloppes CNH spécifiques ont été identifiées pour ces 3 grandes priorités avec un levier financier important sur le **parcours des jeunes adultes Creton**. En effet, **20 millions d'euros** sont dédiés à cet axe dans la programmation CNH de Nouvelle-Aquitaine. Ces 20 millions intègrent 3.8 millions d'euros de marge régionale réaffectés à cet objet dans le cadre de la stratégie régionale CNH, venant en sus des crédits CNH affectés à cet objet.

10 millions d'euros sont par ailleurs dédiés au renforcement de l'offre pour l'accompagnement du vieillissement du handicap.

L'ensemble des crédits dédiés à la création des 50 000 solutions ont été pré-répartis au niveau des départements. Aussi, chaque département bénéficie d'une enveloppe financière pour les 3 types de crédits (école, socle, repérage précoce) afin d'établir une programmation pluriannuelle jusqu'en 2030. Les enveloppes par territoire ont été réparties selon une logique de rééquilibrage de l'offre en se basant sur l'euro alloué par l'ARS (crédits Assurance maladie) par habitant handicapé pour les crédits socles, et en intégrant des données populationnelles relatives aux publics prioritaires par département (nombre de personnes en situation d'amendement Creton, nombre de personnes handicapées vieillissantes).

La mise en œuvre régionale de la stratégie nationale pour les troubles du neuro-développement 2023 – 2027 (autisme, troubles DYS, TDAH, Troubles du développement intellectuel) se décline également dans le plan régional 50 000 solutions de l'ARS. En ce qui concerne le renforcement de l'offre médico-sociale d'accompagnement, il est envisagé notamment la création de SESSAD interventions précoces dans les départements non pourvus, d'équipes ressources territoriales pour l'appui à la gestion des situations complexes dans les ESMS, la création de places de MAS et d'EAM TSA selon les besoins identifiés...

La création de places avec hébergement dans les établissements de l'enfance devra répondre aux situations nécessitant un accompagnement renforcé (double vulnérabilité, profils cliniques complexes...) et s'inscrire dans une offre modulaire et diversifiée d'accompagnement, conformément au passage en dispositif intégré prévu par le décret du 5 juillet 2024.

II. LES AIDES A L'INVESTISSEMENT

Plusieurs vecteurs financiers d'accompagnement

Le Fonds d'appui à la transformation comporte différentes sous-enveloppes de mesures financières :

- **Un « Appui aux coopérations et à l'ingénierie régionale »** : ces crédits, notifiés dès l'année 2024, sont destinés au financement de prestations intellectuelles et d'accompagnement dans un objectif de transformation de l'offre. Ils seront notamment dédiés en Nouvelle-Aquitaine à l'accompagnement, selon une approche territorialisée de l'offre de service, du passage au fonctionnement en dispositif pour les établissements et services du champ de l'enfance.

Les prestations intellectuelles financées en amont d'un projet immobilier, notamment d'opérations immobilières complexes, s'imputent également sur cette enveloppe, mais elles doivent rester minoritaires. Ces prestations doivent se situer à l'étape « réflexion » sur une possible future opération à venir éligible au PAI Immobilier.

A contrario, si ces prestations et études sont directement liées au bâti (telles que : diagnostiques, géotechniques, pollution des sols, étude avant-projet sommaire (APS), conduite d'opération...) et comprises dans une opération immobilière globale, elles seront financées sur l'enveloppe « PAI immobilier » (cf infra).

Par conséquent, un même projet ne peut pas cumuler sur un même millésime une aide dite « prestations intellectuelles » et une aide dite « immobilier ».

- **Un « PAI « numérique »** pour poursuivre les efforts entrepris dans le cadre du Ségur du numérique et de les prolonger par une véritable intégration du numérique dans les usages des professionnels au bénéfice des personnes accompagnées. Cette enveloppe sera mise à disposition et précisée en 2026.
- **Un PAI « équipements techniques et technologiques »** afin d'adapter la prise en charge aux nouveaux standards qualitatifs et d'améliorer l'attractivité des métiers en luttant notamment contre la sinistralité. Elle sera mise à disposition et précisée en 2025.
- **Un « PAI immobilier » qui doit constituer un levier pour engager les organismes gestionnaires dans des transformations de leur bâti au service de l'amélioration des conditions de vie des personnes accueillies comme de celles des professionnels** en cohérence avec les objectifs de la CNH.

