Compte-rendu du Comité des fédérations ARS du 13 Octobre 2026

Ordre du jour :[2]

- France Autonomie : présentation d'une synthèse régionale des travaux
- Actualités concernant la gestion des réclamations et le FIJAISV (Intervention de la DIJU)
- Questions diverses : actualités sur la TDO, lancement des travaux de renouvellement du PRS

Thème 1 : • France Autonomie : présentation d'une synthèse régionale des travaux pour l'adaptation de l'offre

Une anticipation à territorialiser

La démarche a comporté une collecte des données sur l'offre médico-sociale entre janvier et mai 2026, consolidée par la DREES et restituée par la CNSA, puis une concertation avec les délégations départementales de l'ARS et les conseils départementaux. Chaque territoire a choisi l'un des quatre scénarios nationaux et identifié les besoins en places ainsi que les freins et leviers de transformation.

L'ARA cumule des territoires déjà vieillissants et des territoires en forte croissance démographique. Environ 330 000 personnes âgées seraient en perte d'autonomie en 2050. L'accélération du vieillissement intervient principalement entre 2031 et 2034, tandis que les pics de population en perte d'autonomie se situent entre 2043 et 2070 selon les territoires. Les adaptations doivent donc être engagées avant ces pics.

Plus de la moitié des départements de la région ont retenu le scénario 3 : **renforcer substantiellement le domicile pour tous les profils et maintenir les équilibres actuels de publics en EHPAD**. L'équipement régional en EHPAD dépasse la moyenne nationale, avec des tensions notamment dans la Métropole de Lyon, les deux Savoie et l'Isère. L'offre en résidences autonomie est globalement inférieure à la moyenne nationale et très inégalement répartie.

Des besoins supplémentaires importants

Le tableau ARS présente les besoins à l'horizon du pic démographique de chaque territoire, et non à une échéance régionale unique en 2050.

Segment d'offre	Places manquantes en ARA
SAD mixtes aide et soins	11 358
Résidences autonomie	8 766
Résidences services seniors	2 400

Habitat inclusif	5 095
EHPAD	11 417
Unités de soins de longue durée	1 323

Ces projections ne constituent pas une programmation de créations financées.

Le support identifie l'ARA comme une région prioritaire pour le développement des SAD.

Quatre orientations et des trajectoires différenciées

Le domicile constitue le socle commun régional, mais le dimensionnement des SAD, la continuité des interventions la nuit et le week-end et l'accompagnement des publics spécifiques doivent être renforcés. Les solutions intermédiaires progressent avec une maturité variable. L'EHPAD demeure indispensable, avec une évolution de son rôle pour les situations complexes. Les USLD constituent un segment à consolider.

Typologie consolidée	Départements	Caractéristiques
Territoires disposant déjà de plusieurs points d'appui pour accélérer la transformation	Ardèche, Cantal, Puy-de-Dôme, Rhône et Métropole de Lyon	Ils apparaissent régulièrement dans les positions intermédiaires ou relativement favorables des matrices, mais avec des fragilités persistantes. L'enjeu est de consolider les briques déjà structurées et de les étendre aux segments encore fragiles. Dans le Rhône et la Métropole, l'enjeu porte notamment sur la spécialisation et la fluidité des parcours ; dans l'Ardèche ou le Cantal, sur la capacité à adapter ces organisations aux contraintes de ruralité.
Territoires à profil contrasté, avec des appuis réels mais une transformation encore inégale	Allier, Isère, Loire et Haute-Loire	Ils disposent de points d'appui identifiables mais aussi de maillons faibles importants. L'Allier, proche de son pic, est déjà dans une logique de recomposition ; l'Isère et la Haute-Loire doivent consolider plusieurs segments ; la Loire bénéficie de points d'appui dans l'accès aux soins mais reste plus fragile sur certaines offres à domicile. Ici, la logique pertinente est celle d'une consolidation ciblée, et non d'un rattrapage uniforme.
Territoires nécessitant une montée en capacité plus transversale	Ain et Drôme	Ces territoires ont des zones de fragilité plus marquées, même s'ils disposent de points d'appui. Pour eux, le sujet est davantage celui d'une transformation simultanée de plusieurs composantes du système : capacités, médicalisation, domicile et publics spécifiques
Territoires cumulant besoins capacitaires et contraintes structurelles fortes	Savoie et Haute-Savoie	Les difficultés apparaissent sur plusieurs segments d'offre et se combinent avec des contraintes de montagne, de logement, de foncier et, particulièrement en Haute-Savoie, de concurrence salariale transfrontalière. Dans ces territoires, créer ou autoriser une offre supplémentaire ne suffira pas : il faut simultanément sécuriser les conditions qui permettront de la faire fonctionner.

Aucun territoire ne présente une situation favorable sur tous les segments.

L'augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie appelle une recomposition de l'offre, au-delà de la seule création de places.

