RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Réunion du Comité Régional de Concertation des Fédérations

13 octobre 2026 – 10h/12h

Direction de l'autonomie

Ordre du jour

- 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

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

France Autonomie

synthèse régionale des travaux

Rappel du format de restitution des diagnostics

Janvier-Mai

Juin-août

Phase de remontées de données

Phase de concertation

Restitution des données sur l'offre existante par la CNSA (29 mai)

Partie 1 (d'ici au 26 juin) Identifier le **nombre et la nature des solutions manquantes** par département et par type d'habitat, le cas échéant en s'appuyant sur des scénarios de référence.

Partie 2 (d'ici au 31 août) Identifier de **manière qualitative** le niveau d'adaptation de chaque segment de l'offre au virage démographique.

Scénarii de référence

	Report vers le domicile Développement de l'habitat partagé selon la trajectoire actuelle	**Report vers l'habitat partagé** Développement volontariste de l'habitat partagé
Spécialisation des Ehpad dans l'accueil des personnes de GIR 1-2	Scénario 1 – Recentrage des Ehpad (GIR 1-2) et renforcement du domicile pour tous les profils	Scénario 2 – Recentrage des Ehpad (GIR 1-2) et développement de solutions intermédiaires en habitat partagé
Profils inchangés en Ehpad (*case mix* constant)	Scénario 3 – Renforcement substantiel du domicile pour tous les profils et maintien des équilibres actuels en Ehpad	Scénario 4 – Développement de l'habitat partagé comme alternative à l'Ehpad et maintien des équilibres actuels en Ehpad

Partie 1 – Identification des scénarios d'adaptation de l'offre et de la méthodologie pour identifier le nombre et la nature des places manquantes

Direction de l'autonomie

Précaution de lecture

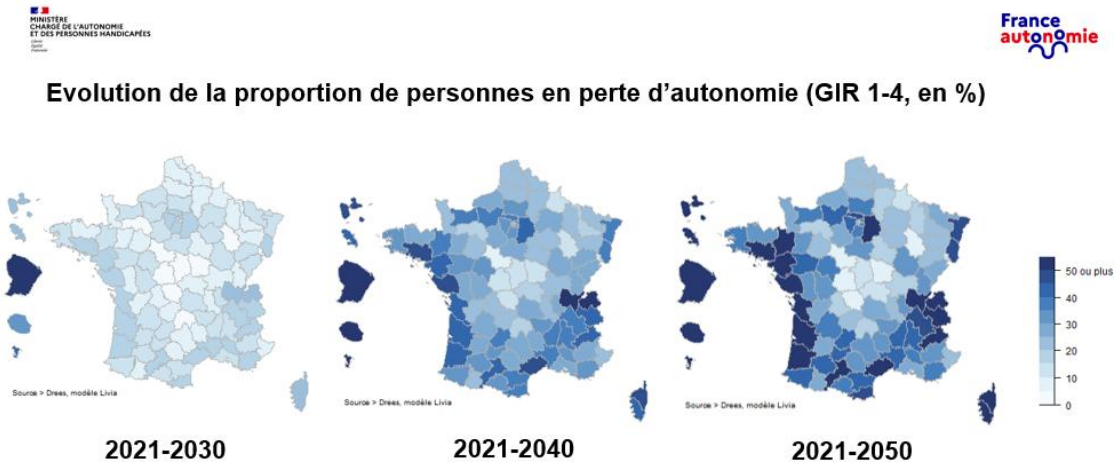
Les contributions analysées concernant la région ARA sont essentiellement des propositions techniques élaborées par les délégations départementales de l'ARS.

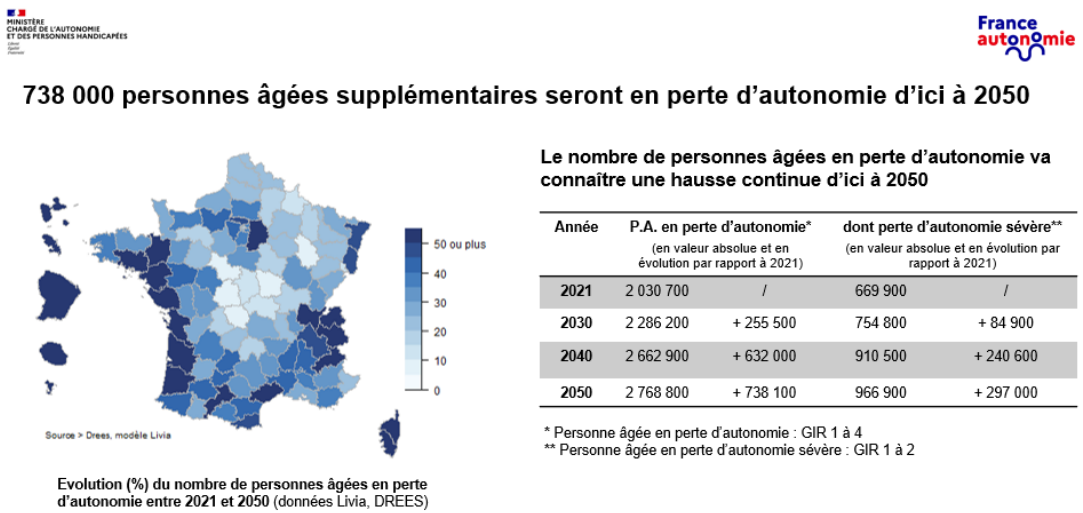
Les données renseignées dans l'enquête n'ont pas fait l'objet d'une validation politique des Conseils départementaux, certaines DD ont pu toutefois avoir des échanges techniques avec leurs interlocuteurs CD.

Ainsi, les réponses apportées doivent plus être considérée comme une base de réflexion pour une future concertation que des décisions validées.

Les données de la région ont été mises en perspective avec les données nationales publiées par la DREES.

Positionnement de la région ARA concernant l'évolution de la proportion de personnes âgées en perte d'autonomie





Evolution (%) du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie entre 2021 et 2050 (données Livia, DREES)

Le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie va connaître une hausse continue d'ici à 2050

Année	P.A. en perte d'autonomie* (en valeur absolue et en évolution par rapport à 2021)		dont perte d'autonomie sévère** (en valeur absolue et en évolution par rapport à 2021)	
2021	2 030 700	/	669 900	/
2030	2 286 200	+ 255 500	754 800	+ 84 900
2040	2 662 900	+ 632 000	910 500	+ 240 600
2050	2 768 800	+ 738 100	966 900	+ 297 000

* Personne âgée en perte d'autonomie : GIR 1 à 4
** Personne âgée en perte d'autonomie sévère : GIR 1 à 2

À l'échelle nationale, l'ensemble des départements connaît une augmentation de la proportion de personnes âgées en perte d'autonomie entre 2021 et 2050.

La région ARA fait partie des régions les plus concernées par cette évolution et elle se distingue par un profil particulièrement hétérogène selon les départements (cf. diapositive suivante).

Par rapport au reste du territoire national, l'Auvergne-Rhône-Alpes cumule deux réalités : elle doit à la fois répondre aux enjeux des départements historiquement vieillissants et anticiper une montée en charge particulièrement importante dans les territoires à forte croissance démographique.

Cette double dynamique constitue une spécificité de la région et justifie une adaptation différenciée de l'offre selon les départements.