Deux enveloppes viennent compléter ces quatre sous-enveloppes :

- un « Appui national au bénéfice des acteurs territoriaux »
- un « PAI habitat inclusif ».

L'enveloppe « Plan d'Aide à l'Investissement immobilier »

D'un montant de 147,5 M€ à l'échelle nationale, **11,82 M€ d'aides à l'investissement seront alloués à l'ARS Nouvelle-Aquitaine sur la période 2024 – 2027 qui devront être orientés vers les projets les plus transformants** (poursuivant les objectifs mentionnés supra de transformation de l'offre) **intégrant une offre avec hébergement.**

Par exemple, des projets qui prévoient :

- un fonctionnement en dispositif intégré ou en plateforme de services ;
- le déploiement d'une prise en charge hors-les-murs ou incluant la possibilité d'une prise en charge dans le droit commun et/ou en coopération avec d'autres ESMS.

A contrario, les projets prévoyant seulement des mises aux normes ou des travaux de performance énergétiques ne sont pas éligibles.

Peuvent donc être accompagnés financièrement :

- les projets qui s'inscrivent dans les objectifs de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap : approche transversale, logique de parcours coordonnés/plateforme de services coordonnés, diversité des besoins, accompagnement individualisé et en proximité des lieux de vie des personnes, logique d'inclusion, aspect modulaire ...
- les projets à destination des publics cibles prioritaires au sens de la CNH, notamment ceux ne disposant pas de solutions adaptées à leur situation y compris pour leurs aidants : Troubles du Neuro Développement (TND) dont Troubles du Spectre Autistique (TSA), troubles psychiques, polyhandicap ou personnes souffrant de maladies rares évolutives, enfants relevant de l'ASE en situation de handicap, les jeunes en aménagement Creton, les Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV), ...

En application de l'instruction DGCS du 8 juillet 2024, un « **bonus financier** » peut être accordé pour les dossiers pour lesquels les gestionnaires ont fait l'effort de trouver des cofinancements ou dans le cadre d'un accord global avec un Conseil départemental.

L'instruction technique et financière de l'opportunité et de la soutenabilité des projets est essentielle ; elle nécessite de disposer d'éléments décisionnels pour orienter ces aides en priorité vers les établissements et services médico-sociaux (ESMS) **dont la capacité d'autofinancement de l'organisme gestionnaire est faible.**

INSTRUCTION DES DEMANDES D'AIDE A L'INVESTISSEMENT IMMOBILIER

Partie commune aux deux volets

CRITERES DE SELECTION DES DOSSIERS ELIGIBLES AU PAI IMMOBILIER

La programmation des opérations a pour objectif d'identifier les projets immobiliers éligibles au PAI et de prioriser les plus matures à soumettre à l'instruction en vue d'une aide à l'investissement.

La méthode utilisée pour définir la programmation annuelle s'opère en 2 étapes :

- Une présélection des projets au regard des critères d'éligibilité ;
- Puis une sélection des projets au regard des critères de maturité.

I. LA PRESELECTION DES PROJETS ELIGIBLES (Janvier à Mars de l'année N)

Cette étape vise à identifier et recenser les projets d'investissements immobiliers structurants éligibles pouvant à ce titre faire l'objet d'une demande d'aide dans le cadre du PAI. Elle permet de constituer un vivier de projets dans une approche pluriannuelle.