Priorité	Éléments saillants et orientations
1. Sécuriser les professionnels nécessaires au fonctionnement de l'offre	Les ressources humaines constituent le **premier verrou de la transformation** : une place créée ou financée ne garantit pas son ouverture effective. Les difficultés de recrutement, de fidélisation et de continuité soignante peuvent entraîner des lits gelés, limiter les interventions à domicile et fragiliser les dispositifs de nuit ou de week-end. Il faut anticiper les effectifs **et les compétences** : gériatrie, troubles cognitifs et psychiques, soins complexes, précarité et addictions.
2. Développer une offre graduée entre domicile et établissement	Combiner **créations, redéploiements, maintien ciblé de capacités, rénovation du bâti et diversification des réponses**. EHPAD, USLD, domicile, répit et habitat intermédiaire doivent évoluer ensemble. La programmation doit déterminer, territoire par territoire, la combinaison de solutions permettant d'accompagner le vieillissement sans créer de nouvelles ruptures.
3. Renforcer le répit et les solutions intermédiaires	Diversifier les **accueils de jour, hébergements temporaires, accueils de nuit, relayage et plateformes de répit**, ainsi que les résidences autonomie et l'habitat inclusif. Ces réponses deviennent des composantes essentielles du maintien à domicile : elles soutiennent les aidants et peuvent retarder ou éviter certaines entrées en établissement et hospitalisations, à condition d'être accessibles, visibles et suffisamment réparties.
4. Adapter les réponses aux situations complexes	Développer des solutions pour les **personnes handicapées vieillissantes (PHV)**, les troubles neurocognitifs et comportementaux, la précarité, les besoins médicaux lourds et le répit. L'orientation consiste à articuler **un socle généraliste accessible partout et des ressources spécialisées à une échelle territoriale pertinente**, sans reproduire toutes les expertises dans chaque établissement.
5. Mesurer la couverture réelle des besoins	Raisonner à partir des **bassins de vie, zones blanches, distances, listes d'attente, lits gelés et capacités effectivement ouvertes**. Une même capacité autorisée ne produit pas le même service selon la ruralité, la montagne, les temps de déplacement ou les possibilités de transport. Les financements et l'organisation doivent tenir compte de ces contraintes territoriales.
6. Organiser la continuité des parcours	Articuler EHPAD, CRT, HAD, équipes mobiles, filières gériatriques, hôpital, médecine de ville, habitat intermédiaire, collectivités et offres spécialisées. La coordination doit disposer de **temps professionnel, d'outils, d'un pilotage et de responsabilités clairement identifiées**. La multiplication des dispositifs risque sinon de produire une offre fragmentée, difficile à mobiliser ou mobilisée trop tard.
7. Garantir la viabilité économique et l'accès financier	Prévoir des **financements pluriannuels** couvrant aussi le fonctionnement, les RH, le bâti, la médicalisation, les prises en charge complexes et les déplacements à domicile. Adapter les modèles économiques aux dispositifs hybrides et décloisonnés. Prendre également en compte le **reste à charge**,

Priorité	Éléments saillants et orientations
	susceptible de freiner l'accès à l'EHPAD, au répit et à l'habitat intermédiaire, même lorsqu'un besoin existe.
8. Renforcer les outils et le pilotage prospectif	Mobiliser télémédecine, télé-expertise, équipes mobiles, outils interopérables et mutualisations pour mieux diffuser les ressources. Améliorer en parallèle la connaissance des besoins et des capacités réellement disponibles : démographie, occupation, places ouvertes ou gelées, attentes, refus, situations complexes et disponibilité des professionnels. Cette observation doit être **continue**, afin d'ajuster progressivement l'offre.

Pour la programmation de l'augmentation de l'offre, trois exigences ressortent particulièrement : garantir que les capacités seront réellement ouvertes et fonctionneront, cibler les territoires et publics insuffisamment couverts, et financer un ensemble cohérent de réponses articulant domicile, répit, habitat intermédiaire et établissement.

Échanges avec les fédérations et suites

Les fédérations ont regretté de ne pas avoir été associées à cette première phase de travail et interrogé l'ARS sur la programmation à venir. Elles ont souligné le besoin de prendre en compte la problématique sur le domicile du non-recours à une partie des plans d'aide APA, du fait du reste à charge pour les bénéficiaires. L'ARS précise que le cadrage national limitait cette phase aux autorités de tarification et de contrôle ; les hôpitaux et les données ViaTrajectoire n'ont pas été mobilisés. Un complément avec ViaTrajectoire est prévu. Les suites et l'association des partenaires dépendront des orientations de la prochaine Conférence nationale de l'autonomie. En attendant, le diagnostic alimentera les travaux du PRS et du SRS.