La région ARA est confrontée à plusieurs temporalités de vieillissement

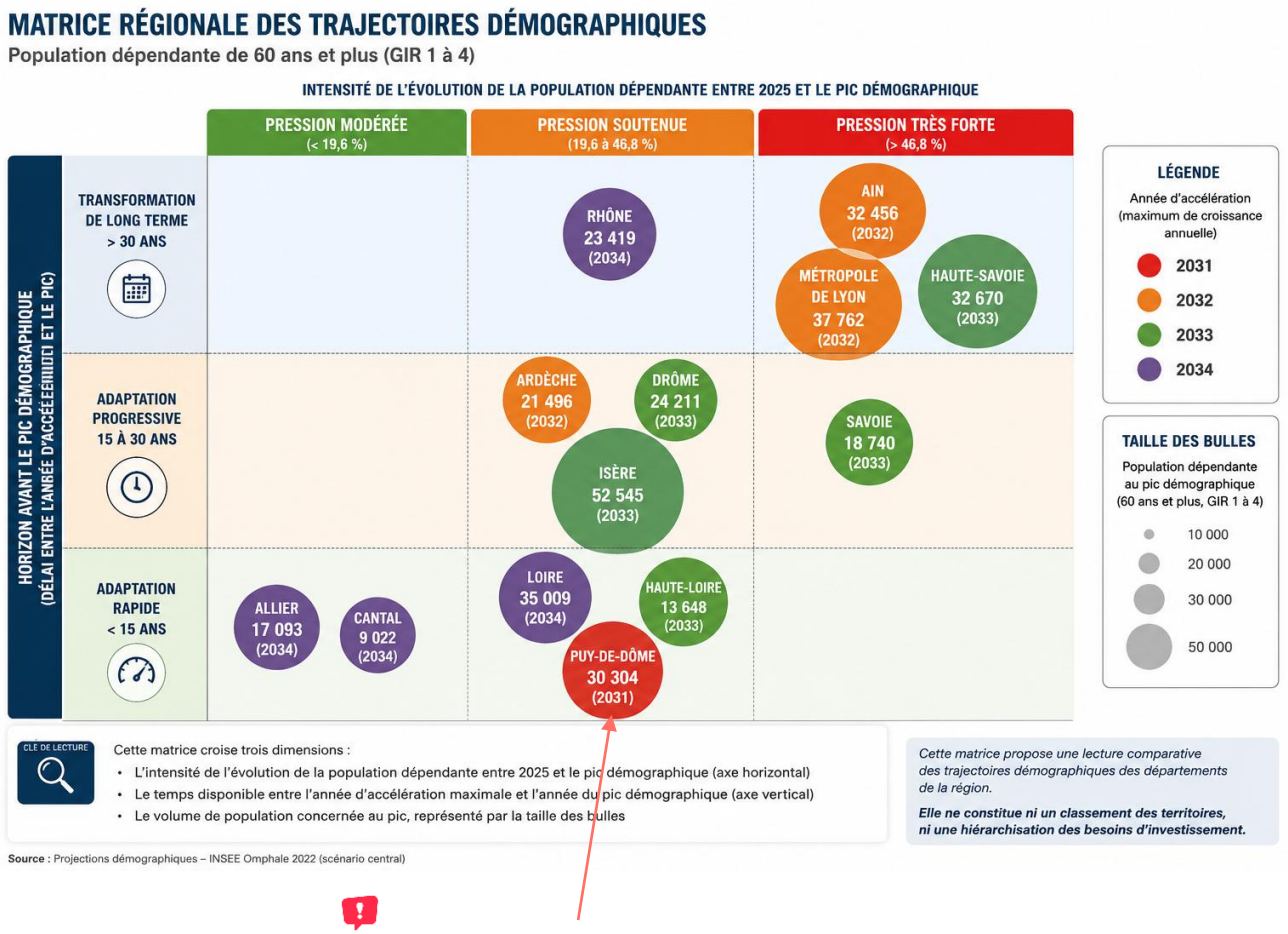
La majorité des départements connait une accélération de la croissance des personnes âgées entre 2031 et 2034 alors que le pic de personnes en perte d'autonomie intervient entre 2043 et 2070.

>> Cette dissociation doit être prise en considération pour que les transformations soient engagées dans la bonne temporalité avant le pic démographique.

Cette matrice propose une lecture synthétique des trajectoires démographiques des départements d'Auvergne-Rhône-Alpes au regard de l'évolution de la **population dépendante de 60 ans et plus (GIR 1 à 4)**.

Elle croise **trois dimensions complémentaires** :

- **L'intensité de la croissance** de la population dépendante entre 2025 et le pic démographique (axe horizontal) ;
- **L'horizon avant le pic**, correspondant au délai entre l'année d'accélération maximale de la croissance et l'année du pic démographique (axe vertical) ;
- **Le poids démographique**, représenté par la taille des bulles, qui traduit le nombre de personnes dépendantes attendues au pic.

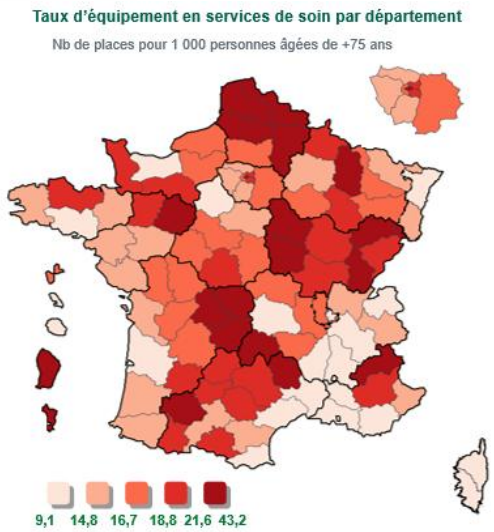


L'année indiquée dans les bulles de couleur correspond à l'année d'accélération de l'augmentation de la population dépendante de 60 ans et plus (GIR & à 4).

Positionnement de la région ARA concernant l'offre médico-sociale pour les personnes âgées en perte d'autonomie (données au 31/12/2025)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

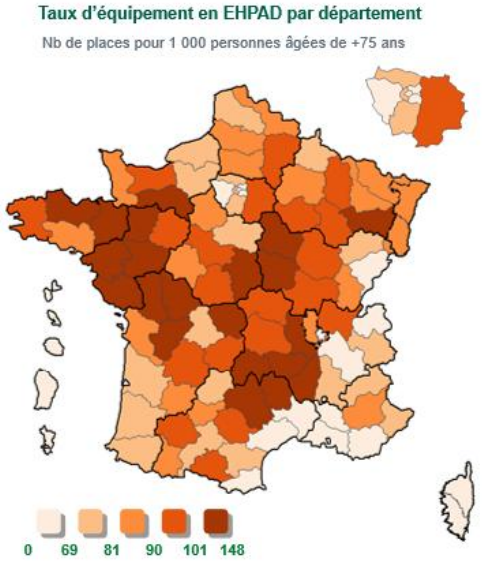
ars Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes



En matière de **services de soins à domicile (SAD Soins)**, la région ARA a un **taux d'équipement** (15,2) **inférieur de 2 points à la moyenne nationale métropolitaine** (17,3). Plusieurs départements de la région apparaissent relativement moins bien dotés que de nombreux départements ruraux du centre et du nord-est de la France. Cette situation concerne principalement les départements les plus dynamiques démographiquement, notamment **la Métropole de Lyon, l'Isère, l'Ain, le Puy de Dôme et la Haute-Savoie**, où la croissance de la population âgée est particulièrement soutenue.

La Haute Savoie est le 5ème département le moins équipée de France (écart 4,4 points).

À l'inverse, **le Cantal et dans une moindre mesure la Haute-Loire** disposent historiquement d'une offre plus développée, en lien avec une population plus âgée de longue date.