Cette présélection est élaborée :

- D'une part, à partir du vivier constitué lors des années précédentes dans le cadre du plan « SEGUR Personnes âgées » ayant permis un recensement des opérations sur les 10 prochaines années,
- Et d'autre part, à partir de la consultation des délégations départementales de l'ARS qui permet d'identifier des projets au regard du besoin sur le territoire en matière d'offre, de l'opportunité du projet en termes de transformation de l'offre, de la réponse aux orientations nationales et à la stratégie régionale notamment à l'objectif de l'EHPAD de demain et du plan régional « 50 000 solutions » de la Conférence Nationale du Handicap (CNH).

Les projets présélectionnés s'inscrivent de fait en réponse aux attendus nationaux et aux priorités régionales décrites ci-dessus.

L'urgence à agir au regard de l'impact de la vétusté des locaux sur la sécurité et la qualité de la prise en charge (sécurité incendie, ...) est également à prendre en compte.

Sur le champ Personnes en situation de handicap, les ESAT ne sont pas éligibles au PAI Immobilier.

Sur le champ Personnes âgées et conformément à l'instruction PAI, **seuls les établissements et services habilités à l'aide sociale peuvent bénéficier d'une aide à l'investissement**. Cette aide porte sur les travaux concernant les capacités existantes pour les seules capacités autorisées et habilitées à l'aide sociale.

II. LA SELECTION DES PROJETS MATURES (Mars - Mai de l'année N)

Cette étape vise à identifier et prioriser, parmi les opérations identifiées en étape 1, les projets que l'ARS souhaite accompagner au regard de leur maturité, et qui pourront être déposés en vue d'une demande d'aide PAI.

Seules les opérations matures et identifiées au préalable par l'Agence pourront être confirmées dans la programmation départementale.

Les critères de maturité d'une opération sont les suivants :

- Définition et **validation préalable du volet offre et capacitaire du projet** (principalement par la DPSA avec les Délégations départementales concernées et le cas échéant, par le Conseil départemental).
- Un projet ayant fait l'objet d'une à plusieurs réunions **d'échanges préalables avec les personnes en charge de l'instruction de l'opération** (chefs de projet, IR-EI et Délégations départementales concernés), et d'une visite sur site dans la mesure du possible par l'ingénieur régional – expert immobilier.

Le but pour l'ARS est d'apprécier au plus tôt le dossier présenté et pouvoir éventuellement l'adapter pour répondre aux attendus nationaux et régionaux, notamment en termes d'organisation fonctionnelle, de surfaces et de coûts, de prise en compte des risques (submersions, inondations, pollutions, radon...) d'enjeux environnementaux et de QVCT, ...

Suivant la complexité du projet, l'IR-EI pourra être amené à proposer la mise en place d'un accord de méthode permettant de formaliser les modalités de travail avec l'établissement.

- Un projet répondant aux **critères d'éligibilité de la présente SRIS** : orientations nationales et objectifs régionaux.
- Un projet dont l'avancée de la programmation architecturale permettra de fournir un PTD complet lors du dépôt de dossier.

Sur le plan architectural, la maturité est appréciée selon différents stades d'avancement de l'opération :

- **Initial** : études préalables (état des lieux, schéma directeur immobilier, programmation architecturale) enjeux et potentiel patrimoine existant >.

Echéance de réalisation : M – 6 à 12 mois avant le dépôt du dossier

- **Standard** : étude de faisabilité intégrant différents scénarios, traduction des besoins en termes bâtimentaires, élaboration d'un programme technique détaillée (PTD) >.

Echéance de réalisation : M – 4 à 6 mois avant le dépôt du dossier

- **Avancé** : formalisation du scénario retenu, définition des caractéristiques et exigences techniques, ambition environnementale, cahier des charges pour l'équipe de MOE > 2 à 3 mois.

Echéance de réalisation : M – 2 à 4 mois avant le dépôt du dossier

- Un projet **soutenable financièrement**.

L'ESMS doit avoir la capacité de :

- porter financièrement son projet en complément de l'aide PAI (auto-financement et/ou recours à l'emprunt).
- et de déposer un PPI comportant le coût stabilisé du projet, le recours à l'emprunt possible, ...