Thème 2 : Actualités concernant la gestion des réclamations et le FIJAISV (Intervention de la DIJU)

La DIJU a présenté le contrôle prévu par l'article L. 133-6 du CASF, fondé sur le bulletin n° 2 du casier judiciaire et le FIJAISV. L'inscription au FIJAISV peut concerner des personnes condamnées ou mises en examen ; elle ne doit donc pas être confondue avec les critères d'incapacité d'exercice. La nouvelle attestation est demandée directement par la personne concernée sur honorabilite.social.gouv.fr. **Il y donc un renversement de la charge de la production de l'honorabilité. Ce n'est plus à l'employeur de faire la demande mais a la personne concernée.**

Calendrier de déploiement :

En ARA, le déploiement concerne le handicap enfants depuis le 1er septembre 2026 : professionnels, bénévoles et intervenants extérieurs accompagnant les enfants. Le calendrier prévisionnel prévoit le secteur handicap adultes à compter du premier trimestre 2027 et le grand âge à compter du premier trimestre 2028, selon des vagues nationales.

Responsabilité de l'employeur :

L'employeur doit recueillir l'attestation, en vérifier la validité et l'authenticité grâce au QR code ou sur le site, la conserver au dossier administratif et renouveler la vérification tous les trois ans. Le support prévoit six mois à compter du déploiement pour recueillir les attestations des personnes déjà en poste. Sans attestation, la personne ne peut être recrutée ni laissée exercer son activité.

L'ARS invite les fédérations à diffuser largement ces informations auprès des directions et des DRH.

Précisions apportées en séance

Pour les transports réguliers et conventionnés (Taxis ou autre société de transport), l'ARS indique que chaque chauffeur doit disposer de son attestation : la carte professionnelle de taxi ne la remplace pas. Les transports ponctuels ont été distingués comme ne relevant pas de cette obligation de contrôle.

En cas de refus de transmission par un salarié de l'attestation d'honorabilité, l'ARS considère cela directement suspecte et demande à l'employeur de faire une remontée d'information pour faire le lien avec la DGCS. Les conséquences en droit du travail et la procédure à suivre restent à préciser avec la DGCS ; aucune précision sur la procédure de licenciement n'a été stabilisée en séance à ce stade.

Réclamations et lutte contre la maltraitance

L'ARS présente trois outils articulés : le nouveau numéro national 3133, qui remplace le 3977 ; un formulaire en ligne sur Service-Public.fr pour les réclamations coté usagers traitant de sujets variés dont la maltraitance; et le système d'information SIRENA, dont le déploiement en ARA est annoncé pour le 19 octobre 2026. Le service téléphonique assure une écoute et peut transmettre les situations nécessitant un traitement par les pouvoirs publics.

SIRENA permet le suivi et la traçabilité des réclamations des usagers par les autorités concernées, notamment l'ARS, les conseils départementaux et les services de l'État. Pour une situation relevant d'une compétence conjointe, par exemple en EHPAD, une instruction commune ARS–Département est envisagée. Son usage peut dépasser le champ de la maltraitance et, selon les départements, concerner aussi certaines informations préoccupantes en protection de l'enfance.

L'organisation des cellules territoriales de lutte contre la maltraitance reste à décliner entre délégations départementales de l'ARS et conseils départementaux. Il n'existe pas, à ce stade, d'organisation harmonisée dans toute la région ; la Haute-Savoie est citée comme disposant d'un modèle particulièrement intégré.

Articulation des canaux à consolider

L'ARS distingue les signalements des organismes gestionnaires et les réclamations des usagers. Les gestionnaires conservent le portail actuel de signalement des événements indésirables, qui alimente le SI VSS de l'ARS. Un même événement pourrait toutefois être transmis par plusieurs canaux, notamment les cellules départementales, et générer un doublon. L'articulation et les modalités de traitement restent à consolider par la DGCS, puis par l'ARS.

4. Transformation de l'offre handicap et renouvellement du PRS

Une réunion du CRC est prévue le 16 octobre 2026 sur la stratégie régionale de transformation de l'offre. Un projet de note régionale et une FAQ sur le fonctionnement en dispositif ont été annoncés. L'instruction nationale serait finalisée par la DGCS mais pas encore publiée à la date de la réunion.

Les travaux nationaux privilégient le secteur enfants. L'ARS souhaite néanmoins intégrer les transitions vers le secteur adultes, notamment pour les personnes maintenues au titre de l'amendement Creton. La suite des travaux concernant les adultes est annoncée sur la période 2027–2030.

5. Travaux sur le renouvellement du PRS

Le renouvellement du PRS 2028–2038 débute en 2026 par le cadre d'orientations stratégiques, puis se poursuivra en 2027 pour le SRS 2028–2033, avec une publication visée au plus tard en juin 2028. La territorialisation sera reconduite dans le médico-social et renforcée dans les soins et la prévention. Les travaux croiseront notamment la transformation de l'offre enfants, la mise en oeuvre du plan 50 000 solutions, l'installation du service de repérage précoce et l'évolution de l'offre pour les personnes âgées.

Le prochain comité est annoncé le 3 décembre 2026 au matin, avec un point sur l'actualité budgétaire.