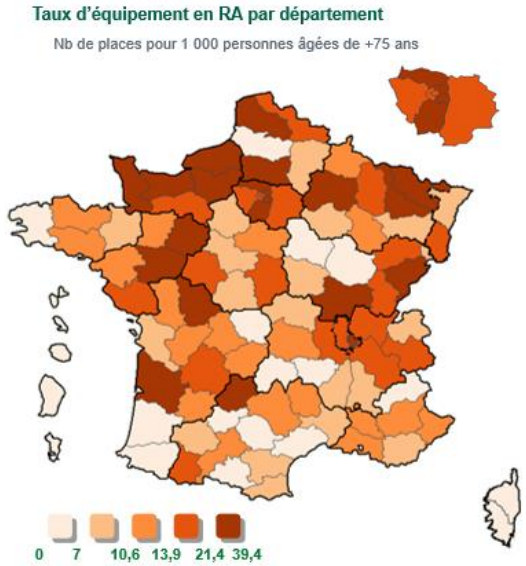


En matière d'**EHPAD**, la région ARA a un **taux d'équipement** (85,6) **supérieur de 3,5 points à la moyenne nationale métropolitaine** (82,1).

Cette situation favorable masque toutefois d'importantes disparités entre les départements.

Le Cantal et **l'Ardèche sont respectivement les 4ème** (+48,8 pts) **et 5ème** (+47,1 pts) **départements les mieux équipés de France.**

A contrario, les tensions sont particulièrement marquées dans **la Métropole de Lyon, la Haute-Savoie, la Savoie, et l'Isère**, où le taux d'équipement apparaît inférieur aux besoins induits par la dynamique démographique.



En matière de **Résidences autonomie,** la région ARA a un **taux d'équipement** (15,9) **inférieur de 0,7 points à la moyenne nationale métropolitaine** (16,6).

Toutefois, des fortes disparités sont constatées entre les départements.

La **Métropole de Lyon** se distingue très nettement avec un taux très supérieur à la moyenne nationale (+12,2 pts).

Les taux traduisent une offre très concentrée dans les territoires urbains et métropolitains, tandis que plusieurs départements ruraux présentent des besoins de développement des résidences autonomie.

La Haute Loire est le 2ème département le moins équipé de France (écart -14,2 points).

Choix des scenarii

Au niveau national

Analyse départementale

N° scénario	Nombre de départements
1	19
2	13
3	48
4	9
non tranché	11
Total	**100**

Analyse régionale

N° scénario	Nombre de régions où le scénario est dominant	% des régions interrogées (/18)*
1	3	16,7%
2	1	5,6%
3	8	44,4%
4	2	11,1%
Total	**14***	**77,8%**

** 18 régions/collectivités ont au moins un département répondant ; deux régions où scénario 1/3, 1/2/3 équitablement répartis ; deux régions avec une majorité de départements non positionnés sur un scénario.*

Scénario 1 : GE, REU, GUY
Scénario 2 : MART
Scénario 3 : ARA, BRE, CVL, IDF, NORM, NA, OCC, PDL
Scénario 4 : GUA , COR

Choix des scénarii 1 et 2 :
1/3 des territoires souhaitent un recentrage des Ehpad sur les personnes de GIR 1 & 2, dont :
- 19% centré sur le domicile
- 13% avec développement volontariste de l'habitat partagé

Choix des scénarii 3 et 4 :
57% des territoires souhaitent un maintien des équilibres actuels en EHPAD, dont :
- 48% centré sur le domicile
- 9% avec développement volontariste de l'habitat partagé

Le scénario 3 impliquant un développement fort des services à domicile (pour tous GIR) est largement privilégié dans des départements à dominante rurale mais aussi en Ile-de-France.

Par les DD en ARA

Département	Scénario 1 – Recentrage des Ehpad (GIR 1-2) et renforcement du domicile pour tous les profils	Scénario 2 – Recentrage des Ehpad (GIR 1-2) et développement de solutions intermédiaires en habitat partagé	Scénario 3 – Renforcement substantiel du domicile pour tous les profils et maintien des équilibres actuels en Ehpad	Scénario 4 – Développement de l'habitat partagé comme alternative à l'Ehpad et maintien des équilibres actuels en Ehpad
Ain	1			
Allier			1	
Ardèche			1	
Cantal			1	
Drôme			1	
Isère			1	
Loire		1		
Haute Loire		1		
Puy de Dôme			1	
Métropole de Lyon	1			
Rhône	1			
Savoie		1		
Haute Savoie			1	
ARA	**3**	**3**	**7**	**0**

Plus de la moitié des départements d'ARA a sélectionné le scénario 3, à l'instar de la moitié des départements au niveau national.

Nombre de places manquantes par segment d'offre à horizon du pic démographique

Au niveau national

Tableau récapitulatif des besoins à horizon du pic

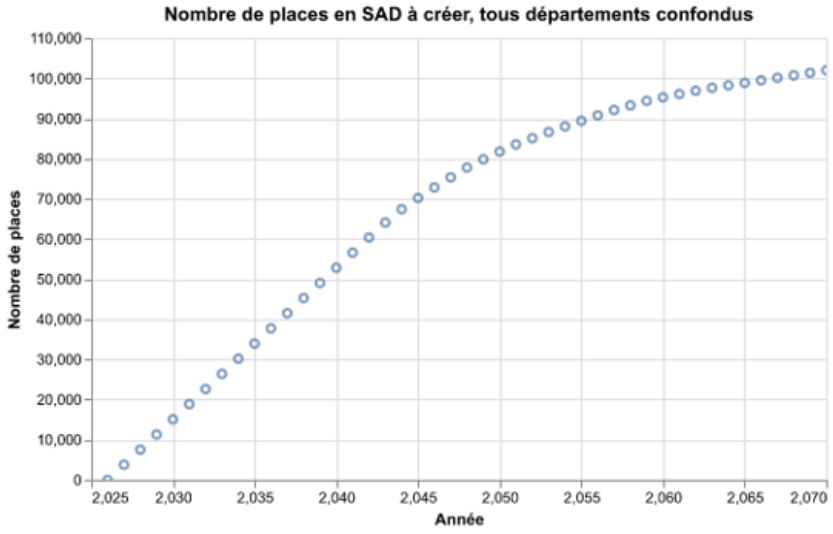
	SAD Soins	Résidences Autonomie		Habitat inclusif		Résidences services seniors	EHPAD
Année	Besoins exprimés	Besoins exprimés (hypothèse basse)	Hypothèse haute	Besoins exprimés (hypothèse basse)	Hypothèse haute	Besoins exprimés	Besoins exprimés
2 030	15 100	10 200	16 400	4 500	9 000	2 250	7 500
2 040	52 800	35 700	58500	15 700	31 000	8 000	26 300
2 050	81 800	55 200	90 000	24 200	47 500	12 400	42 100
2 070	102 000	70 000	115 000	29 100	57100	16 500	60 700

Au niveau régional

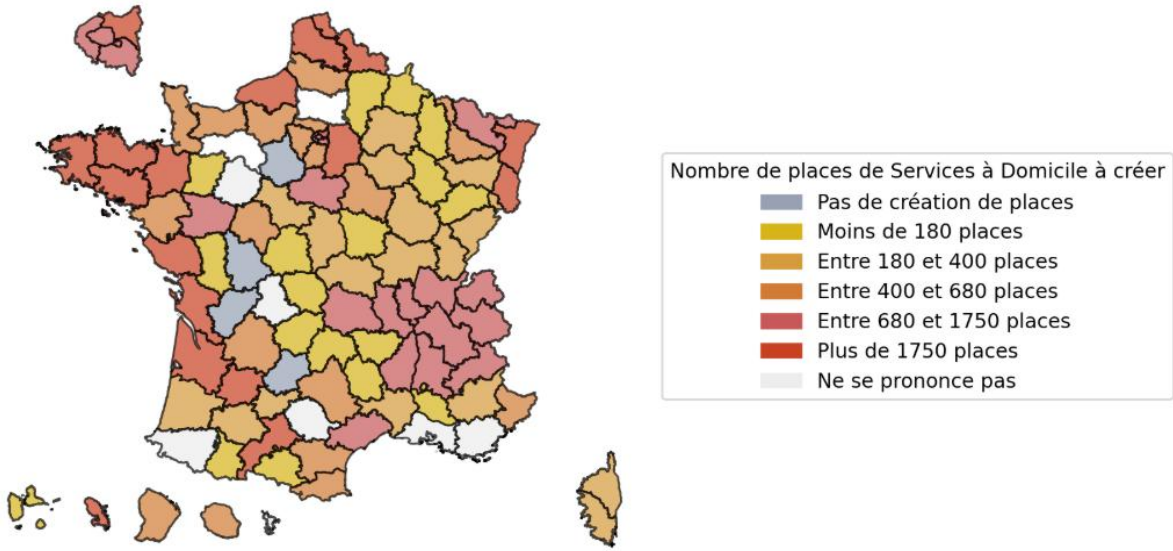
Département	SAD Mixte	RA	RSS	HI	EHPAD	USLD
Ain	1000				2000	150
Allier	310				0	
Ardèche	1642				0	0
Cantal	80					50
Drôme	831			545	756	173
Isère	1145	1148			661	
Loire	750				1000	50
Haute Loire	100				550	30
Puy de Dôme	1000	4000			500	200
Métropole de Lyon	1500	1000	1000	1700	550	150
Rhône	1000	1500	1000	2500	200	100
Savoie	1000	400	400	150	1200	370
Haute Savoie	1000	717		200	4000	50
ARA	**11358**	**8765**	**2400**	**5095**	**11417**	**1323**