Pour les EHPAD, le prix de journée projeté à l'ouverture après réalisation du projet doit être inférieur ou égal au plafond fixé par le Conseil départemental. D'une façon générale, le projet doit déjà être validé dans les grandes lignes par le Conseil Départemental (capacitaire, volet immobilier, PJH, aides éventuelles).

Pour les EHPAD adossés à un Centre Hospitalier public, la soutenabilité financière et la capacité de recourir à l'emprunt doivent être appréciées à l'échelle du Plan Global de Financement Pluriannuel, document unique globalisant les budgets H, E et autres.

Les arbitrages finaux viseront également à un rééquilibrage de l'effort de financement de la politique Personnes Agées entre financeurs (ARS et Conseils départementaux) sur les différents territoires, selon les données communiquées par la DRFIP.

Seuls les établissements sélectionnés à ce stade seront invités au webinaire de lancement et de présentation de la campagne PAI.

III. L'INTEGRATION DES ENJEUX ENVIRONNEMENTAUX :

Le respect des normes énergétiques et environnementales reste une préoccupation forte pour l'ARS Nouvelle-Aquitaine : une attention particulière est portée, au sein des projets d'investissement, à l'intégration de la rénovation énergétique et au recours aux énergies renouvelables améliorant les performances énergétiques et la vie quotidienne des personnes et du personnel.

Les attentes en matière de qualité environnementale et de décarbonation sont mentionnées dans le tableau des priorités nationales et des attendus régionaux (volet Autonomie) pour intégration dans les projets immobiliers.

Il s'agit, pour les projets prioritaires, c'est-à-dire dont le besoin est avéré (besoin technique-vétusté, inadaptation, adaptation de l'offre) et dont la faisabilité est confirmée (technique, financière, calendaire), de favoriser les démarches d'éco-conception et de construction à haute qualité environnementale et d'inciter les promoteurs à s'y engager, notamment par le biais des modalités financières d'accompagnement. En cela, la performance environnementale n'est pas tant une priorité qu'un objectif assigné aux porteurs de projets. Selon le niveau de performance, une bonification de l'aide pourra être apportée.

Les critères d'analyse sont les suivants. Les établissements seront invités à renseigner dans une annexe dédiée (jointe au dossier d'instruction de l'aide PAI de la CNSA) et à justifier leurs assertions, ce qui permettra de juger si le critère décrit est atteint de manière forte, moyenne ou faible et d'étudier le bénéfice, d'une bonification financière.

Si les critères d'analyse de l'engagement des ESMS en matière de développement durable et de performance environnementale relèvent au début de cette SRIS de l'auto-déclaration, ces derniers ont vocation à devenir davantage contraignants au fur et à mesure de l'évolution des outils et doctrines nationaux et régionaux disponibles (par exemple, référentiel écoresponsable pour l'hébergement en ES/ESMS, autres labels ou formes de reconnaissance). Ainsi, les critères comme leurs modes d'évaluation seront revus au cours de la mise en œuvre de la SRIS.

Un suivi des opérations aidées est assuré par l'ARS auprès des établissements (revues de projet, communautés de pratiques, contrôles financiers, ...).

IV. LA SOUTENABILITE FINANCIERE DU PROJET :

Les projets immobiliers doivent être prioritairement financés dans le cadre du fonctionnement courant des établissements et services.

Le mode de financement habituel des investissements structurants est le recours à l'emprunt diminué de l'autofinancement de l'établissement et des apports possibles du gestionnaire.

L'aide à l'investissement PAI pourra être mobilisée pour les projets suscitant :

- un recours très lourd à l'emprunt
- un impact budgétaire important
- et dont les surcoûts générés entraineraient une évolution très forte du prix de journée (tarif hébergement).

Tout en visant à une répartition homogène et stratégique de l'enveloppe régionale disponible, l'ARS étudie la soutenabilité financière de chaque projet d'investissement. Celle-ci vise à rendre opérant le plan de financement prévisionnel et à l'optimiser, c'est-à-dire à rechercher la meilleure mobilisation possible de ressources affectées aux financements des investissements (fonds propres disponibles, aides, subventions locales, PAI CNSA, Crédits non reconductible ARS, emprunts bancaires...), et ceci afin de contenir l'évolution des surcoûts budgétaires.

L'aide de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) **doit intervenir en complément et non en substitution de l'engagement des autres financeurs (État, collectivités locales mais également les ESMS**

eux-mêmes). L'établissement doit, dès lors, démontrer sa capacité à mobiliser des fonds complémentaires, soit par l'auto-financement, soit par l'apport de financement de l'organisme gestionnaire, soit par l'emprunt en vue de financer le projet, étant entendu que la subvention accordée.

Les surcoûts budgétaires peuvent également faire l'objet de crédits non reconductibles (CNR) après optimisation des plans de financement, dans le respect de la dotation régionale limitative.

MODALITES DE CALIBRAGE DES AIDES ET DE SELECTION DES OPERATIONS

I. PRE-CALCUL DE LA DEMANDE DE SUBVENTION PAR LE DEMANDEUR

L'aide PAI est à précalculer et à intégrer dans le dossier de demande de subvention PAI ainsi que dans le projet de PPI : l'hypothèse de travail prise en compte par les établissements ne doit pas excéder :

- **Sur le champ Autonomie – Grand âge : 15%** de la dépense subventionnable, selon les modalités de calcul décrites dans l'instruction de la CNSA.
A noter que les travaux réalisés dans les structures pour personnes âgées dont les capacités sont partiellement habilitées à l'aide sociale sont éligibles à due concurrence de la proportion des places habilitées. L'aide sera donc calculée proportionnellement au nombre de places habilitées.
- **Sur le champ Handicap : 60%** de la dépense subventionnable, selon les modalités de calcul décrites dans l'instruction de la CNSA.

Attention, ce taux ne vaut pas engagement de l'ARS.

Le projet de PPI sera à présenter en deux versions, avec ou sans aide PAI précalculée.

Sur le champ Autonomie-Grand âge : ces deux versions devront faire l'objet d'une information et d'une concertation avec le Conseil Départemental pour accord sur l'opportunité du projet d'investissement ainsi que sur la projection du PJH.

L'instruction par l'ARS vise à vérifier essentiellement deux points :

- La soutenabilité du plan de financement, par la bonne prise en compte des paramètres financiers (autofinancement possible, subventions acquises et demandées, montants, durées et taux des emprunts complémentaires nécessaires, utilisation des réserves et provisions etc...), son équilibre global et son optimisation possible.
- La sincérité du tableau des surcoûts d'exploitation (décliné en évolution du Prix de Journée Hébergement le cas échéant aidé ou non aidé).

L'ensemble des opérations doivent respecter les dispositions du code de la commande publique et l'ensemble des règles de mise en concurrence et de publicité pour une utilisation optimisée des deniers publics. En outre, les opérations respecteront l'ensemble des réglementations en vigueur, et notamment celles concernant la sécurité et l'accessibilité des résidents et des personnels, la QVCT.

A compter de l'exercice 2025 et conformément aux précisions apportées par la DGCS, le montant subventionnable **sera calculé sur le montant de projet hors taxe, sauf pour les ESMS ne récupérant pas la TVA (calcul sur le montant TTC).**

Pour le cas spécifique des projets d'investissements avec portage par bailleurs et destinés à des établissements locataires, le dossier à déposer sera constitué de documents spécifiques précisés dans la lettre de cadrage.

A noter que cette modalité entraîne des surcoûts de financement et de gestion et que, dans ce contexte, l'aide PAI sert essentiellement à couvrir les surcoûts de gestion du bailleur intégrés à la redevance.

Néanmoins, les ESMS souhaitant déposer un dossier porté avec bailleur devront accompagner leur dossier de pièces complémentaires avec d'assurer une expertise complète du dossier à savoir :

- Un tableau de décomposition de la redevance
- Une fiche de répartition des obligations de réparations et d'entretien entre le propriétaire et le gestionnaire. Cette fiche sera signée par les parties prenantes en vue de la rédaction du futur contrat de bail.