Focus sur la projection des besoins concernant les SAD Soins

Données nationales (DREES)



Projection des besoins à horizon du pic



Besoins exprimés :

15 100 places à horizon 2030

81 800 places à horizon 2050

3 700 places par an d'ici à 2045

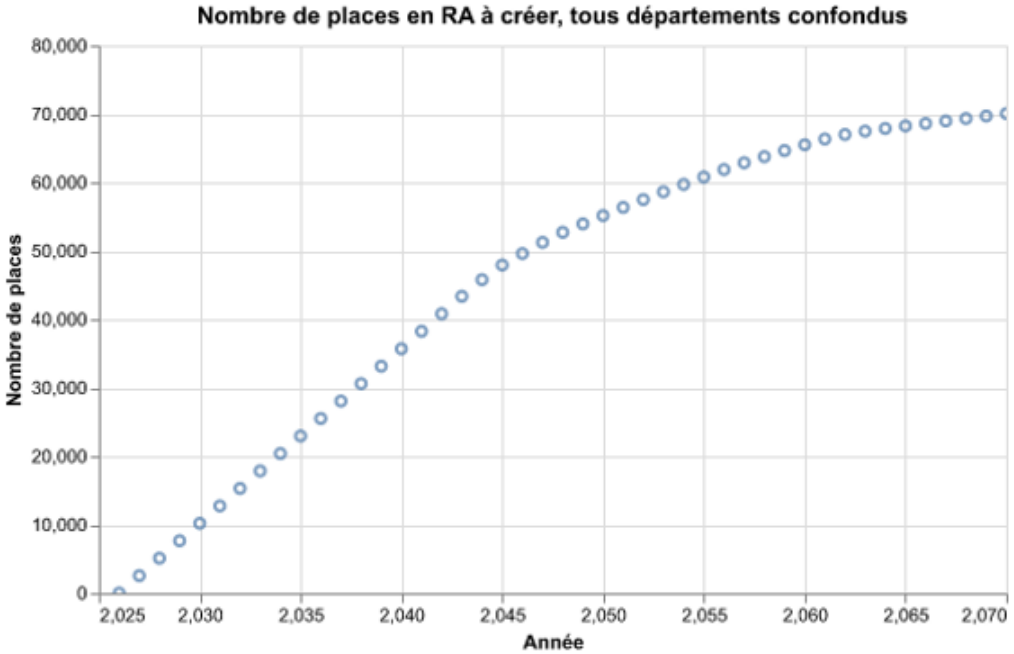
La région ARA est identifiée comme une région prioritaire de développement des SAD au niveau national.

Focus sur la projection des besoins concernant les Résidences autonomie

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Données nationales (DREES)



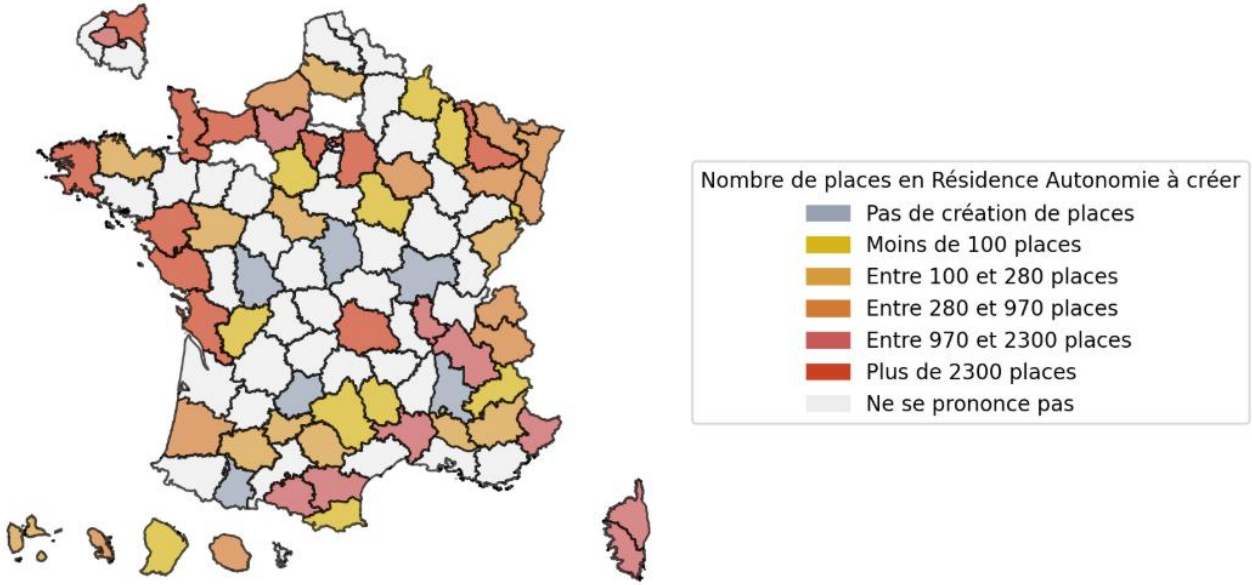
Besoins exprimés par les répondants (61% des départements)

- **10 200 places** à horizon 2030
- **55 000 places** à horizon 2050
- **2 500 places par an** d'ici à 2045

Besoins estimés en extrapolant à l'ensemble des départements :

- **16 400 places** à horizon 2030
- **90 000 places** dès 2050
- **115 000 places** à horizon 2070
- **4 100 places par an** d'ici à 2045

Projection des besoins à horizon du pic



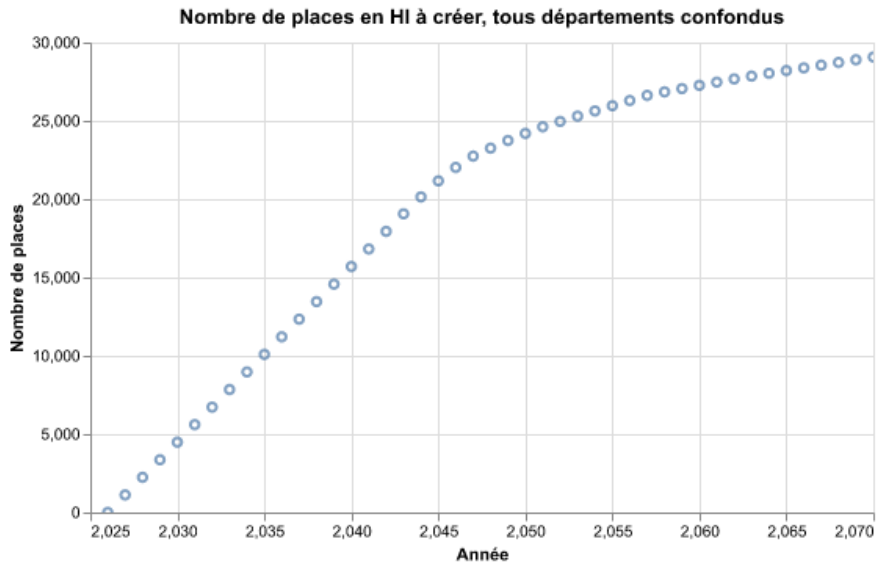
En ARA, le développement des résidences autonomie constitue un levier important pour éviter des entrées précoces en EHPAD.