Pour le cas spécifique des dossiers de demande PAI porté par un EHPAD Hospitalier, l'étude d'une aide potentielle et la soutenabilité du projet immobilier prendront en compte l'ensemble des investissements et des financements prévus sur les 5 prochaines années pour les budgets H, E et autres.

Les documents à compléter par les bailleurs sociaux ainsi que par les EHPADS Hospitaliers se trouvent sur le site internet de l'ARS Nouvelle-Aquitaine :

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plans-daides-linvestissement-immobilier-en-nouvelle-aquitaine>

II. DEFINITION DE L'AIDE PAR L'ARS

Projets du champ Autonomie – Grand âge :

L'aide à l'investissement sera conditionnée à une transformation de l'offre et à une adéquation du projet au regard des orientations régionales.

Le plafond de subvention maximum est égal à **15 % de la dépense subventionnable**.

Ce plafond sera modulé en fonction :

- De la situation budgétaire et financière des établissements ;
- Des co-financements éventuels ;
- De la consommation de l'enveloppe régionale.

Ce plafond pourra exceptionnellement être relevé jusqu'à **25% de la dépense subventionnable** sous réserve du respect des conditions suivantes :

- Le relèvement du plafond de l'aide permet à l'établissement porteur du projet immobilier, de présenter un plan de financement garantissant une trésorerie de sécurité au moins égale à 30 jours de charges d'exploitation.
Cette condition traduit la volonté de l'ARS de soutenir les projets portés par les établissements qui rencontrent des difficultés financières sans être pour autant dans l'impossibilité de compléter le financement alloué par l'Agence.
- L'accompagnement supplémentaire de l'ARS Nouvelle-Aquitaine s'inscrira dans sa volonté de rééquilibrage des financements de la politique du Grand âge sur les territoires entre l'Agence et les Conseils départementaux, selon les données communiquées par les DRFIP.

Cas particulier des tiers-lieux :

A compter de l'année 2025, la CNSA n'octroie plus d'enveloppe PAI dédiée aux tiers-lieux.

Pour autant, ceux-ci s'inscrivant pleinement dans les priorités régionales de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, les projets d'investissement portant sur les tiers-lieux et respectant le cahier des charges défini par la CNSA pourront être accompagnés dans le cadre de l'enveloppe PAI Immobilier Personnes Agées selon les crédits disponibles.

Projets du champ Handicap

Comme sur le champ PA, l'aide à l'investissement sera conditionnée à une transformation de l'offre et à une adéquation du projet au regard des orientations régionales.

Le plafond de subvention maximum est égal à **60 % de la dépense subventionnable**.

Ce plafond est modulé en fonction :

- De la situation budgétaire et financière des établissements ;
- Des co-financements éventuels ;
- De la consommation de l'enveloppe régionale.

A noter que l'instruction DGCS du 8 juillet 2024 relative à la création d'un Fonds d'appuis à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2027, préconise d'orienter en priorité les aides PAI immobilier vers les établissements et services médico-sociaux **dont la capacité d'autofinancement de l'organisme gestionnaire est faible**.

Les crédits non reconductibles « investissements »

Chaque année, en complément des enveloppes de la CNSA, l'ARS Nouvelle-Aquitaine dédie des Crédits Non Reconductibles (CNR) au soutien à l'investissement afin d'aider à garantir la soutenabilité financière du projet instruit.

- **Sur le champ PA**, les crédits non reconductibles (CNR) « investissements » ont pour unique finalité la compensation des futurs frais financiers d'emprunts et viennent diminuer le Prix de Journée Hébergement.

Ils peuvent également être complétés par l'octroi d'un « bonus écologique » : cf infra.

- **Sur le champ PH**, les CNR peuvent tout autant compenser les futurs frais financiers d'emprunt que les surcoûts liés à l'amortissement des investissements.
A compter de l'année 2025, ils peuvent également être complétés par l'octroi d'un « bonus écologique » si l'enveloppe de CNR disponibles le permet : cf infra.

L'allocation de CNR « investissements » est retracée dans une convention frais financiers entre l'ARS et l'établissement bénéficiaire.

Bonification Qualité environnementale

Cf annexe régionale au dossier de la CNSA.

Une bonification de la subvention est possible si le projet est considéré comme exemplaire en termes de démarche environnementale. L'exemplarité se fondera sur l'appréciation par un jury constitué de services de l'ARS (IR-EI, unité ARS en charge du suivi des dispositions de la transformation écologique du système de santé

(TESS), spécialistes thématiques éventuels, ...) et associant des partenaires externes (expert(s) ANAP, CARSAT, ...). Ce bonus ne pourra excéder **5%** de la dépense subventionnable.

Afin de favoriser les propositions libres et innovantes en lien avec le bâtiment durable, une pondération spécifique pourra être introduite dans le principe de bonification.

Pour valider une bonification sur les engagements thématiques, il est préférable pour l'établissement de s'adjoindre les compétences d'un AMO dont les missions sont en cohérence avec le ou les engagements thématiques.

Pour l'ensemble des engagements thématiques, le PTD et l'annexe « Développement durable / QVCT » restent les pièces maîtresses minimales sur laquelle s'appuiera l'ARS pour apprécier le niveau, la précision, la garantie de réussite, la cohérence et la qualité des engagements.

Ce « bonus écologique » est à intégrer dans le plan de financement uniquement après l'attribution des aides.

Les demandes de “PAI complémentaire”

Les établissements ayant déjà été financés au titre des campagnes d'investissement peuvent prétendre à une aide complémentaire de l'ARS.

La demande de PAI Complémentaire devra être conforme aux instructions nationales, devra être expliquée et argumentée précisément, avec les justificatifs écrits nécessaires joints au dossier de demande.

Une note de synthèse est également à produire par l'établissement demandeur.

Il convient de noter qu'à compter de l'année 2025, la demande de PAI complémentaire n'est plus possible pour les structures secteur du handicap.

Les outils

- Le **Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)** doit être présenté selon le cadre réglementaire. L'ARS Nouvelle-Aquitaine met à disposition le fichier Excel sur son site internet*. Cet outil intègre un onglet d'autocontrôle, ainsi qu'une interactivité entre les différentes annexes. Le remplissage est ainsi en partie automatisé.

Seul ce fichier est admis par l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour l'instruction des PPI.

[*https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plan-pluriannuel-dinvestissement-ppi](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plan-pluriannuel-dinvestissement-ppi)

- Soucieuse de l'empreinte écologique des établissements médico-sociaux, l'Agence souhaite que les structures intègrent le **volet développement durable** dans leur opération d'investissement. Le remplissage d'une **grille annexe régionale** sera attendu pour tout dépôt de dossier. Le document à compléter est renseigné sur le site de l'ARS Nouvelle Aquitaine.

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plans-daides-linvestissement-immobilier-en-nouvelle-aquitaine>

- L'instruction des dossiers d'investissement du champ Personnes âgées nécessite une collaboration étroite entre l'ARS et les Conseils Départementaux. Aussi, la transmission par le Conseil Départemental **d'une fiche de liaison** sera un prérequis pour la validation d'une aide à l'investissement.

- Enfin, sur le champ des Personnes en situation de handicap, l'ARS doit s'assurer que la nature des opérations répond aux prérequis nationaux de la CNH repris par la CNSA. **Une fiche « Transformation de l'offre »** est alors à transmettre par chaque organisme gestionnaire qui dépose un dossier d'investissement.

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plans-daides-linvestissement-immobilier-en-nouvelle-aquitaine>

Le dépôt des dossiers

A compter de la campagne PAI 2025, tous les établissements, qu'ils relèvent du champ Personnes âgées ou Personnes en situation de handicap, devront obligatoirement déposer leur demande sur la plateforme Web GALIS Subvention.