Focus sur la projection des besoins concernant les habitats inclusifs

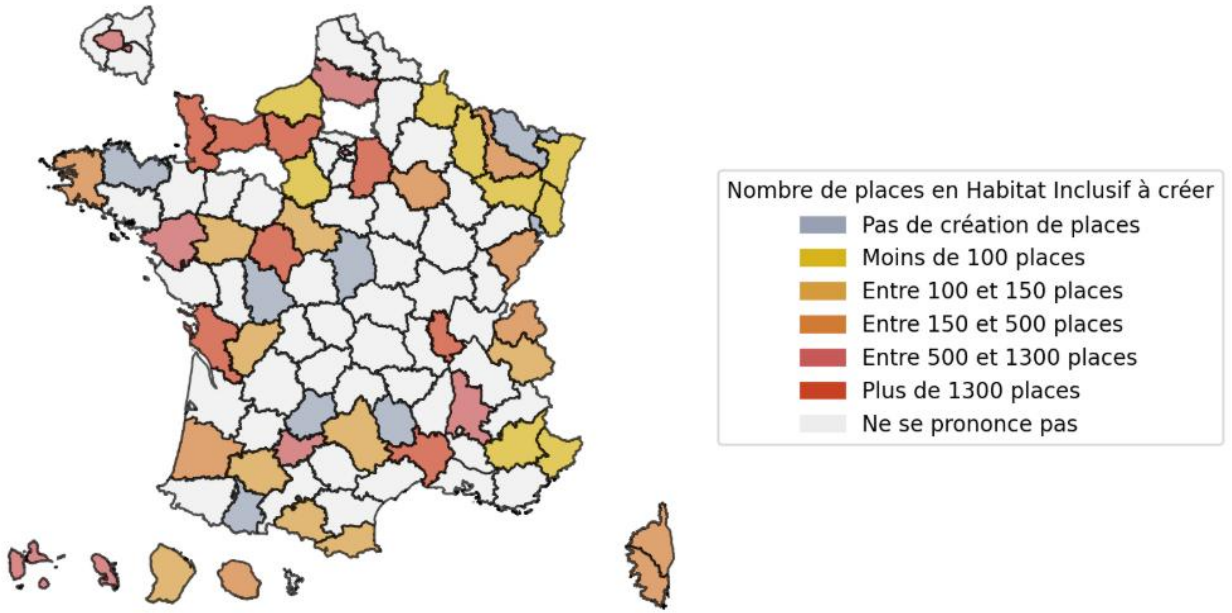
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Données nationales (DREES)



Projection des besoins à horizon du pic



Eléments d'analyse

- Besoins exprimés <u>par les répondants</u> (51% des départements) :
  - **4 500** places à horizon 2030
  - **24 200 places à horizon 2050**
  - **1 100 places par an** d'ici à 2045
- Besoins estimés <u>en extrapolant :</u>
  - **9 000 places** à horizon 2030
  - **47 500 places** à horizon 2050
  - **2 200 places par an** d'ici à 2045

Les départements projetant un développement important de l'HI sont les mêmes que ceux projetant un besoin important en RA : stratégie globale de soutien à l'habitat partagé.

En ARA, le Rhône et la Métropole de Lyon témoignent d'un besoin cumulé de 4200 places.

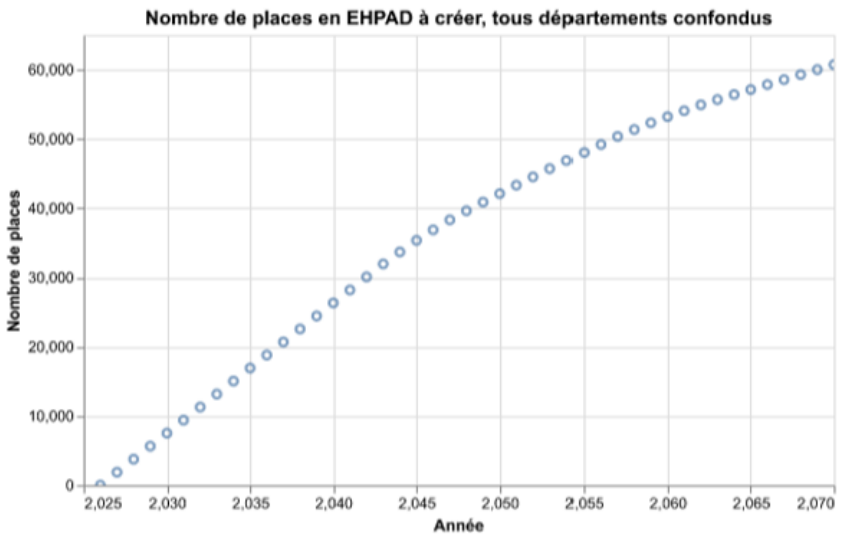
Focus sur la projection des besoins concernant les EHPAD

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

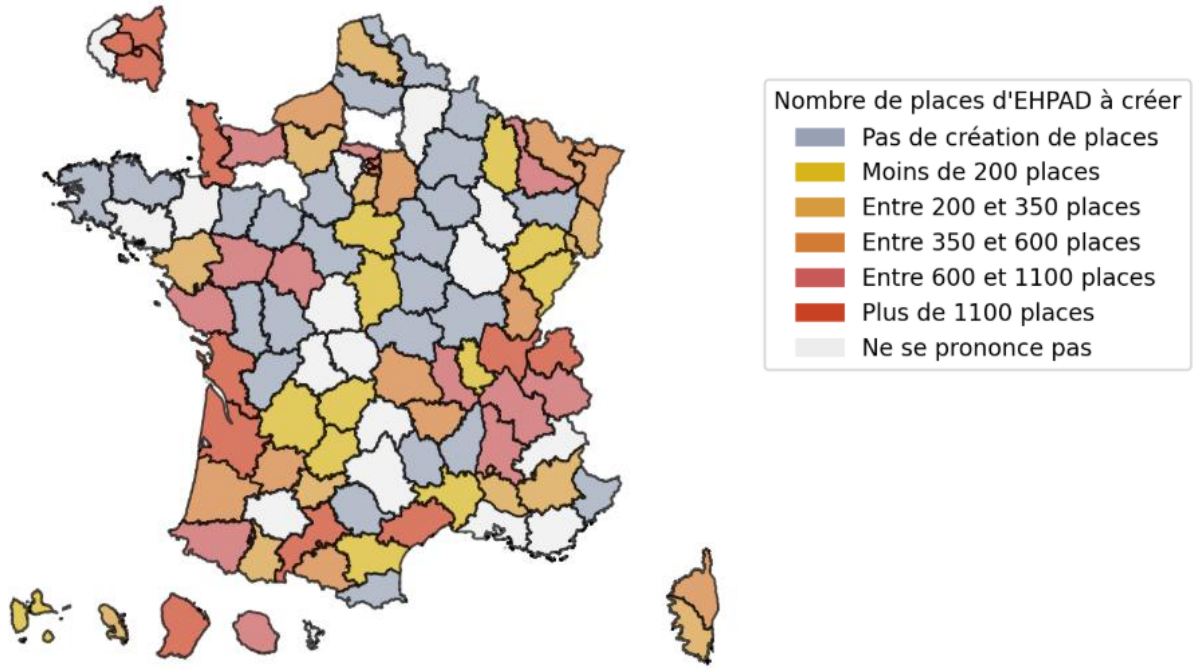
ars Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Données nationales (DREES)

EHPAD – Projection des besoins à horizon du pic



Projection des besoins à horizon du pic



Besoins exprimés :

- **7 500 places** à horizon 2030
- **42 100 places** à horizon 2050
- **1 860 places par an** d'ici à 2045

Eléments d'analyse

- 8 départements en France déclarent un besoin en nombre de places d'EHPAD à créer supérieur ou égal à 2000 places dont l'Ain et la Haute Savoie
- Effet de rattrapage : les départements avec le taux d'équipement aujourd'hui le plus faible sont ceux qui expriment les besoins les plus forts dont les départements d'ARA

Analyse des principales tendances issues du diagnostic en ARA

Le renforcement du domicile est le socle commun régional

Tous les départements mentionnent, explicitement ou implicitement, la nécessité de renforcer l'offre à domicile, particulièrement les territoires souhaitant éviter une augmentation forte des solutions d'hébergement permanent comme **l'Ardèche, l'Allier, le Cantal ou l'Isère.**

Le domicile est appelé à absorber une part importante de la croissance des personnes âgées dépendantes, y compris parfois des GIR 1 et 2.

Les solutions intermédiaires progressent, mais avec une maturité variable selon les territoires

Les réponses distinguent assez fortement les départements urbains ou périurbains, où l'habitat intermédiaire est pensé comme un levier structurant, et les départements ruraux ou montagneux, où il est jugé pertinent mais plus difficile à déployer.

Les besoins déclarés sont particulièrement élevés dans **le Rhône, la Métropole de Lyon, le Puy-de-Dôme, l'Isère, la Drôme, la Savoie et la Haute-Savoie**.

Cependant, plusieurs départements alertent sur les conditions de réussite : localisation en cœur de ville ou bassins de vie, coordination avec les SAD, adaptation du bâti, modèle économique et capacité à accompagner la dépendance modérée sans faire glisser ces habitats vers une prise en charge médico-sociale lourde.

L'EHPAD reste indispensable, mais son rôle évolue

La majorité des réponses ne propose pas de réduire l'EHPAD. Au contraire, plusieurs départements soulignent que les scénarios nationaux fondés sur une absence de places nouvelles en EHPAD sont peu réalistes localement, notamment dans les territoires sous-dotés ou soumis à une forte croissance démographique.

Le besoin déclaré en places d'EHPAD est concentré sur principalement 2 départements: **l'Ain et la Haute Savoie**.

La transformation attendue des EHPAD est toutefois très partagée : montée en charge des GIR 1-2, spécialisation partielle sur les situations complexes, développement des unités dédiées, amélioration du bâti, renforcement médical et soignant, rôle de ressource territoriale, articulation avec le domicile et les parcours.

Les USLD sont réaffirmées comme segment à consolider

Plusieurs départements signalent un besoin de renforcement ou de reconnaissance des USLD, notamment pour les profils très dépendants, les situations complexes ou les besoins de soins médicalisés. Le besoin ressort principalement en **Savoie, Puy-de-Dôme, Drôme, Ain, Métropole de Lyon et Rhône.**

Cette tendance renvoie à une préoccupation régionale : si les EHPAD accueillent davantage de GIR 1-2, il devient nécessaire de clarifier l'articulation EHPAD/USLD, voire de faire évoluer les financements et les critères d'orientation.

Partie 2 – Diagnostic qualitatif de l'offre dans la perspective du pic démographique

Niveau d'adaptation de l'offre en ARA

Positionnement territorial par segment d'offre

Segment d'offre	01	03	07	15	26	38	42	43	63	69D	69ML	73	74
1. Hébergement EHPAD													
2. Médicalisation EHPAD													
3. USLD													
4. Services à domicile													
5. Offre renforcée à domicile													
6. Accueil de jour / répit													
7. Accès aux soins													
8. Habitat partagé													

Situation relativement plus favorable

Capacité ou accès plus fragile / adaptation plus favorable

Cumul de fragilités

Capacité plus favorable / adaptation qualitative fragile

Non positionnable

Lecture : chaque case reprend le positionnement global du territoire sur la matrice du segment concerné.

Base régionale : 13 territoires (01, 03, 07, 15, 26, 38, 42, 43, 63, 69D, 69ML, 73, 74).

Aucun département n'est favorable sur l'ensemble des segments.

Certains disposent de points d'appui solides sur l'EHPAD, le domicile, l'accès aux soins ou le répit, mais présentent simultanément des fragilités sur la médicalisation, les USLD, le domicile renforcé ou les publics complexes. Il n'y a donc pas une région à deux vitesses, mais des trajectoires territoriales différenciées.

L'offre socle est mieux structurée que les réponses aux besoins les plus complexes

Certains départements apparaissent relativement bien positionnés notamment concernant les EHPAD ou les services à domicile.

Pour autant, le défi du pic démographique ne sera pas uniquement de disposer de davantage de places. Il faudra être capable d'accompagner des personnes plus dépendantes, polypathologiques et plus complexes, ou encore précaires en établissement comme à domicile.

Le virage domiciliaire est engagé, mais sa robustesse reste à construire

Les territoires ont largement engagé le virage domiciliaire, mais il y a un décalage entre l'existence d'une offre et sa capacité réelle à répondre à l'augmentation future des besoins.

Sur les services d'aide et de soins à domicile, plusieurs territoires disposent déjà d'un maillage relativement structuré, mais le dimensionnement reste fréquemment insuffisant.

Le constat est encore plus net sur l'offre renforcée à domicile : la continuité des interventions, l'accompagnement spécialisé, les nuits et les week-ends restent fragiles dans une grande partie de la région.

La performance future dépendra de plus en plus des interfaces entre les offres

Plus nous développerons les CRT, les équipes mobiles, l'HAD, les SAD, les solutions de répit ou l'habitat intermédiaire, plus la performance dépendra de la capacité à les faire fonctionner ensemble.

Le risque futur ne sera donc pas uniquement le manque de capacités ; ce sera aussi la fragmentation d'une offre devenue plus complexe.

Typologies de territoires

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.**

Points saillants des priorités d'évolution du secteur pour s'adapter à l'augmentation des personnes âgées en perte d'autonomie

La réponse attendue n'est pas une simple augmentation de capacités, mais une recomposition de l'offre

Les réponses combinent **créations, redéploiements, maintien ciblé de capacités, rénovation du bâti, spécialisation et développement de solutions intermédiaires**.
Prospectivement, cela signifie qu'il faut sortir d'une opposition entre **établissement et domicile**. Les réponses départementales décrivent plutôt une offre graduée dans laquelle l'EHPAD, l'USLD, le domicile, le répit et l'habitat intermédiaire doivent évoluer simultanément. Le véritable enjeu de programmation sera donc de déterminer, territoire par territoire, **quel équilibre de solutions permettra d'absorber le vieillissement sans créer à terme de capacités rigides ou inadaptées**.

La spécialisation devient nécessaire à mesure que les profils se complexifient

Les réponses convergent fortement sur le développement de solutions adaptées aux **PHV, troubles neurocognitifs et comportementaux, précarité, situations médicales lourdes ou besoins de répit**. Cela traduit un changement de modèle : l'offre généraliste ne suffira pas à absorber l'augmentation de la dépendance et de la complexité. La stratégie devra donc combiner un **socle généraliste accessible partout** et des **ressources spécialisées organisées à une échelle territoriale pertinente**, sans chercher à dupliquer chaque expertise dans chaque établissement.

Les outils numériques et mutualisations doivent rester des leviers, non des substituts aux ressources

Télémédecine, télé-expertise, équipes mobiles, outils interopérables et mutualisations sont régulièrement cités, notamment pour le domicile renforcé, la médicalisation, l'accès aux soins et les troubles du comportement.
Ils peuvent permettre une meilleure diffusion des ressources rares et éviter de reproduire partout toutes les expertises.

Le répit et les solutions intermédiaires deviennent des infrastructures du maintien à domicile

Le **développement ou la diversification des accueils de jour, hébergements temporaires, accueil de nuit, relayage ou plateformes de répit** apparaît unanimement comme une nécessité. Parallèlement, les DD souhaitent développer **résidences autonomie, habitat inclusif et autres formes intermédiaires.**
Ces offres ne doivent plus être considérées comme périphériques. À mesure que le domicile devient le lieu principal de vieillissement, elles constituent des **solutions de prévention de la rupture**, aussi bien pour la personne que pour l'aidant. Leur rôle futur sera de **retarder ou éviter certaines entrées en établissement et certaines hospitalisations**, à condition d'être accessibles, visibles et suffisamment réparties.

Le parcours devient progressivement l'unité de référence de la transformation

La coordination devient critique à mesure que l'offre se diversifie. Plus le modèle évoluera vers une combinaison de domicile, EHPAD, CRT, HAD, équipes mobiles, filières gériatriques, hôpital, médecine de ville, habitat intermédiaire, les collectivités, et offres spécialisées (ex: psychiatrie), plus **la performance dépendra de la qualité des interfaces entre dispositifs**.
La coordination doit donc être organisée, dotée en temps professionnel, outillée et pilotée, avec une responsabilité clairement identifiée sur les parcours**. À défaut, la multiplication des dispositifs peut paradoxalement accroître la complexité pour les usagers et les professionnels.**
Le risque n'est donc pas seulement de manquer d'offre, mais de disposer d'une offre fragmentée, mal articulée ou mobilisée trop tard.

Points saillants des priorités d'évolution du secteur pour s'adapter à l'augmentation des personnes âgées en perte d'autonomie

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes



Les ressources humaines constituent le premier verrou à la transformation de l'offre.

Il conditionne directement la possibilité de transformer l'offre. Créer ou financer une capacité ne garantit plus qu'elle puisse être effectivement ouverte et fonctionner. Les difficultés de **recrutement, de fidélisation et de continuité soignante** peuvent conduire à des lits gelés, limiter l'amplitude des interventions à domicile, empêcher l'ouverture d'unités spécialisées et fragiliser les dispositifs de nuit ou de week-end.

Cela suppose d'anticiper non seulement les volumes de professionnels nécessaires, mais aussi les **compétences futures** : gériatrie, troubles cognitifs et psychiatriques, soins complexes, précarité, addiction...



Les territoires doivent raisonner davantage en couverture réelle qu'en offre autorisée.

Les réponses départementales insistent fréquemment sur les bassins de vie, zones blanches, distances, listes d'attente, lits gelés et capacités effectivement ouvertes. Cette évolution est stratégique : elle traduit le passage d'une logique de stock administratif à une **logique d'accessibilité effective de l'offre**.

La synthèse régionale relève explicitement les effets de la ruralité, de la montagne, des kilomètres improductifs et des difficultés de transport sur la **couverture effective**. Ainsi, une même autorisation ou un même financement ne produit pas la même capacité effective selon le **contexte territorial**.

L'enjeu est donc de permettre des **modalités de financement, de programmation et d'organisation adaptées aux contraintes objectives de chaque territoire**.



La transformation exige des financements pluriannuels, mais aussi des modèles économiques différents

Les besoins financiers ne portent toutefois pas seulement sur la création de places. Ils concernent simultanément le fonctionnement, les ressources humaines, la rénovation du bâti, la médicalisation, les surcoûts des prises en charge complexes, les déplacements à domicile et la diversification des réponses.

La **soutenabilité économique** doit ainsi être pensée comme une **condition préalable de transformation, et non comme un ajustement a posteriori**.

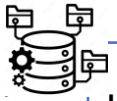
Les dispositifs hybrides, mobiles ou décloisonnés (notamment PA/PH) ne pourront se développer durablement si les financements restent strictement construits selon les anciennes frontières institutionnelles.



L'accessibilité financière pourrait devenir un frein croissant pour les personnes

Le reste à charge apparaît moins transversal que les RH ou les financements publics, mais il est significatif pour certains segments comme les EHPAD, le répit et il constitue le premier frein exprimé dans plusieurs formes d'habitat intermédiaire.

La stratégie devra donc **articuler soutenabilité des opérateurs et solvabilisation des usagers**, faute de quoi certaines solutions resteront sous-utilisées malgré l'existence d'un besoin.



La donnée devient une condition de pilotage prospectif

La connaissance fine des besoins, en particulier sur l'habitat, les publics précaires, les PHV ou les capacités réellement disponibles doit être améliorée.

L'enjeu est de construire une **observation continue**, et non un diagnostic ponctuel : évolution démographique, taux d'occupation, capacités ouvertes ou gelées, listes d'attente, refus, besoins complexes, disponibilité des professionnels et évolutions infra-départementales. Cette connaissance conditionnera la possibilité d'ajuster progressivement la trajectoire plutôt que de figer aujourd'hui une offre pour 2050.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Attestation d'Honorabilité : Déploiement de la consultation du Fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAISV) et du bulletin n°2 du casier judiciaire

Direction de l'autonomie

Sommaire

1. CONTEXTE ET CADRE JURIDIQUE

2. PERIMETRE DE CONTRÔLE

3. EN PRATIQUE, LES EMPLOYEURS, LES PROFESSIONNELS, LES BENEVOLES ET LES INTERVENANTS EXTERIEURS

1. CONTEXTE ET CADRE JURIDIQUE

1. CONTEXTE ET CADRE JURIDIQUE

Le FIchier Judiciaire national automatisé des Auteurs d'Infractions Sexuelles ou Violentes (FIJAISV ou FIJAIS) :

- Le FIJAISV est un fichier du Ministère de la Justice qui recense les personnes condamnées ou mises en cause pour certaines infractions sexuelles ou de grande violence ; à ne pas confondre avec le casier judiciaire national
- Créé en mars 2004 *(loi Perben II)* et entré en fonctionnement le 1er juillet 2005 en tant que FIJAIS, il a été rebaptisé FIJAISV suite à élargissement de son périmètre en décembre 2005 à des infractions particulièrement violentes *(crimes graves)*
- Ces infractions sont visées à l'article 706-47 du code de procédure pénale et portent principalement sur les crimes et délits sur mineurs, les crimes et délits de viol, les délits d'agressions sexuelles, mais également les crimes de torture ou d'actes de barbarie, les crimes de meurtre ou d'assassinat en état de récidive légale
- L'inscription au FIJAISV vise à prévenir le renouvellement de ces infractions et à faciliter l'identification et la localisation de leurs auteurs *(qui doivent justifier régulièrement de leur adresse et déclarer tout changement)*

1. CONTEXTE ET CADRE JURIDIQUE

- Il recense les personnes condamnées, définitivement ou non, mises en examen *(automatique pour crime et facultatif pour délit)*, ayant exécuté une composition pénale ou ayant fait l'objet d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement dans le cadre d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental *(+ décisions similaires émanant d'un pays étranger sous certaines conditions / + cadre spécifique mineurs de plus de 13 ans : mesure éducative, dispense de mesure éducative, déclaration de réussite éducative)*

- L'inscription au FIJAISV est automatique pour les peines de prison = ou > à 5 ans ou lorsque la victime de l'infraction est mineure (intervient sur demande de la juridiction, du juge d'instruction ou du procureur dans les autres cas)

- Les informations sont conservées 30 ans pour un crime ou un délit puni de 10 ans de prison ou plus, 20 ans dans les autres cas (délais réduits à 10 ans si l'auteur de l'infraction est mineur) ; elles sont effacées en cas de décision définitive de non lieu, de relaxe ou d'acquittement

- Il comptait environ 85 000 inscrits en 2020 (contre 79 000 en 2018, 43 500 en 2008 et 20 000 dès sa création)

1. CONTEXTE ET CADRE JURIDIQUE

Secteur sanitaire et médico-social : références et actions conduites au niveau national

- Articles 706-53-1 à 706-53-12 et R. 53-8-1 à R. 53-8-39 du code de procédure pénale (CPP) et notamment les **articles 706-53-7 et R. 53-8-24 CPP**

- Loi n°2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants (article 20) : renforcement des dispositions de **l'article L.133-6 du CASF**

- Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024
  Dite « loi Bien vieillir »

- La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) déploie depuis plusieurs mois un dispositif dématérialisé dénommé **SI Honorabilité**, destiné à renforcer, simplifier et systématiser le contrôle des antécédents judiciaires des professionnels et bénévoles intervenant dans les secteurs mentionnés à l'article L. 133-6 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

- Dans la continuité de sa mise en œuvre dans d'autres domaines tels que celui de la protection de l'enfance, le 29 avril 2026 est publié au journal officiel
  - Le décret prévoyant l'extension du système d'information honorabilité (par attestation d'honorabilité) aux champs des personnes en situation de handicap et personnes âgées (décret n°2026-324 du 28 avril)
  - L'arrêté fixant le calendrier de déploiement (enfants en situation de handicap, adultes en situation de handicap, puis personnes âgées)

1. CONTEXTE ET CADRE JURIDIQUE

- **Particularité du champ médico-social : la loi n°2022-140 du 7 février 2022 (article 20) conforte et renforce les dispositions existantes de l'article L. 133-6 du CASF (à compter du 1er novembre 2022) :**

➢ ***Modification alinéas 1 et 2 :*** *« Nul ne peut exploiter ni diriger l'un des* ***établissements, services*** *ou lieux de vie et d'accueil* ***régis par le présent code*** *ou ceux mentionnés à l'article L. 2324-1 du CSP [établissements et services gérés par une personne physique ou morale de droit privé accueillant des enfants de moins de six ans / Compétence PCD], y intervenir ou y exercer une fonction permanente ou occasionnelle, à quelque titre que ce soit, y compris bénévole, ou être agréé au titre du présent code, s'il a été condamné définitivement »* soit pour un crime, soit pour un délit - dont ceux sur mineurs - expressément cité et notamment : meurtre, assassinat, empoisonnement, menaces, viol, inceste, agression sexuelle, harcèlement moral, trafic de stupéfiants, trafic d'armes, mise en danger de la personne, omission de porter secours, abus de faiblesse, enlèvement, séquestration, proxénétisme, abandon de famille, vol, escroquerie, dégradation dangereuse pour les personnes, faux, terrorisme, etc…. *« L'incapacité s'applique également en cas de condamnation définitive à une peine supérieure à 2 mois d'emprisonnement sans sursis »* pour certains délits expressément cités (recel, corruption passive, trafic d'influence, usage illicite de stupéfiants…)

➢ ***Ajout alinéa 3 :*** *« Le contrôle des incapacités […] est assuré* ***par la délivrance du bulletin n° 2 du casier judiciaire*** *dans les conditions prévues à l'article 776 du code de procédure pénale* ***et par l'accès aux informations contenues dans le fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes*** *dans les conditions prévues à l'article 706-53-7 du même code, avant l'exercice des fonctions de la personne et à intervalles réguliers lors de leur exercice. »*

➢ **CONDAMNATIONS DEFINITIVES UNIQUEMENT**

➢ **TOUS LES ESMS (au-delà des seules activités ou professions impliquant un contact avec des mineurs)**

2. PERIMETRE DE CONTROLE

2. PERIMETRE DE CONTROLE

➢ **Le déploiement de cette nouvelle modalité de contrôle d'honorabilité (FIJAISV +B2) par la DGCS et par le biais de la délivrance d'une attestation d'honorabilité s'est déroulé en deux vagues successives pour ce qui concerne le champ des mineurs en situation de handicap** :

- A compter du 29 avril 2026 pour les régions Grand-Est, Hauts-de-France, Ile-de-France, La Réunion, Mayotte, Normandie, Occitanie
- A compter du 1er septembre 2026 pour les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre et Miquelon

➢ **Ce nouveau déploiement concerne l'ensemble des professionnels, bénévoles ou intervenants extérieurs accompagnant des enfants en situation de handicap au sein des établissements et services médico-sociaux : IME, ITEP, IEM, Etablissements pour enfants déficients sensoriels (EDS), EEAP, CAMSP, SESSAD…**

➢ Le calendrier prévisionnel pour les autres secteurs médico-sociaux est le suivant :

- Handicap adulte : **à compter du 1er trimestre 2027** (en 2 vagues géographiques successives).
- Grand-âge : **à compter du 1er trimestre 2028** (en plusieurs vagues géographiques – à déterminer au niveau national)

3. EN PRATIQUE POUR LES EMPLOYEURS, LES PROFESSIONNELS, LES BENEVOLES ET LES INTERVENANTS EXTERIEURS

3. EN PRATIQUE POUR LES EMPLOYEURS, LES PROFESSIONNELS, LES BENEVOLES ET LES INTERVENANTS EXTERIEURS

En tant qu'employeur vous aurez donc l'obligation réglementaire de :

- **Récupérer et vérifier la validité et l'authenticité** de l'attestation d'honorabilité de tous les professionnels et bénévoles intervenant au sein de votre établissement. La vérification de l'authenticité pourra être effectuée soit par le **scan du QR** code figurant sur l'attestation remise, soit via le site internet : https://honorabilite.social.gouv.fr
- Renouveler cette vérification tous les trois ans en cours d'exercice ;
- Conserver l'attestation dans le dossier administratif du professionnel ou du bénévole, jusqu'à présentation d'une nouvelle attestation.
- Concernant les personnes déjà en poste, vous disposerez d'un **délai de six mois** à compter de la date du déploiement pour récupérer leur attestation.
- Ce même site permet aux professionnels et bénévoles intervenant au sein de votre structure ou auprès des personnes que vous accompagnez d'obtenir des informations complémentaires sur la démarche et de formuler leur demande d'attestation.

3. EN PRATIQUE POUR LES EMPLOYEURS, LES PROFESSIONNELS, LES BENEVOLES ET LES INTERVENANTS EXTERIEURS

Comment demander une attestation d'honorabilité ?

- Le professionnel ou le bénévole doit demander lui-même son attestation d'honorabilité en ligne.

Toute demande d'attestation d'honorabilité s'effectue depuis le site dédié : https://honorabilite.social.gouv.fr/

Il s'agit d'une démarche dématérialisée qui nécessite l'accès à FranceConnect ou à une adresse mail individuelle.

- Si l'attestation est **valide, authentique et conforme**, la personne peut être recrutée et exercer son activité.
- Si la personne qui fait sa demande d'attestation d'honorabilité fait l'objet d'une incapacité d'exercice en raison d'une inscription sur le FIJAISV ou sur son B2 du casier judiciaire l'interdisant un exercice en ESMS, **elle ne recevra pas son attestation.**
- Si la personne **ne dispose pas de son attestation d'honorabilité**, l'établissement ne peut ni l'embaucher ni la laisser exercer son activité.

Lien utile : Questions - réponses | Attestation d'honorabilité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

QUESTIONS DIVERSES

Direction de l'autonomie

QUESTIONS DIVERSES

- Actualités sur la TDO
- Lancement des travaux de renouvellement du PRS

Calendriers

Prochaines séances CRC :

- 3 décembre matin