L'instruction des dossiers et la formalisation des conventions s'effectueront directement via cet outil.

Des formations à l'utilisation de cet outil seront proposées par la CNSA aux structures concernées.

III. CONVENTIONNEMENT DES AIDES A L'INVESTISSEMENT

Les arbitrages des aides sont rendus au mois de novembre de l'année en cours.

Les établissements bénéficiaires se voient alors notifier par courrier l'aide avant le 31 décembre de cette même année.

Un conventionnement ARS / Etablissement est ensuite réalisé au cours du 1er trimestre de l'année N+1. Les conventions rédigées par l'ARS sont envoyées pour relecture aux établissements au cours de ce 1er trimestre puis sont signées au cours du 1er semestre de l'année N+1.

Une fois la convention signée, le versement de l'aide au maître d'ouvrage se fait en trois étapes selon l'avancement des travaux :

- Premier versement égal à 30% de l'aide à l'investissement : lors du démarrage des travaux, sur présentation de l'ordre de service et de la fiche OSCIMES validée par l'établissement ;
- Deuxième versement égal à 40% de l'aide à l'investissement : à la moitié de la réalisation des travaux, sur la base d'un bordereau récapitulatif des factures acquittées, certifié et signé par le maître d'ouvrage (et par le comptable public le cas échéant) ;
- Troisième versement égal à 30% de l'aide à l'investissement : après réception des travaux, sur présentation du procès-verbal (PV) de réception et du bordereau récapitulatif des factures acquittées correspondant au coût total des travaux, certifié et signé par le maître d'ouvrage (et le comptable public le cas échéant).

Ce processus vise à garantir un suivi rigoureux et progressif des investissements tout en assurant la bonne gestion des fonds alloués.

Deux points sont à surveiller :

- **La déchéance triennale qui s'applique pour les travaux non débutés dans un délai de 3 ans à compter de la date de notification ;**
- **Les établissements ont 4 ans pour solliciter le versement de la subvention à compter de la date d'exigibilité de celle-ci.**

IV. SUIVI DE L'EXECUTION DE LA CONVENTION :

Des enquêtes de la CNSA sur le suivi de l'avancement des projets sont réalisées annuellement (2 à 3 par an) afin de s'assurer de la bonne exécution de l'opération par la structure bénéficiaire des travaux pour lesquels l'aide a été accordée.

Des revues annuelles de projet sont également demandées à l'établissement par l'ARS afin de s'assurer d'une réalisation conforme au projet validé et du maintien de la trajectoire financière.

GLOSSAIRE

AJ : Accueil de Jour
ALD : Affection Longue Durée
AMO : Assistance à Maîtrise d’Ouvrage ARS : Agence Régionale de Santé
ARACT : Association Régionale pour l’Amélioration des Conditions de Travail
CARSAT : Caisse d’Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CASF : Code de l’Action Sociale et des Familles
CNH : Conférence Nationale du Handicap
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité à l’Autonomie
CPH : Centre de Pré orientation pour personnes Handicapées
CPOM : Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRP : Centre de Rééducation Professionnelle
CVS : Conseil de Vie Social
DAC : Dispositifs d’Appui à la Coordination
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS : Direction Générale de l’Offre de Soins
EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
ES : Etablissement de Santé
ESMS : Etablissement Social et Médico-Social
ETP : Equivalent Temps Plein
GIR : Groupe Iso Ressource
HAD : Hospitalisation à domicile
HTU : Hébergement Temporaire d’Urgence
IDE : Infirmière Diplômée d’Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
PAI : Plan d’Aide à l’Investissement
PASA : Pôle d’Activités et de Soins Adaptés
PFR : Plateforme de Répit
PMR : Personne à Mobilité Réduite
PRP : Pôle Ressources de Proximité
PRS : Projet Régional de Santé
PTA : Plateforme Territoriale d’Appui

QVT : Qualité de Vie au Travail

SAD : Service Autonomie à Domicile

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

SRIS : Stratégie Régionale d'Investissement en Santé

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TDB : Tableau De Bord

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée