

- qualitative, avec la réalisation d'enquêtes par entretiens menées auprès de représentants de l'ARS, de l'Education nationale (Rectorat, Inspection Académique), d'établissements scolaires, d'ESMS, de MDPH, et de familles d'enfants handicapés.

L'accès à l'emploi des jeunes handicapés

L'exercice d'une activité professionnelle est conçu par la loi du 11 février 2005 comme un élément majeur de la citoyenneté des personnes handicapées.

Le principe de non-discrimination en raison du handicap et d'égal accès à l'emploi et à la formation professionnelle doit conduire à mobiliser autant que possible les dispositifs de droit commun au service du projet professionnel et plus largement du projet de vie de la personne handicapée.⁴⁵

Pour améliorer l'insertion professionnelle des 16-25 ans, il faut associer l'ensemble des partenaires que sont l'ARS, l'Education Nationale, les conseils généraux, les centres de formation d'apprentis, le Service public de l'emploi....

Il apparaît opportun d'évaluer notamment :

- les liaisons à établir ou à conforter avec la DIRECCTE et l'AGEFIPH, afin de créer des passerelles entre le milieu protégé et le milieu ordinaire, et ainsi fluidifier les parcours en ESAT et CRP.
- le développement coordonné des ESAT et des foyers d'hébergement, qui nécessite une coordination étroite avec les départements.
- la coordination avec le Conseil régional, notamment pour les liens à établir vis-à-vis des CFA et des établissements accueillant des adolescents
- le partenariat ARS/DRJSCS sur les modalités d'accès des personnes handicapées aux minima sociaux (articulation dans le cadre des instances de la MDPH : COMEX, CDAPH).

Cette évaluation se fondera sur une analyse :

- quantitative des données de l'ARS et des données fournies par les différents partenaires (l'Education nationale, les conseils généraux....)
- qualitative, avec la réalisation d'enquêtes par entretiens menées auprès de représentants de l'ARS, de l'Education nationale (Rectorat, Inspection Académique), des conseils généraux, de la DIRECCTE, de l'AGEFIPH...

Les dispositifs d'accueil temporaire des personnes âgées

Dans un contexte de recherche de réponses adaptées aux parcours de vie des personnes âgées et aux besoins des aidants informels qui assurent la charge d'un conjoint ou d'un parent, une analyse du fonctionnement des services d'accueil temporaire (par opposition aux dispositifs d'accueil permanent), des conditions de leur réussite et des difficultés rencontrées s'avère nécessaire⁴⁶.

Les objectifs de cette évaluation intermédiaire sont de mettre en évidence :

- les attentes des aidants et des professionnels,
- les freins et les facteurs de réussite identifiés par les institutions, par les professionnels et par les usagers de ces dispositifs d'accueil temporaire, que sont les accueils de jour et les services d'hébergement temporaire. Parmi les freins à explorer, la question des transports fera l'objet d'une interrogation spécifique.

Cette évaluation se fondera sur une analyse :

- quantitative des rapports d'activité des établissements, de l'enquête EHPA, des données issues de Statiss, Finess....

⁴⁵ ONSA, Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale, mai 2011

⁴⁶ GERONTO-CLEF - Centre Languedocien d'Etude et de Formation en gérontologie, Accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes atteints de maladie d'Alzheimer : attentes, freins, et facteurs de réussite, mars 2010

- qualitative avec la réalisation de visites sur site d'établissements et d'enquêtes par entretiens menées auprès de représentants des institutions (CG, ARS), des professionnels de santé, des représentants de CLIC, de réseaux de santé, des entreprises de transports et avec des aidants.

6.1.2 Une évaluation finale du schéma est proposée en 2016

L'évaluation finale du schéma a pour objectif d'analyser les résultats obtenus.

Ainsi, l'évaluation finale devrait fournir les informations et analyses nécessaires pour apprécier :

- la pertinence du schéma
- la cohérence interne et externe du schéma
- l'efficacité du schéma : première estimation de l'atteinte des objectifs fixés en termes de résultats et d'impacts

• Proposition des questions évaluatives finales (2016)		
Thème	Question	Motivation du choix
La pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Le schéma apporte-t-il des réponses aux besoins identifiés dans le diagnostic régional ? • Quelle est l'articulation du schéma avec les autres schémas, et avec les autres politiques socio-sanitaires en Bourgogne ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les modalités de prise en compte du diagnostic des besoins • Evaluer les critères de choix des priorités du schéma par rapport à l'importance des besoins • Evaluer les modalités de concertation et d'implication des partenaires
La cohérence	<ul style="list-style-type: none"> • Comment les objectifs généraux se déclinent-ils en objectifs spécifiques ? • Comment les objectifs spécifiques se déclinent-ils en actions ? • En quoi les indicateurs retenus dans le schéma sont de nature à suivre les progrès réalisés ? • Quel est le niveau de connaissance du schéma par les autres institutions et par les professionnels de terrain ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer l'articulation entre les différents niveaux d'objectifs • Evaluer l'intégration des thèmes transversaux • Evaluer la déclinaison des objectifs du schéma en actions locales • Vérifier que les indicateurs soient pertinents, renseignables et effectivement suivis • Vérifier que le schéma soit connu, compris et utilisé par les autres institutions et par les professionnels de terrain
L'efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le niveau d'atteinte des objectifs généraux du schéma ? • Le schéma a-t-il permis de diminuer les inégalités territoriales ? • Le schéma a-t-il contribué au respect des choix de vie des usagers ? • Le schéma a-t-il contribué à l'efficience des établissements et services médico-sociaux ? • L'identification des besoins dans le secteur médico-social s'est-elle améliorée ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les effets et l'utilité du schéma en tant que réponses aux problèmes identifiés initialement • Evaluer la qualité des partenariats développés dans le cadre du schéma • Evaluer les modalités d'utilisation du schéma par les différents acteurs • Evaluer l'utilisation des ressources

6.2 Suivi annuel du schéma

Le suivi annuel du SROMS est un outil de pilotage comparant ce qui est réellement fait à ce qui était déclaré lors de la formulation du projet.

Le suivi se fonde sur un système de tableaux de bord qui permet de visualiser le déroulement de la mise en œuvre des objectifs généraux et des objectifs spécifiques. Les tableaux de bord sont utiles et nécessaires à la réalisation des évaluations intermédiaire et finale.

Dans les tableaux de bord, il s'agit de mesurer les écarts entre les objectifs et leur réalisation : cet écart est mesuré à l'aide d'indicateurs :

- des indicateurs d'impact du schéma.
- des indicateurs de suivi de la mise en œuvre du schéma.

6.2.1 Suivi annuel de l'impact du schéma

Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la vie sociale et la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap			
1. Favoriser une égalité d'accès au dépistage des handicaps sur l'ensemble de la région	Nombre d'implantations CAMSP par département	Côte d'Or : 13 Nièvre : 5 Saône et Loire : 5 Yonne : 3 Région : 26	Côte d'Or : 13 Nièvre : 5 Saône et Loire : 8 Yonne : 4 Région : 30 Soit + 4 antennes
2. Assurer la précocité et la qualité du diagnostic par les CAMSP	Proportion des enfants de moins de 1 an pris en charge dans la file active des CAMSP (reçus au moins une fois dans l'année)	0,91 %	En augmentation pour se rapprocher du chiffre national de 12%
3. Assurer le relais de la prise en charge à l'issue de l'accompagnement en CAMSP	Proportion d'enfants restés sans solutions à l'issue d'un accompagnement en CAMSP	La valeur régionale initiale sera déterminée suite à l'étude sur les CAMSP de la région préconisée par le SROMS.	Inférieur à 5 % (chiffre France entière)
4. Faire évoluer l'offre pour davantage d'inclusion des enfants et adolescents en situation de handicap	Part des services dans l'offre médico-sociale globale dans le champ de l'enfance handicapée ⁴⁷ par département	Côte d'Or : 42,8 % Nièvre : 28,2 % Saône et Loire : 30,9 % Yonne : 15 % Région : 31,2 %	Le cible de 28,3% du CPOM ARS pour les PH <u>enfants et adultes</u> est atteinte Objectif d'une poursuite de l'augmentation générale, notamment dans la Nièvre et dans l'Yonne

⁴⁷ L'indicateur reprend le CPOM ARS mais pour les enfants seulement, avec le calcul suivant : nbre de BESSAD / nbre d'IME + ITEP + CME + IEM + BESSAD + établissements expérimentaux. Chiffres des places financées au 31/12/2011

5. Conforter la coopération entre les ESMS et les établissements scolaires	Nombre de "groupe technique départemental de suivi de la scolarisation" constitué	1 (en Saône et Loire)	4 (1 dans chaque département)
6. Développer des solutions adaptées à certains types de handicap insuffisamment pris en compte	Nombre de SAAAIS créés pour l'accompagnement des enfants handicapés visuels	2 (1 en Côte d'Or et 1 dans la Nièvre)	4 (1 dans chaque département)
	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (TED) ⁴⁸ (cf CPOM ARS)	43 % en 2011 (soit 279 places dédiées à l'autisme au 31/12/2011)	50 % (soit 310 places dédiées)
Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale, dans l'emploi et dans la perte d'autonomie			
7. Faciliter l'accès aux soins et aux actions de prévention	% d'établissements accueillant des personnes handicapées ayant élaboré une stratégie de prévention sur l'hygiène bucco-dentaire	ND	70%
8. Accompagner les personnes handicapées dans leur choix de vie	Part des services dans les ESMS pour adultes handicapés / département ⁴⁹ (CPOM ARS)	Côte d'Or : 16,9 % Nièvre : 15,7 % Saône et Loire : 19,2 % Yonne : 19,8 % Région : 18,1 %	Côte d'Or : 30,9 % Nièvre : 21,6 % Saône et Loire : 19,2 % Yonne : 25,3 % Région : 24,8 %
9. Assurer une meilleure coordination des différents professionnels intervenant auprès de la personne handicapée à domicile	% de SAMSAH utilisant un dossier de suivi partagé	ND	100 %

Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
10. Soutenir les aidants	Part des places en accueil de jour et hébergement temporaire en FAMMAS / département	Côte d'Or : 8,56 % Nièvre : 7,39 % Saône et Loire : 10,47 % Yonne : 2,80 % Région : 7,86 %	En augmentation notamment dans l'Yonne : cible à finaliser suite aux travaux d'évaluation des besoins
11. Améliorer l'insertion professionnelle des 16 - 25 ans	% de jeunes handicapés sortant d'un ME/IMPRO avec une qualification / département	ND	La cible sera fixée après le premier recueil de données

⁴⁸ Le taux d'évolution est calculé à partir d'une valeur de référence 2007 (cf CPOM ARS)

⁴⁹ L'indicateur reprend le CPOM ARS mais pour les adultes seulement, avec le calcul suivant : nbre de places en SAMSAH + SSIAD PH / nbre de places en SAMSAH + SSIAD PH + MAS + FAM + CRP + CPO. Chiffres des places financées au 31/12/2011. Les places de CRP et CPO à vocation régionale mais concentrées dans l'Yonne, ont été réparties sur les 4 départements.

12. répondre de manière spécifique à l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques	Nombre de places en structures et services spécifiquement dédiés à l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques / département	- 42 places de SAMSAH (dont 22 en 21 et 20 en 89) - 59 places d'ESAT dont 35 en 21 et 24 en 71)	+ 112 places de SAMSAH prévues dans le SROMS Création de places d'ESAT
13. Apporter des réponses à des besoins régionaux en matière d'insertion professionnelle des adultes handicapés	Nombre d'implantations CPO et CRP	1 (dans l'Yonne)	4 (1 dans chaque département)
14. Adapter l'évolution des ESAT aux besoins des personnes handicapées et aux réalités économiques	Part des personnels éducatifs et sociaux qualifiés (ETS, ET, MA, ES, ME, AMP, AS, CESF, animateur...) / département	58,6 % chiffre national 2006 à actualiser régionalement à partir de l'enquête ES 2010 et des comptes administratifs des ESAT	En augmentation
15. Traiter les situations où la réponse apportée est inadéquate	Nombre de places médico-sociales financées à partir d'un transfert de crédits du sanitaire	ND-	173 places de MAS
16. Promouvoir la continuité des soins entre les établissements de santé et les FAM / MAS	% de FAMMAS ayant conclu une convention de partenariat avec des établissements de santé	ND-	100 %
17. Accompagner le vieillissement des personnes handicapées vivant à domicile ou en établissement	% de FAMMAS/SAMSAH ayant conclu un partenariat avec un EHPAD / département	ND	100% des structures confrontées au vieillissement de leurs usagers
Soutenir l'autonomie des personnes âgées			
18. Promouvoir la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées tant à domicile qu'en EHPAD	% de SSIAD, d'EHPAD ayant un objectif de formation de leur personnel à la prévention de la perte d'autonomie dans leurs contrats signés avec l'ARS (CPOM...)	ND	100 %
19. Privilégier le maintien et l'accompagnement à domicile	Part des services (dispositifs de maintien à domicile) dans les ESMS pour personnes âgées (SSIAD, AJ, HT) / département (CPOM ARS)	Côte d'Or : 17,01 % Nièvre : 16,64 % Saône et Loire : 16,68% Yonne : 13,94 % Région : 15,11 %	En augmentation, au-delà de la cible régionale de 16,4% du CPOM ARS, notamment dans l'Yonne car le maintien à domicile est un axe majeur du SROMS
20. Assurer une bonne articulation entre les différents acteurs engagés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées	Nombre d'ESMS pour personnes âgées ayant un objectif de développer les coopérations, les mutualisations, dans leur CPOM	ND	En développement, sans cible prédéfinie
21. Limiter les hospitalisations en urgence et favoriser la préparation des sorties d'hospitalisation	Nombre de personnes de + de 80 ans accueillies en services de médecine d'urgence	Indicateur national en cours de construction-	-

Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
------------------	----------------------------------	------------------------	----------------------

22. Accompagner et soulager les aidants	Part des AJ et HT dans l'offre globale pour personnes âgées	Côte d'Or : 4.26 % Nièvre : 2.06 % Saône et Loire : 3.46 % Yonne : 3.06 % Région : 3.37 %	Côte d'Or : 4.58 % Nièvre : 2.70 % Saône et Loire : 3.76 % Yonne : 3.64 % Région : 3.80 %
23. Améliorer la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées	Taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (UHR-PASA) au regard de l'objectif régional (CPOM ARS)	PASA : 46 % soit 23 PASA UHR : 33 % soit 3 UHR	PASA : 100% soit 50 PASA UHR : 100% soit 9 UHR
Organiser la prise en charge médico-sociale des personnes confrontées aux addictions			
24. Réussir l'approche globale en addictologie	Nombre de structures disposant des 4 compétences (médicale dont psychiatrique, paramédicale, psychologique, socio-éducative)	4	8
25. Organiser un parcours de soins cohérent par une bonne articulation avec la médecine de ville et le milieu hospitalier	Proportion de la file active non dépendante	De 16% (SDIT) à 60% (CSAPA pénitentiaire)	Augmentation dans chaque CSAPA
26. Construire une réponse médico-sociale précoce adaptée aux jeunes consommateurs de produits psycho-actifs	Proportion des jeunes de moins de 25 ans dans la file active CSAPA	De 6% (ANPAA21) à 64% (SEDAP-Tivoli)	Augmentation dans chaque CSAPA
Organiser la prise en charge médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques			
27. ACT : mieux prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques sévères, en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical	Nombre de places en Appartement de Coordination Thérapeutique / département	9 places pour 1 département	50 places réparties sur les 4 départements
28. LHSS : offrir une suite ou une alternative à l'hospitalisation aux personnes sans domicile sur l'ensemble de la région	Nombre de Lits Hôte Soins Santé / département	19 lits dans 2 départements	43 lits sur les 4 départements

Ces indicateurs de suivi annuel de l'impact du schéma pourront évoluer à l'épreuve de la mise en œuvre du SROMS, si certains se révèlent insuffisamment adaptés ou si d'autres apparaissent plus pertinents.

6.2.2 Suivi de la mise en œuvre du schéma

La mise en œuvre du schéma sera suivie par des indicateurs à renseigner régulièrement par la mise en place de procédures de recueil : ces indicateurs seront définis par les groupes en charge de l'exécution du schéma sur les différentes thématiques.

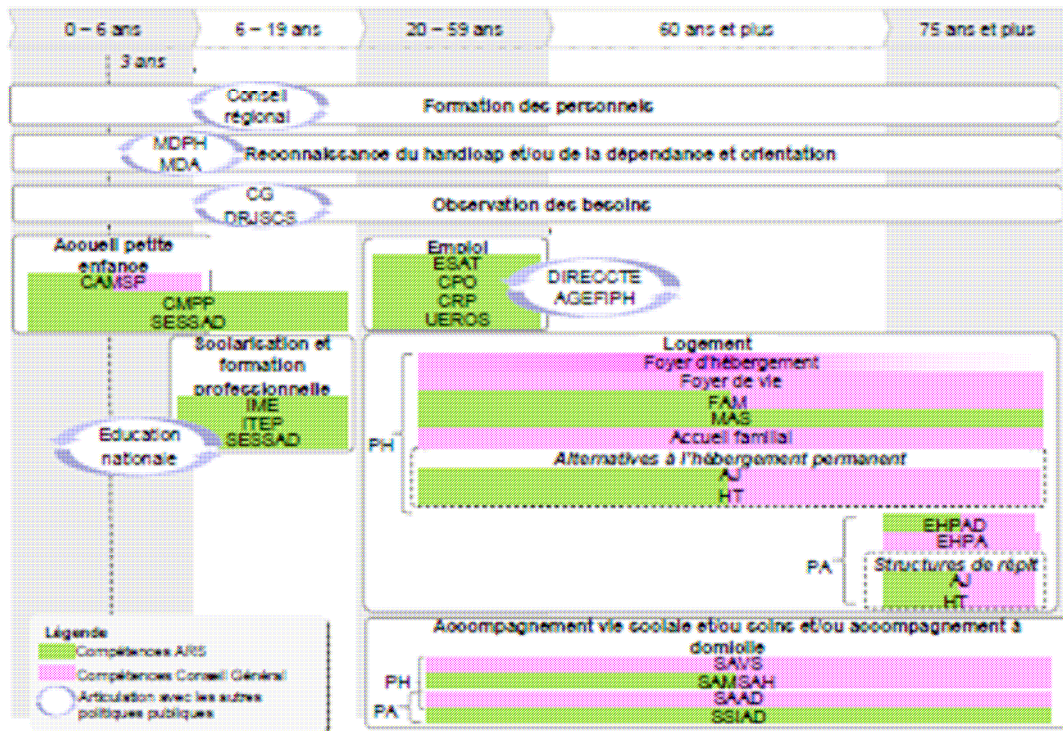
Schéma régional d'organisation médico-sociale de Bourgogne 2012/2016

ANNEXES et GLOSSAIRE

Sommaire

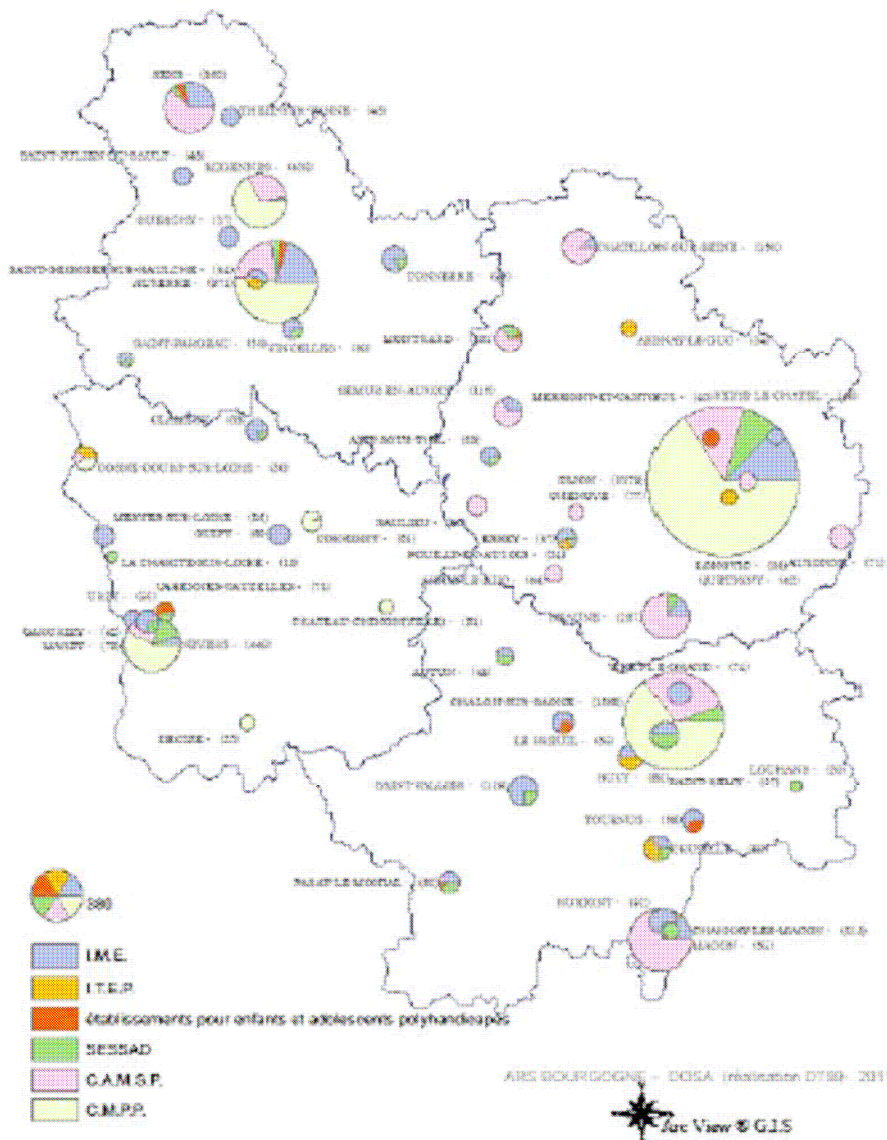
Annexe 1 – Cartographie de la répartition des compétences	67
Annexe 2 – Localisation des établissements et services pour enfants et adolescents handicapés	67
Annexe 3 – Localisation des IME et des ITEP	67
Annexe 4 – Localisation des SESSAD	67
Annexe 5 – Localisation des établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés	67
Annexe 6 – Localisation et file active des CAMPS et des CMPP	67
Annexe 7 – Localisation des établissements et services pour adultes handicapés	67
Annexe 8 – Localisation des MAS et des FAM	67
Annexe 9 – Localisation des SAVS, SAMSAH, SSIAD	67
Annexe 10 – Localisation des ESAT	67
Annexe 11 – Localisation des établissements d'hébergement permanent, places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour pour personnes âgées	67
Annexe 12 – Localisation des établissements d'hébergement permanent pour personnes âgées	67
Annexe 13 – Localisation des unités de soins de longue durée (USLD)	67
Annexe 14 – Localisation des services de soins à domicile pour personnes âgées (SSIAD et SPASAD)	67
Annexe 15 – Localisation des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour pour personnes âgées	67
Annexe 16 – Niveau de dotation des bassins de vie et pseudo-cantons bourguignons en infirmiers – avril 2009	67
Annexe 17 – Diagnostic handicap et vieillissement	67
Annexe 18 – Projections de population 2011 et 2015 de référence	67
Annexe 19 – Glossaire des sigles et acronymes	67

Annexe 1 – Cartographie de la répartition des compétences



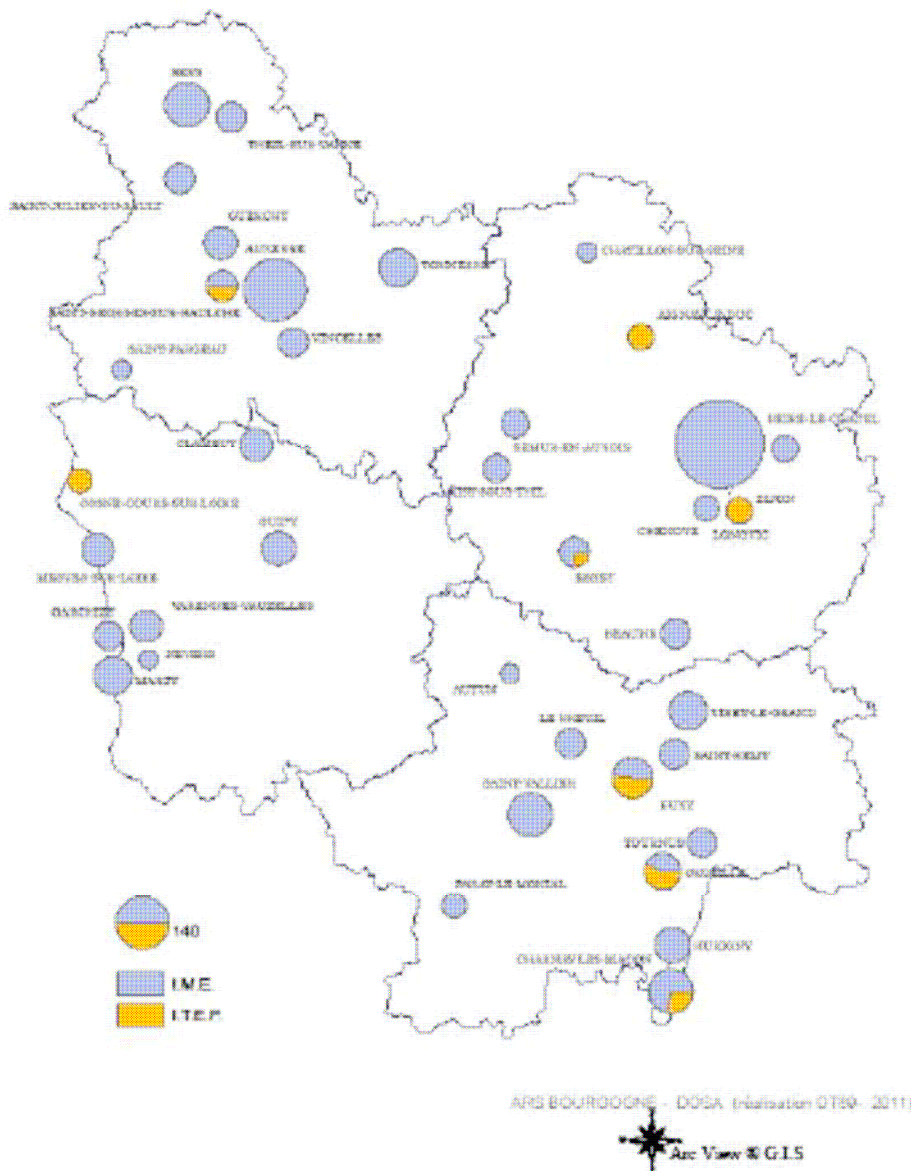
Annexe 2 – Localisation des établissements et services pour enfants et adolescents handicapés

LOCALISATION DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES
 POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPES
 EN BOURGOGNE
 (capacité autorisée au 31 12 2010 - source : FINESS)



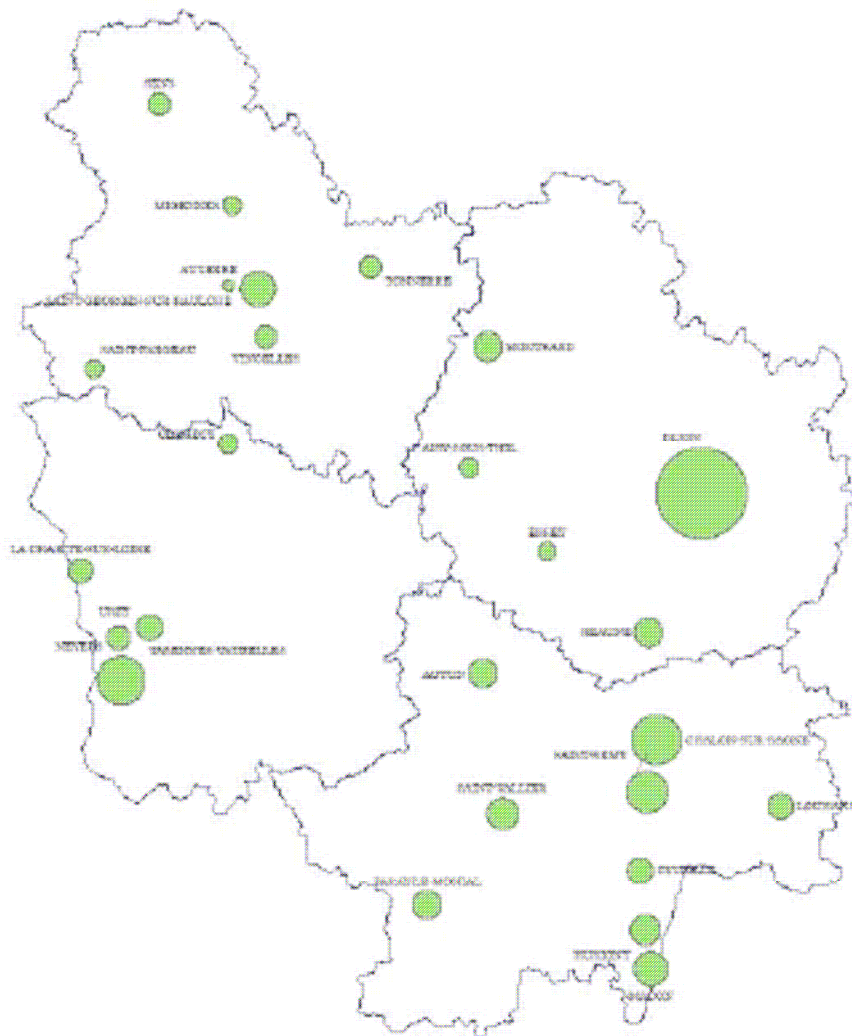
Annexe 3 – Localisation des IME et des ITEP

LOCALISATION DES IME ET DES ITEP EN BOURGOGNE
 (capacité autorisée au 31 12 2010 - source : FINESS)

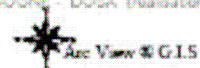


Annexe 4 – Localisation des SESSAD

LOCALISATION DES SESSAD EN BOURGOGNE
(capacité autorisée au 31 12 2010 - source : FINESS)

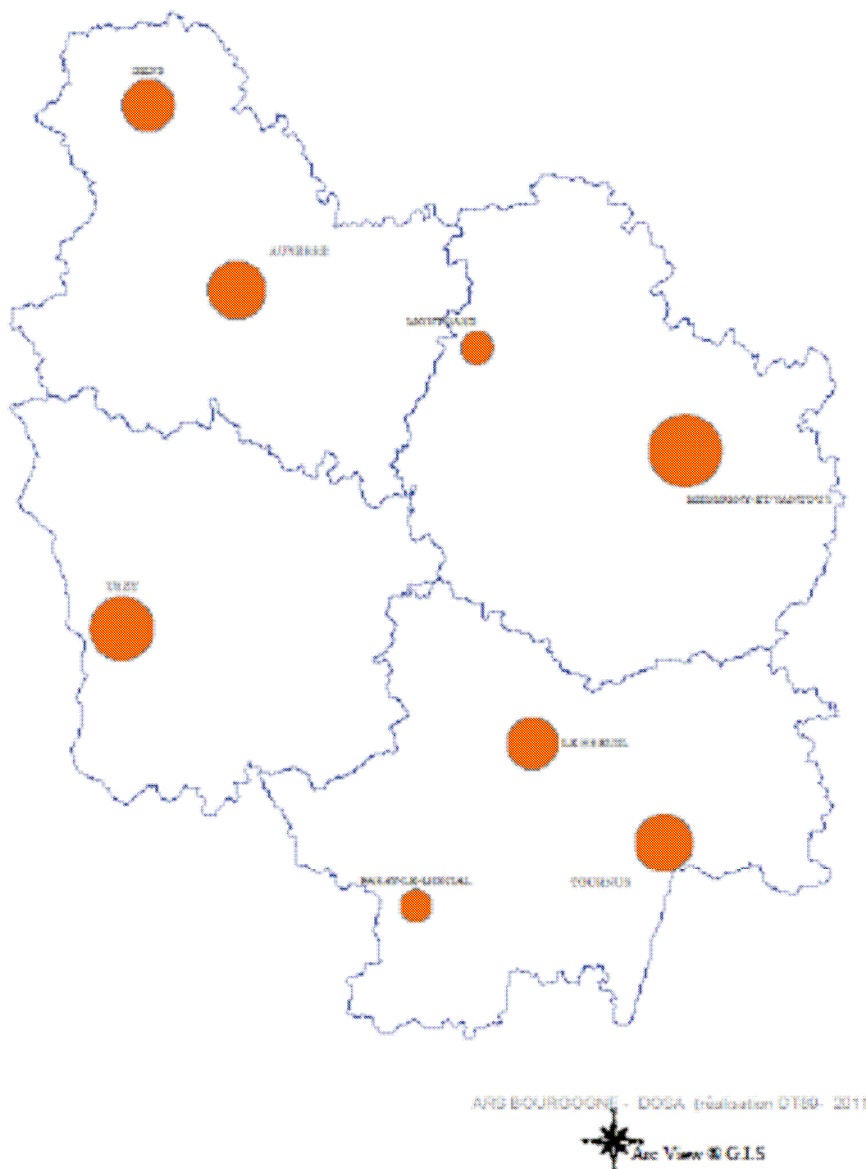


ARS BOURGOGNE - DOSA (réalisation DT80 - 2011)



Annexe 5 – Localisation des établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés

LOCALISATION DES ETABLISSEMENTS
 POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS POLYHANCAPES EN BOURGOGNE
 (capacité autorisée au 31 12 2010 - source : FINESS)



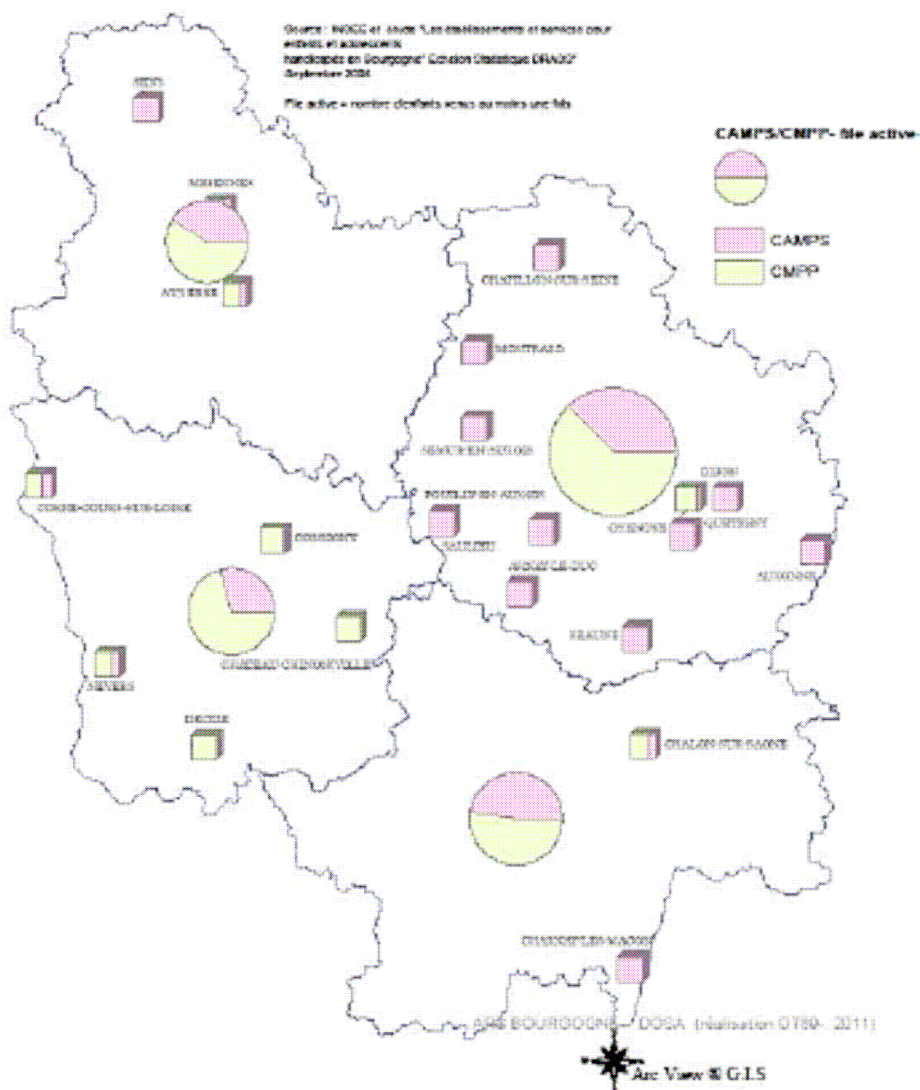
Annexe 6 – Localisation et file active des CAMPS et des CMPP

CAMPS ET DES CMPP EN BOURGOGNE
Localisation et file active

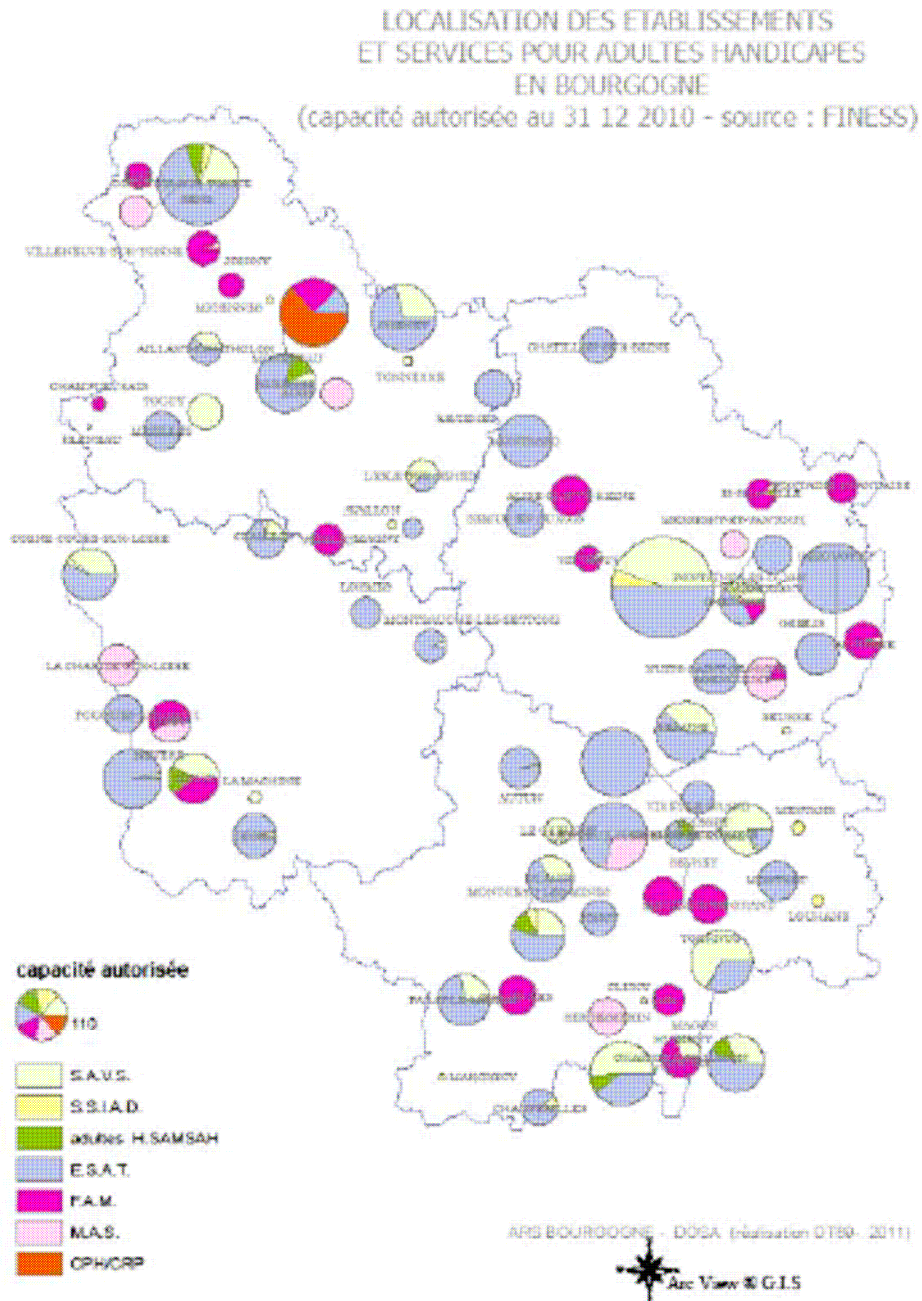
	PRO 2010 2016	PRO 2010 2016
	CAMPS	CMPP
Côte d'Or	1 131	1 250
Haute Saône	432	1 046
Yonne et Loire	830	800
Yonne	521	770
BOURGOGNE	2 992	4 731

Source : INSEE et étude "Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en Bourgogne" Conseil Régional BOURGOGNE, Septembre 2008

File active = nombre d'enfants dans au moins une file

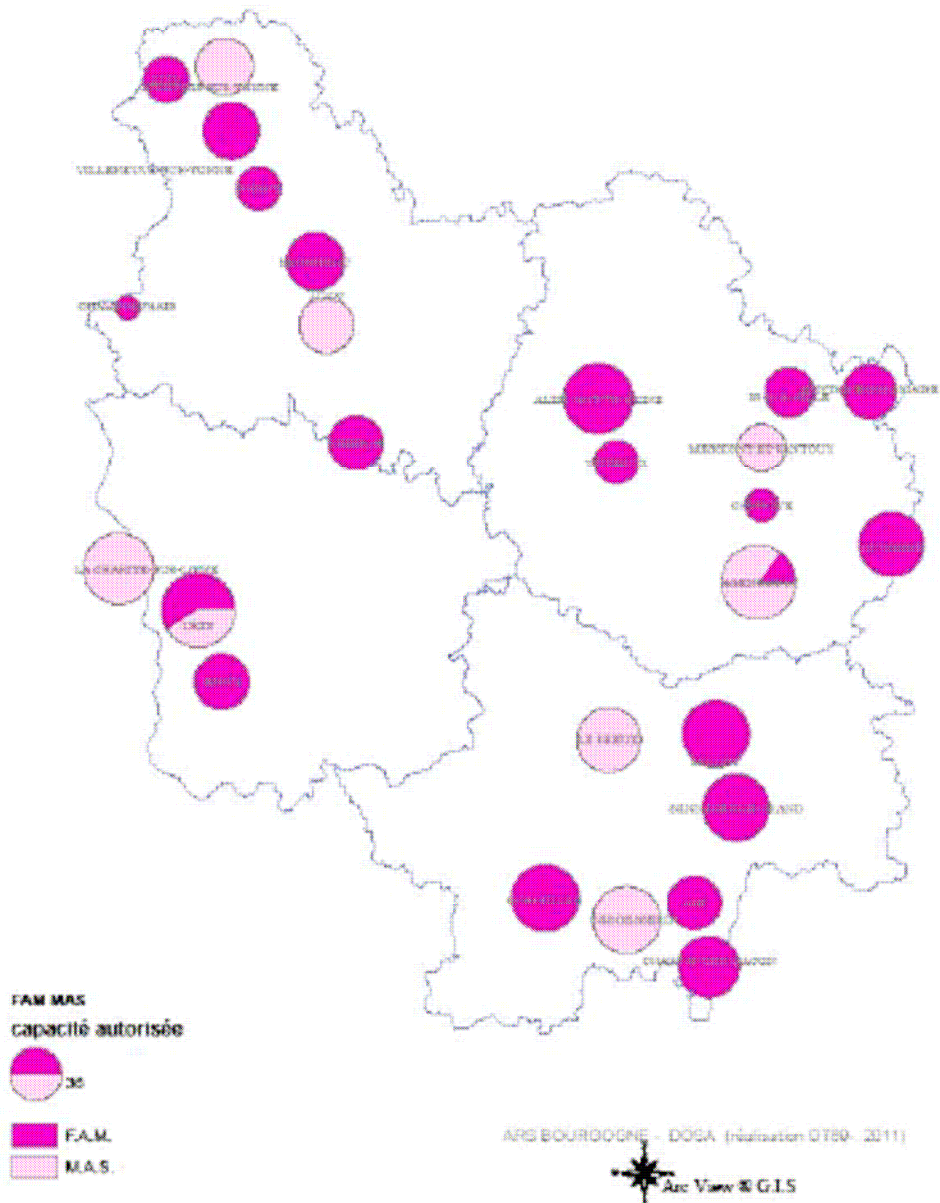


Annexe 7 – Localisation des établissements et services pour adultes handicapés



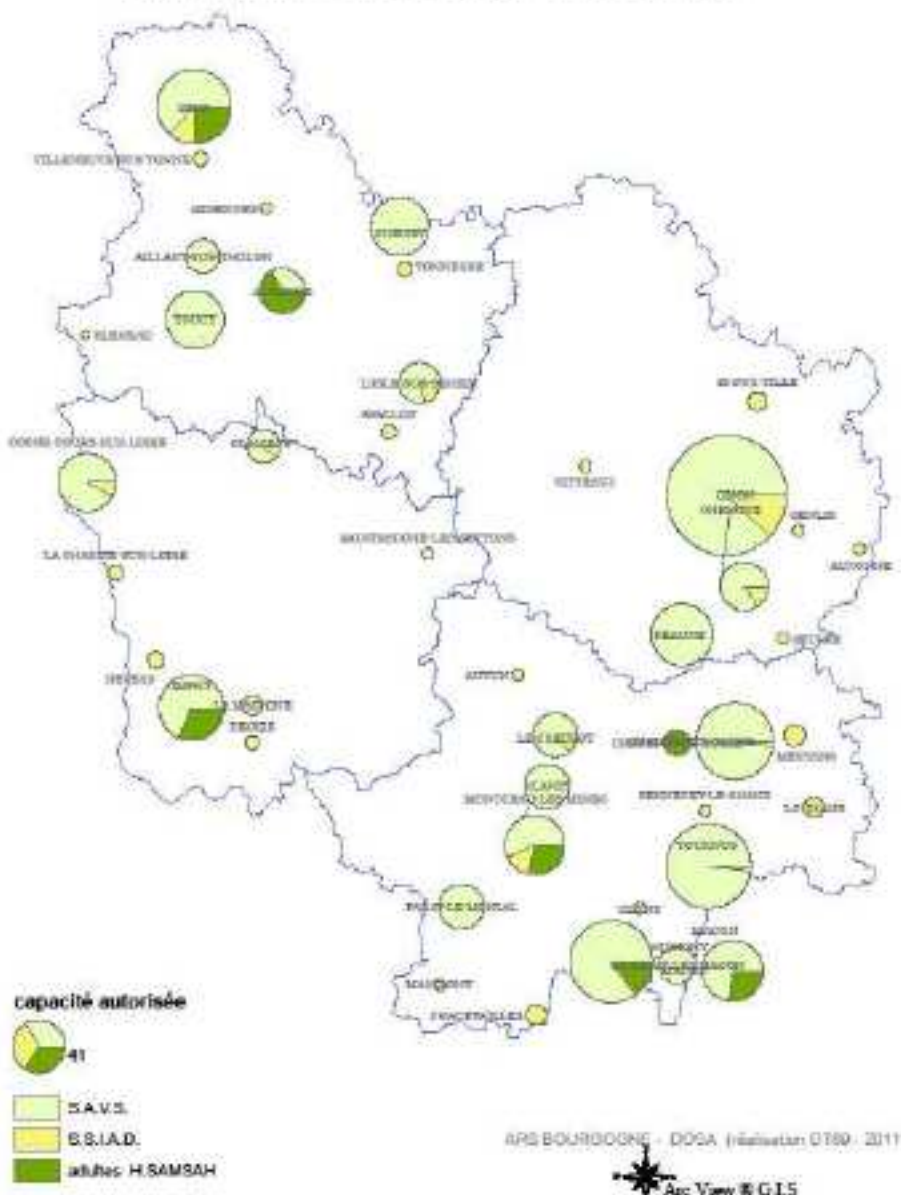
Annexe 8 – Localisation des MAS et des FAM

LOCALISATION DES MAS ET DES FAM EN BOURGOGNE
 (capacité autorisée au 31 12 2010 - source : FINESS)



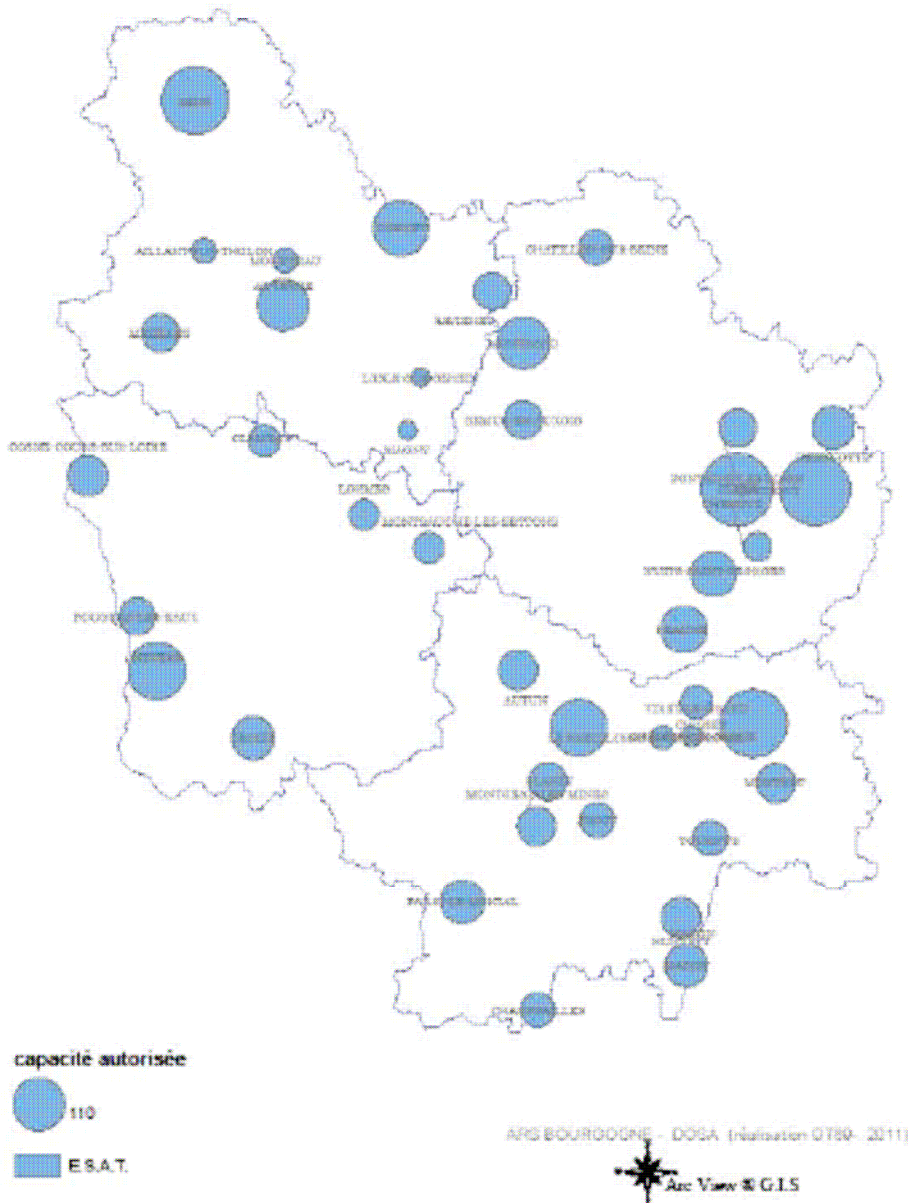
Annexe 9 – Localisation des SAVS, SAMSAH, SSIAD

LOCALISATION DES SAVS SAMSAH SSIAD EN BOURGOGNE
(capacité autorisée au 31.12.2010 - source : FITNESS)



Annexe 10 – Localisation des ESAT

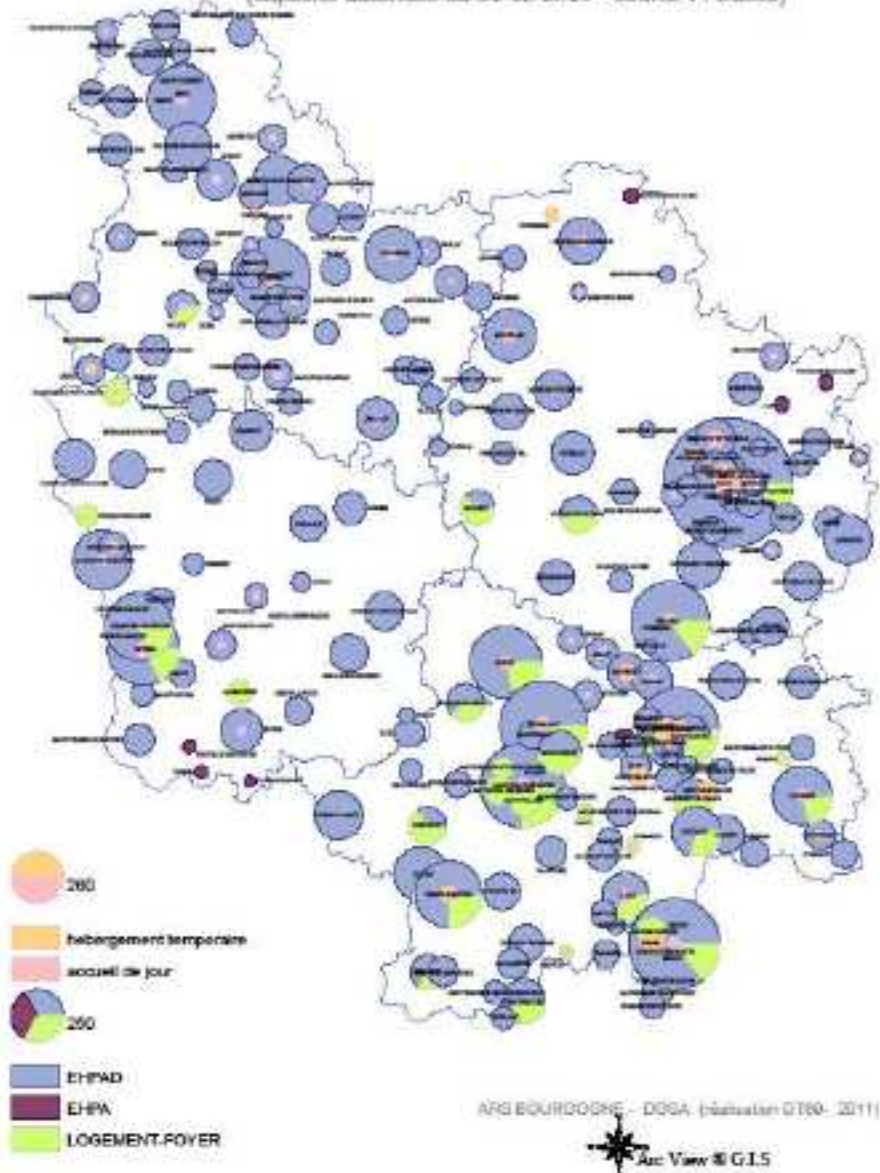
LOCALISATION DES ESAT EN BOURGOGNE
 (capacité autorisée au 31 12 2010 - source : FINESS)



Annexe 11 – Localisation des établissements d'hébergement permanent, places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour pour personnes âgées

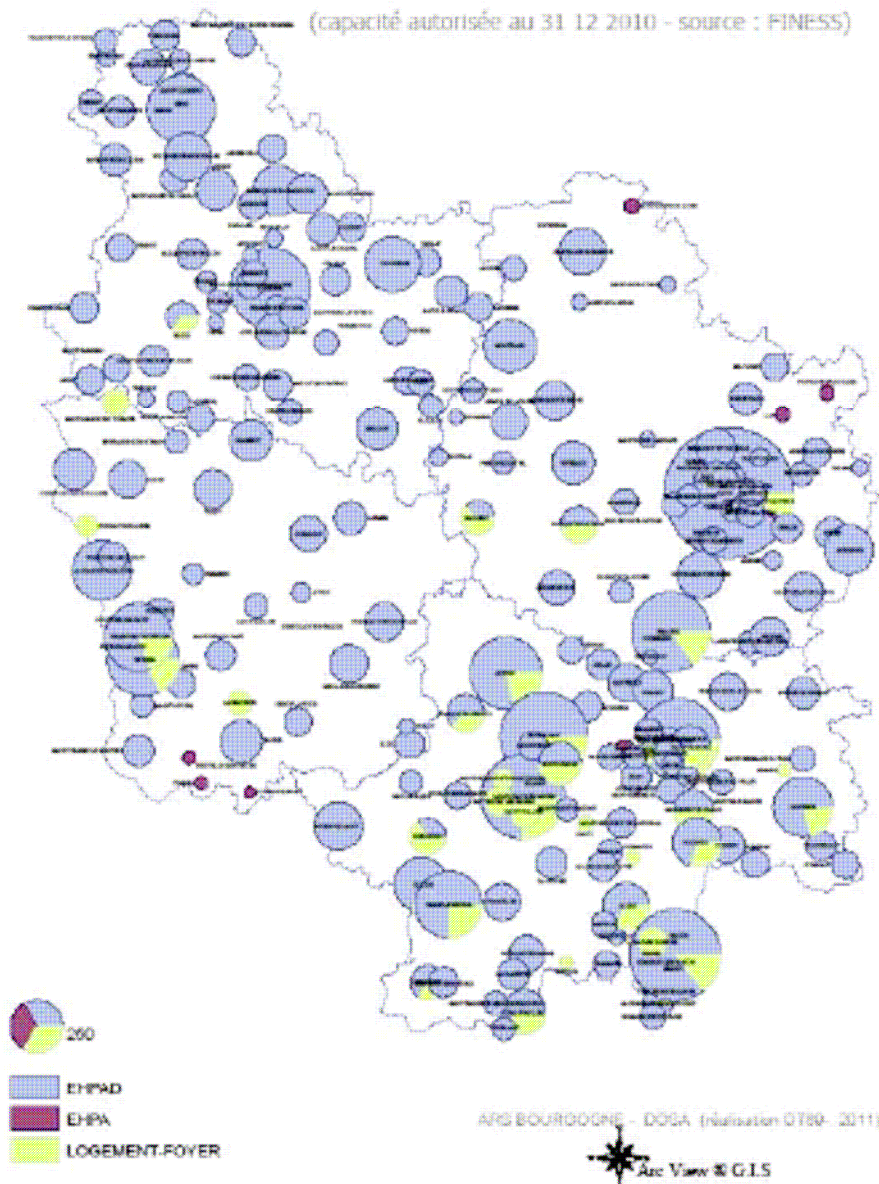
LOCALISATION DES ETABLISSEMENTS
 D'HEBERGEMENT PERMANENT,
 PLACES D'HEBERGEMENT TEMPORAIRE ET D'ACCUEIL DE JOUR
 POUR PERSONNES AGEES EN BOURGOGNE

(capacité autorisée au 31.12.2010 - source : FINESS)



Annexe 12 – Localisation des établissements d'hébergement permanent pour personnes âgées

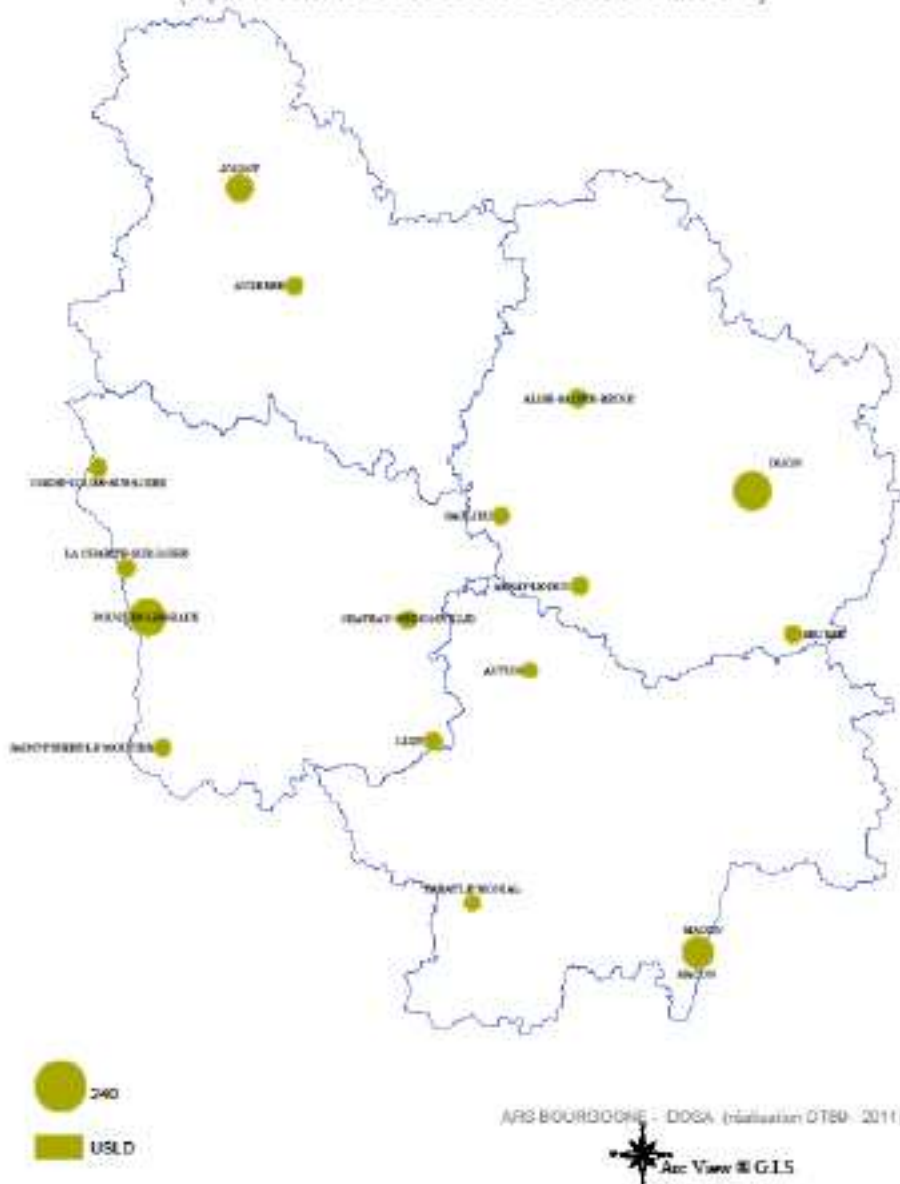
LOCALISATION DES ETABLISSEMENTS
 D'HEBERGEMENT PERMANENT,
 POUR PERSONNES AGEES EN BOURGOGNE



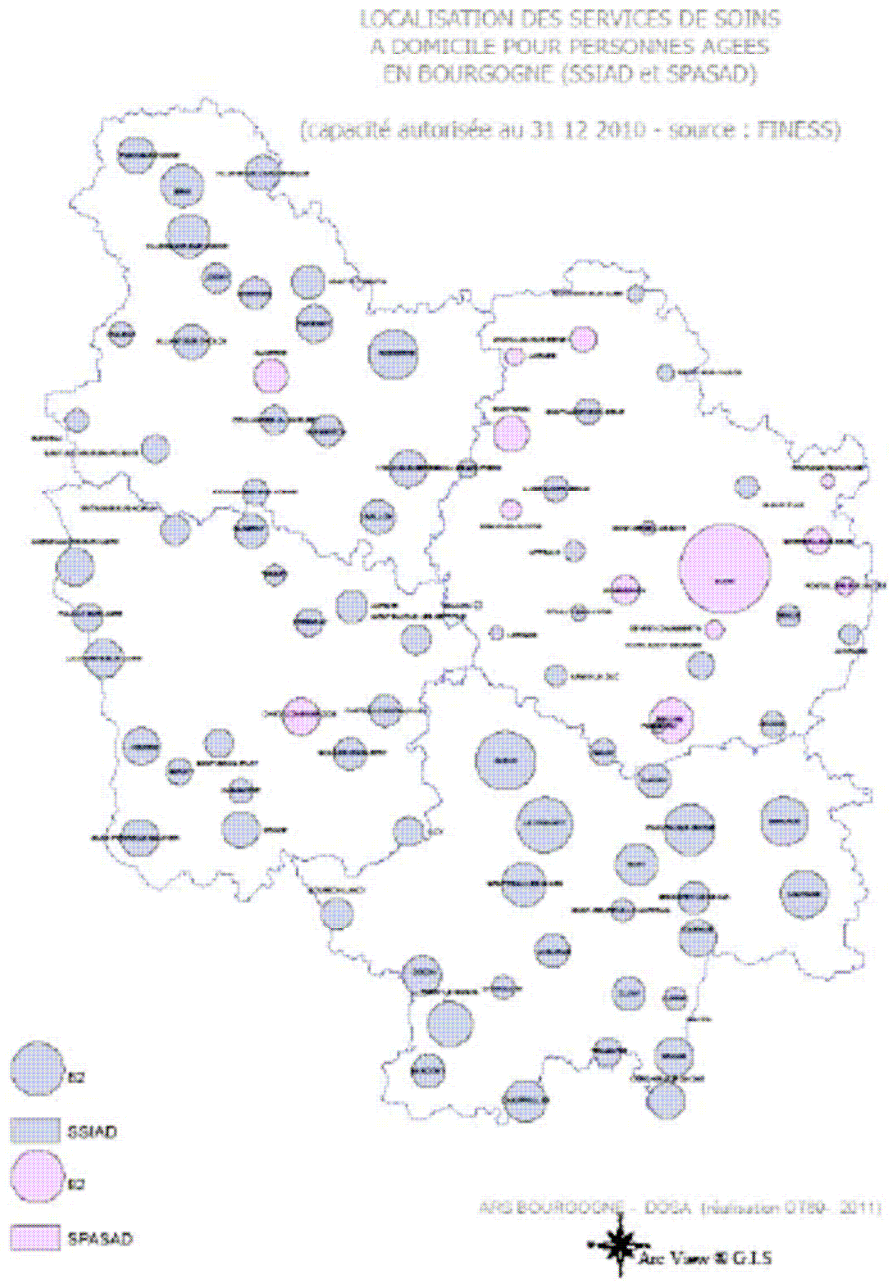
Annexe 13 – Localisation des unités de soins de longue durée (USLD)

LOCALISATION DES UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE (USLD) EN BOURGOGNE

(capacité autorisée au 31 12 2010 - source : FINESS-SAE)



Annexe 14 – Localisation des services de soins à domicile pour personnes âgées (SSIAD et SPASAD)

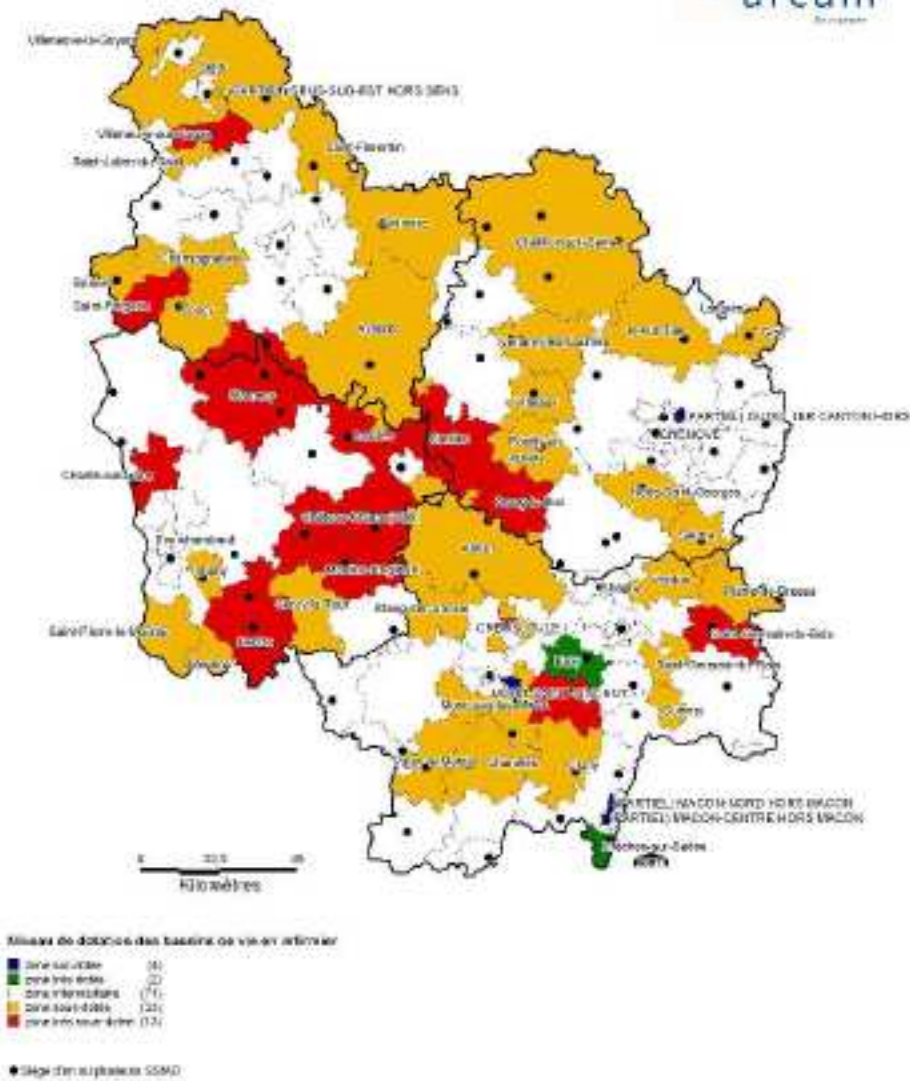


Annexe 15 – Localisation des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour pour personnes âgées



Annexe 16 – Niveau de dotation des bassins de vie et pseudo-cantons bourguignons en infirmiers – avril 2009

Niveau de dotation des bassins de vie et pseudo-cantons bourguignons en infirmiers
Avril 2009



Annexe 17 – Diagnostic handicap et vieillissement

**DIAGNOSTIC REGIONAL SUR LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL HANDICAP ET
VIEILLISSEMENT**

DANS LE CADRE DU PROJET REGIONAL DE SANTE (PRS)

ET DU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION MEDICO SOCIALE (SROMS)

(juin 2010 à juin 2011)

La desserte de la Bourgogne en équipements médico-sociaux est importante parmi les régions françaises en équipement global tant pour les enfants et adultes handicapés, que pour les personnes âgées mais avec de fortes disparités départementales.

Au total, les dépenses 2007 pour le financement des prestations individuelles de compensation pour personnes handicapées et personnes âgées s'élèvent à 439.8 millions d'€, pensions militaires d'invalidité de l'Etat, aide sociale départementale à l'hébergement et AGEFIPH non compris.

Les dépenses 2009 pour le financement des établissements et services s'élèvent à 538.3 millions d'€, conseils généraux et entreprises adaptées non compris.

1. Les enfants, adolescents et les adultes handicapés

1.1 Une population dont les besoins sont difficiles à cerner

"L'estimation du nombre de personnes handicapées ou dépendantes, la connaissance de leurs caractéristiques, de leur situation et de leurs difficultés est un préalable essentiel pour la définition des politiques publiques visant à répondre au mieux à leurs besoins. Pourtant la connaissance des personnes en situation de handicap ou de dépendance demeure lacunaire tant la notion est complexe et les données nombreuses mais parcellaires" (extrait du guide CNSA pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie, édition 2009).

En effet, les points d'entrée pour caractériser une situation de handicap sont multiples et la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui institue la notion de compensation du handicap, définit le handicap «quel que soit l'âge» de manière multidimensionnelle: "constitue un handicap...toute limitation d'activité ou restriction de la participation de la vie en société, subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé".

Connaître les personnes en situation de handicap ou de dépendance nécessite donc de disposer de données relatives à ces personnes qu'elles soient ou non connues des dispositifs publics d'aide. Or il n'y a pas d'enquête nationale globale (établissements, services, domicile) avec des données locales sur les personnes handicapées (hors vieillissement) et les systèmes d'information des MDPH ne permettent pas encore de disposer de données fiables qui d'ailleurs ne prendraient en compte que les publics s'étant adressés à elles. Enfin, dans le cadre de l'élaboration des schémas départementaux, des enquêtes spécifiques ont pu être menées mais pas dans tous les départements, ce qui ne donne pas de résultats exhaustifs sur la région.

1.1.1 : Seule l'enquête ES 2006 sur les établissements et services pour enfants, adolescents et adultes handicapés, livrant des données au 31/12/2006 publiées en 2008 permet de mieux connaître les personnes qui y sont prises en charge ou accompagnées (sexe, âge, date d'entrée, déficiences principales, origine géographique...) mais elle ne concerne que les

établissements et services médico-sociaux (ESMS). Par ailleurs, elle est en cours d'actualisation et les données plus récentes ne seront disponibles que fin 2011.

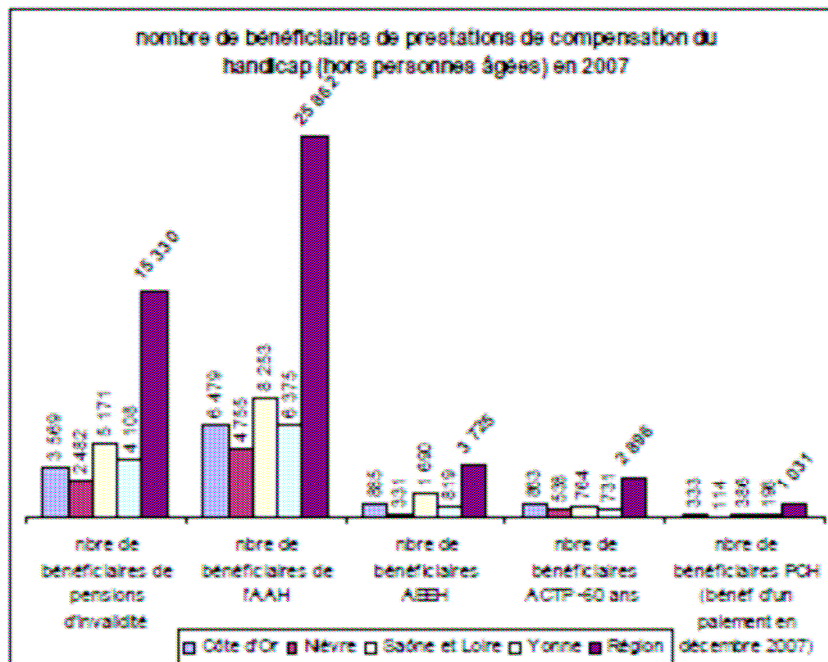
L'enquête ES 2006 dénombre 3 519 jeunes et adolescents accueillis dans 96 ESMS début 2007, dont 64% souffrent de déficiences intellectuelles, et 6 300 adultes handicapés accueillis dans 216 ESMS dont 66 % souffrent des mêmes déficiences intellectuelles.

D'après une enquête des services statistiques du ministère (DREES), sur un échantillon de personnes ayant demandé l'AAH en 2005/2006, 28% des demandeurs seraient atteints de déficience du psychisme (schizophrénie, troubles de l'humeur...), 22% de déficience motrice, 17% de déficience intellectuelle ...mais il n'y a aucune donnée précise pour la région.

1.1.2 : Une approche par les compensations individuelles du handicap

Pour évaluer le nombre des personnes handicapées qui éprouvent des difficultés à accomplir les actes de la vie quotidienne ou qui doivent faire face à des restrictions de participation à la vie sociale, on ne peut donc se référer qu'aux personnes qui ont obtenu une reconnaissance du handicap et donc connues des dispositifs "officiels" émergeant sur des fonds publics : ces personnes perçoivent des compensations ou aides individuelles de leur handicap de la part de l'Etat, de la Sécurité Sociale, des départements, de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Parmi celles-ci, on retrouve celles qui sont prises en charge dans des établissements ou services médico-sociaux pour personnes handicapées car elles perçoivent également les compensations individuelles.

Le graphique ci-dessous retrace le nombre de bénéficiaires de prestations individuelles de compensation du handicap.



Sources : CNAMTS, CNAF/MSA, CNSA (données de contexte 2008), DREES, Statss 2009

NOTA :

AAH = allocation aux adultes handicapés. AEEH = allocation d'éducation de l'enfant handicapé

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne (progressivement remplacée par la PCH).

PCH : prestation de compensation du handicap (à titre transitoire, certaines personnes âgées de plus de 60 ans peuvent percevoir la PCH, qui sont donc comprises dans le nombre de bénéficiaires ci-dessus)

Le taux d'allocataires de l'AAEH pour 1000 jeunes de 0 à 19 ans est particulièrement élevé en Saône et Loire et dans une moindre mesure dans l'Yonne : s'agit-il ici d'une politique particulière de la MDPH, d'un meilleur accès au dépistage et à la reconnaissance du handicap, d'une prévalence du handicap en Saône et Loire : ce point mériterait d'être approfondi.

Le taux d'allocataires de l'AAH pour 1000 personnes de 20 ans et + est plus important en Bourgogne (20,6 %) par rapport à la moyenne nationale (16,9%). La Nièvre et l'Yonne ont un taux d'allocataires de l'AAH supérieur à la moyenne régionale.

Taux d'AAEH et d'AAH pour 1000 personnes en 2007

	0-19 ans	20 ans et +	total	nombre d'AAEH	taux AEEH pour 1000 jeunes de 0-19 ans en 2007	nombre d'AAH	taux AAH pour 1000 personnes de 20 ans et plus en 2007
Côte d'or	125 084	392 918	518 000	885	7,08	6479	16,49
Nièvre	45 739	175 761	221 500	331	7,24	4755	27,06
Saône et Loire	123 982	425 518	549 500	1890	18,83	8253	19,40
Yonne	80 850	260 140	341 000	819	10,18	6375	24,61
Bourgogne	375 665	1 254 335	1 630 000	3725	9,92	25862	20,62
France métropole							16,9

Source : CNAIMTS, CNAF-MSA, CNSA (données de contexte 2008), DREES, Statistis 2009

1.1.3 : Les moyens financiers mobilisés

L'annexe 1.1.3 présente les modalités générales de financement de la compensation de la perte d'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ainsi que le financement des établissements et services médico-sociaux.

En Bourgogne, les dépenses consacrées aux personnes handicapées (hors vieillissement) concernent les prestations individuelles et le financement des établissements et services de prise en charge et d'accompagnement :

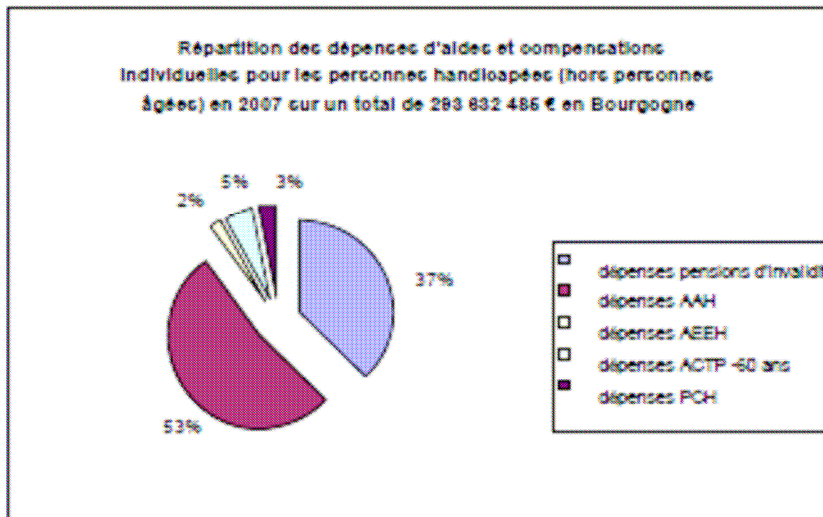
- aides et prestations individuelles pour les personnes handicapées: pensions d'invalidité, AAH, allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) pour les - de 60 ans, PCH.

Le total des dépenses correspondantes à ces différentes prestations est estimé à 293,6 millions d'€ en 2007 pour la région ainsi répartis :

répartition du coût des prestations de compensation en 2007 en Bourgogne pour les personnes handicapées

dépenses pensions d'invalidité	dépenses AAH	dépenses AEEH	dépenses ACTP -80 ans	dépenses PCH	total dépenses région
109 645 132	154 791 063	5 382 054	15 905 000	7 909 236	289 832 486
37%	53%	2%	6%	3%	100%

Sources : CNAIMTS, CNAF-MSA, DREES dont enquête aide sociale des départements, CNSA (données de contexte 2008)



Sources : CNAMTS, CNAF/MSA, CNSA, DREES, Statiss 2009

Les dépenses d'AAH représentent plus de 50 % des prestations individuelles pour 25 862 bénéficiaires, avant les pensions d'invalidité qui concernent 15 330 personnes (relevant du régime général uniquement).

A ces dépenses, on peut ajouter 418 000 € en 2007 de dépenses brutes d'aide à domicile des départements (hors ACTP et PCH).

- financement des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (ESMS)

Le tableau ci-dessous retrace les crédits versés par l'Assurance maladie, CNSA et l'Etat aux ESMS pour handicapés en 2009 en Bourgogne.

Dépenses 2009 pour le financement des ESMS pour enfants et adultes handicapés

	enfants	adultes	total
dépenses AM 2009 et CNSA tous régimes pour les ESMS	134 487 171	48 181 828	180 648 999
dépenses Etat 2009 pour les ESAT		36 630 724	36 630 724
total région	134 487 171	82 812 652	217 279 728

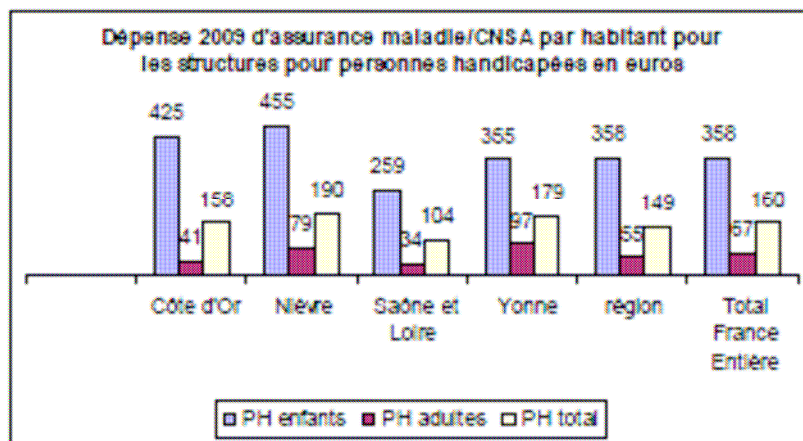
Sources: CNSA (dépense AM en euro/hab), INSEE, CNAMTS/ CNAF/MSA, ARS, Indefoif

Le montant des dépenses 2009 AM/CNSA/Etat pour le financement des ESMS s'élève à 217,3 millions d'€.

Les dépenses d'assurance maladie/CNSA représentent 2,26 % des dépenses totales France entière alors que la population de 0 à 59 ans de la Bourgogne représente 2,43% du total national.

Le diagramme ci-dessous montre ainsi, que la dépense globale par habitant de 0-59 ans de la région (149 €) pour les handicapés est inférieure à la moyenne nationale (160 €).

Dépense AMICNBA 2009 par habitant pour les structures pour enfants et adultes handicapés



Sources: CNSA (dépense AM en euro/hab), INSEE, CNAMTS/ SNIIRAM, ARS

De fortes disparités entre les départements sont à relever :

- le ratio €/habitant pour les PH enfants est égal à la moyenne nationale (358 €) mais celui de la Saône et Loire (259 €) est nettement en dessous; la Côte d'Or (425 €) et la Nièvre (455 €) étant très au dessus
- le ratio €/habitant pour les PH adultes (55 €) est nettement en dessous de la moyenne nationale (67 €), avec là encore des disparités départementales où la Côte d'Or et la Saône et Loire (34 €), sont défavorisées par rapport à la Nièvre et l'Yonne.

Pour avoir une vision complète des dépenses consacrées aux établissements et services pour personnes handicapées, il faut aussi prendre en compte le montant relatif à l'aide au poste pour les travailleurs handicapés en ESAT, et les dépenses des conseils généraux qui s'élève à 149.8 millions d'€ en 2008 qui correspondent à l'accueil en établissement, y compris accueil de jour, l'accueil familial et le SAVS (les dépenses 2009 ne sont pas encore disponibles).

Enfin, la DIRECCTE finance 80% du salaire des travailleurs handicapés des 13 entreprises adaptées de la région.

En 2009, le montant des aides versées aux entreprises adaptées s'élève à :

- aide au poste : 8 319 255 €
- subvention spécifique : 1 756 176 € (dont 665 993 € au titre de l'aide exceptionnelle aux EA en difficultés).

Enfin, l'AGEPHIP finance également des aides à l'insertion en milieu ordinaire de travail.

1.2 : Les priorités du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2010/2013 en Bourgogne

1.2.1 : les orientations générales du PRIAC

La loi du 11 février 2005 crée un nouvel outil de programmation de l'État, le «programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie» (PRIAC) qui détermine les priorités régionales en termes de financement, des créations, extensions ou transformations relatives aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées ou personnes handicapées financés sur des crédits d'assurance maladie.

Ayant fait l'objet d'une concertation importante notamment avec les conseils généraux, le PRIAC est en cohérence avec les schémas départementaux personnes handicapées et personnes âgées.

Dans le cadre de la programmation proprement dite, les principaux axes d'orientation adoptés dès 2006 sont poursuivis, soit :

- la réduction des écarts interdépartementaux (en termes de niveaux d'équipement et de moyens financiers),

- la diversification de l'offre pour favoriser la vie en milieu ordinaire (notamment la scolarisation et le maintien à domicile des personnes âgées)
- l'adaptation de l'offre d'hébergement aux personnes les plus lourdement handicapées ou dépendantes.
- l'« opérationnalité » ou capacité à faire : programmation selon la pertinence et/ou le calendrier de mise en œuvre, pour les deux premières années, (les deux années suivantes étant le reflet des besoins ressentis).
- la capacité de réalisation, pour « accélérer l'exécution des moyens alloués jusqu'à l'ouverture effective aux personnes » (lutte contre la sous-consommation des moyens).
- une exécution renforcée par un suivi des autorisations accordées après financement de la CNSA, puis un suivi de l'exécution des moyens alloués (remontées régionales, réalisation des places nouvelles, décaissements effectués par les CPAM : suivi par la CNSA).

Dans le cadre du programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées 2008/2012, la CNSA a alloué de 2007 à 2009 : 4,4 M € pour les enfants et 7,4 M€ pour les adultes représentant respectivement 133 et 288 places nouvelles, plus particulièrement au bénéfice de la Saône et Loire pour les deux secteurs et de la Côte d'Or pour le secteur adultes :

	ENFANTS			ADULTES		
	établissement	service	total	établissement	service	total
Côte d'Or	6	16	22	78	28	106
Nièvre	8	11	19	3	2	5
Saône et Loire	51	20	71	114	30	144
Yonne	9	12	21	10	23	33
Total Bourgogne	74	69	133	205	83	288
Total France	2 767	3 767	6 544	8 464	3 840	12 304

(CNSA - programme pluriannuel de création de places - bilan d'étape au 31/12/2009)

1.2.2 : les orientations stratégiques du PRIAC dans le secteur des personnes handicapées

- Développer le dépistage, le diagnostic précoce et la prise en charge précoce : c'est la mission des CAMSP
- Privilégier le suivi en ambulatoire qui permet le maintien dans le milieu de vie ordinaire. Ce suivi est assuré par les SESSAD, CAMSP et CMPP.
- Prendre en compte la nécessité de prise en charge en continu des personnes lourdement handicapées.
- Prendre en compte la volonté des familles de maintenir des liens avec la personne handicapée en diversifiant les formules d'accueil, et en développant notamment les accueils temporaires.
- S'assurer du maillage et de la mise en réseau des différents dispositifs afin de potentialiser les réponses aux besoins que ce soit en termes d'expertise ou de suivi. Développer la logique de territoire.
- Favoriser l'adaptation des structures à l'évolution des besoins, et veiller aux redéploiements nécessaires de l'équipement existant. Il s'agira dans les prochaines années, d'adapter le dispositif existant, notamment vers les services, plutôt que de créer des places nouvelles.
- Privilégier les créations qui tendent à harmoniser les taux d'équipement et les ressources des départements par grande classe de handicap. Tendre vers une harmonisation du coût à la place par grande classe de handicap.

Ces principaux objectifs ont été portés de manière affirmée dans le cadre de la programmation proprement dite et se traduisent de la manière suivante :

- une volonté forte de rattrapage de la Saône et Loire pour le secteur du handicap, rattrapage qui nécessite plusieurs années eu égard au poids démographique de ce département. Ce rattrapage est illustré par le fait que depuis 2007, ce département bénéficie de plus de la moitié des places programmées au PRIAC.

147 /201

- la poursuite de la diversification des équipements : pour assurer l'accompagnement des enfants et des adultes vivant en milieu ordinaire, le développement des services (SESSAD, SSIAD et SAMSAH) a été fortement inscrit dans le PRIAC 2010-2013. Il faut ajouter aux places nouvelles de SESSAD, celles issues des transformations de places d'établissements dans le cadre de restructurations inscrites dans le schéma de Côte d'Or pour favoriser le milieu ordinaire.
A terme, il faudrait évoluer vers une offre de proximité très adaptable en fonction de l'évolution des besoins. Des « plateaux techniques » regroupant des équipes pluridisciplinaires pourraient ainsi répondre de manière individualisée à chaque usager (réponses en termes d'hébergement complet ou séquentiel, ou services...).
- la poursuite de l'effort d'adaptation des équipements sur le secteur du handicap (transformation de places existantes en faveur de handicaps lourds)
- conformément à la politique actuelle favorisant la socialisation en milieu ordinaire des enfants handicapés, des places d'accueil d'enfants atteints de déficience intellectuelle, qui ont vocation en partie à intégrer le système éducatif ordinaire, ont été programmées pour être transformées pour une prise en charge d'enfants souffrant d'autisme et de troubles du comportement, au sein des départements les mieux équipés de la région, l'Yonne et la Nièvre.
- sur le secteur adulte, l'adaptation des foyers de vie par une médicalisation partielle devra également être développée, au regard notamment du vieillissement des personnes handicapées.

1.3 : les schémas départementaux pour enfants et adultes handicapés

Si les évolutions développées dans le PRIAC sont en cohérence avec les orientations des schémas départementaux, il faut remarquer que ces schémas sont en cours de révision et ne couvrent pas les mêmes périodes que le PRIAC, comme le montre le tableau ci-dessous, tiré d'une étude du CREAI.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
2														
1														
5														
8														
7														
1														
8														
9														

Source : CREAI de Bourgogne : étude de juin 2010: mise en perspective des schémas départementaux pour personnes handicapées de la région Bourgogne

Seule la Nièvre a un schéma commun aux enfants et aux adultes handicapés ; la Côte d'Or et la Saône et Loire ont des schémas distincts et l'Yonne n'avait pas de schéma pour les adultes handicapés.

En Côte d'Or, les orientations de l'Etat pour les enfants et adolescents ont été transmises par la DDASS au conseil général. Pour le secteur adultes le schéma 2009/2014 a été adopté le 19/11/2010 par l'assemblée départementale.

En Saône et Loire, un schéma autonomie commun adultes handicapés et personnes âgées a été récemment adopté par le conseil général.

Dans l'Yonne, les travaux sur un schéma commun enfants/adultes ont commencé en octobre 2010 et la validation devrait intervenir fin 2011.

1.4 : La politique menée dans le secteur de l'enfance et adolescence handicapées

1.4.1 : les structures pour enfants et adolescents handicapés

Avec 59 établissements pour enfants et adolescents handicapés au 31/03/2011 représentant une capacité financée de 2 519 places et 42 SESSAD représentant 1076 places la Bourgogne a un taux d'équipement de 9,74 % jeunes de moins de 20 ans, supérieur à la France métropolitaine située à 9,2 %, (source PRIAC actualisé 2011).

La Saône et Loire débient le plus faible taux d'équipement en établissements et services de la région, notamment en IME. La Nièvre est le département le plus doté, notamment en places d'internat IME, et d'établissements pour polyhandicapés. L'Yonne est particulièrement sous-dotée en SESSAD mais avec un fort taux d'équipement en IME. La Côte d'Or est le département le moins doté en places pour les enfants souffrant de troubles de comportement.

La Saône et Loire et l'Yonne sont sous-dotées en CAMSP et CMPP.

Ces disparités départementales se retrouvent dans le tableau ci-dessous qui fait le point des places en établissements et services (places financées) au 31/03/2011

DÉPARTEMENT	projection 2011 de la population des 0 - 19 ans	Établissement	SESSAD	Établissement + SESSAD	Taux équipement établissement pour 1 000	Taux équipement Total pour 1 000
Côte d'Or	104 168	731	502	1233	5,89	9,93
Nièvre	43 572	414	142	556	9,50	12,76
Saône et Loire	121 578	699	313	1012	5,75	6,32
Yonne	79 713	675	119	794	8,47	9,96
Bourgogne	369 031	2519	1076	3595	6,83	9,74
France *	15 315 215	103 689	36 588	140 275	6,8	9,2

Source : PRIAC actualisation DOGA au 31/03/2011

* source : Statos 2010 au 01.01.2009 et population au 01.01.2008

Remarque : en Côte d'Or, le service d'accompagnement à l'insertion professionnelle (SAIP) pour 50 jeunes handicapés de 14 à 24 ans, déficients intellectuels ou présentant un handicap psychique n'est pas comptabilisé dans la mesure où il prend en charge des jeunes par ailleurs accueillis en IME.

Le tableau ci-dessous donne la répartition des places en établissements par type de handicap financées au 31/03/2011

	Places autorisées et financées en établissements et services pour enfants handicapés au 31/03/2011 (hors CAMSP et CMPP) et répartition par type de handicap												
	TOTAL	dont établissements											
	places autorisées	Total places financées	DI	RML	RMM	RMPB	DEF PSY	AUTIS	TC	POLY	HM	DV	DA
Côte d'Or	1 233	731	119	0	373	0	0	45	75	48	40	5	25
Nièvre	556	414	154	36	60	76	0	17	31	30	0	0	0
Saône et Loire	1 012	699	274	0	106	93	20	51	99	56	0	0	0
Yonne	794	675	170	86	105	121	0	10	57	44	0	0	13
Bourgogne	3 595	2 519	727	121	644	350	20	123	263	178	40	5	38

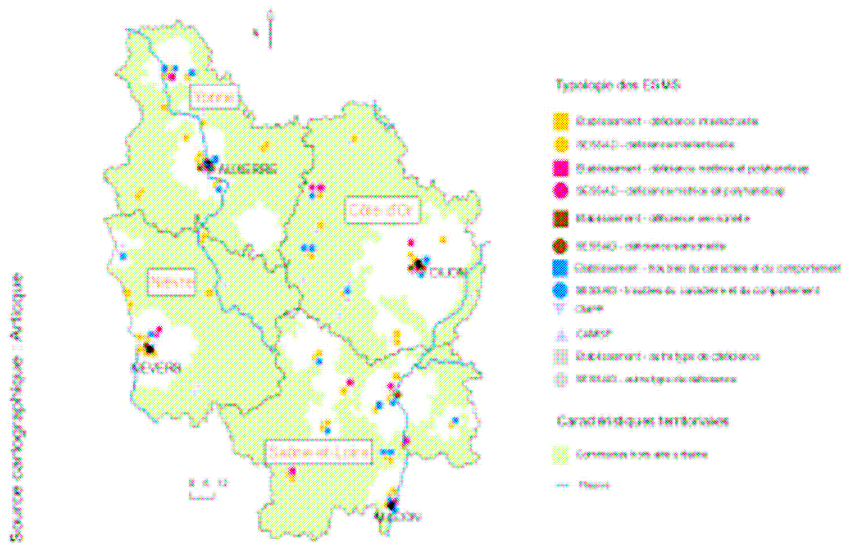
Sources : arrêtés d'autorisation, BREX, PRIAC

DI : déficience intellectuelle - RML : retard mental léger- RMM : retard mental moyen - RMPB : retard mental profond sévère- DEF PSY : déficience du psychisme - AUTIS : autisme - TC : troubles du comportement - POLY : polyhandicap - HM : handicap moteur- DV : déficience visuelle -

DA : déficience auditive

Les CAMSP et CMPP sont abordés au § 1.4.2 a)

Implantation des ESMS pour enfants



Source CNSA: extrait du document sur les échanges techniques 2009 sur le pilotage du secteur médico-social

Aide à la lecture

Cette carte représente l'offre régionale en ESMS par type d'établissement et service pour enfants handicapés. La diversité de l'offre peut être mesurée mais la représentation cartographique utilisée n'est pas adéquate pour mesurer le volume de l'offre. Quelle que soit la région cartographiée et quelle que soit la capacité de l'établissement et service, les symboles ont systématiquement la même taille. Un établissement peut être représenté plusieurs fois s'il accueille des publics différents.

Même s'il ne s'agit pas de structures médico-sociales, il faut ici compléter l'offre en faveur des jeunes handicapés par le dispositif de psychiatrie infanto-juvénile avec 291 places ainsi réparties :

Dispositif de psychiatrie infanto-juvénile : places installées au 1/1/2008

Département	hospitalisation complète	hospitalisation de jour et de nuit	placement familial	total psychiatrie	ratio pour 1000 enfants de 0 à 20 ans
Côte d'Or	25	120	0	145	1,17
Nièvre	0	0	0	0	0
Saône et Loire	18	78	0	96	0,77
Yonne	0	50	0	50	0,62
Bourgogne	43	248	0	291	0,78
France Métropole	2052	6889	645	11787	0,77

Source: FRIAC 2010-2013 et STATISS 2009

1.4.2 : les orientations de la politique pour les enfants et adolescents handicapés (tous types de handicaps : intellectuel, psychique, moteur, sensoriel)

a) Développer le dépistage, le diagnostic précoce et la prise en charge précoce (mission des CAMSP pour enfants de 0 à 6 ans et des CMPP pour les 0-20 ans).

Ces thèmes sont également abordés dans les 4 schémas départementaux sur l'enfance handicapée, l'objectif étant une meilleure organisation territoriale des CAMSP et de leur articulation aux autres dispositifs (pédopsychiatrie, PMI, SESSAD, Education nationale...).

CAMSP et CMPP: files actives et taux de prise en charge en 2008

DEPARTEMENT	Population des 0-8 ans au 1/01/2008	File active 2008 CAMSP	Taux de prise en charge CAMSP pour 1 000 jeunes de 0 à 8 ans	Population des 0-20 ans au 1/01/2008	File active 2008 CMPP	Taux de prise en charge CMPP pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans
Côte d'Or	41 685	1 121	26,57	134 714	1 920	14,77
Nièvre	15 355	432	28,13	48 446	1 046	21,59
Saône et Loire	41 772	818	19,58	129 322	888	6,85
Yonne	28 035	551	19,65	84 326	779	9,24
Bourgogne	126 647	2 922	23,59	396 808	4 701	11,85

Source : INSEE et étude "Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en Bourgogne " Echelon Statistique DRA88" Septembre 2008

File active = nombre d'enfants venus au moins une fois.

La Saône et Loire et l'Yonne ont un taux de prise en charge en CAMSP et CMPP faible par rapport à la moyenne régionale.

La Nièvre a vu l'installation récente de 2 antennes de CAMSP tous handicaps pour assurer le maillage territorial.

En Côte d'Or, le CPOM d'une association prévoit le renforcement de son CAMSP par redéploiement de moyens pour d'une part résorber la liste d'attente, et d'autre part développer le dépistage et la prise en charge des nouveaux nés à risques dans le cadre de la périnatalité.

La mission de diagnostic et de dépistage précoce des CAMSP est présente dans les 4 schémas départementaux étudiés par le CREA, qu'il s'agisse de travailler en lien avec les équipes hospitalières du CHU en Côte d'Or, de dépister des troubles particuliers (comme en 71) ou des difficultés scolaires (comme en 89).

La CNSA a fait une enquête quantitative sur les CAMSP en 2008 pour mesurer le niveau d'atteinte de l'objectif défini dans le cadre des plans périnatalités successifs et pour mieux connaître la capacité d'intervention et la pluridisciplinarité ; l'approfondissement des résultats a fait l'objet d'une étude qualitative. Les liens des CAMSP avec la périnatalité et les réseaux sont à développer.

b) Diversification des équipements pour assurer l'accompagnement des enfants vivant en milieu ordinaire par le développement des services (SESSAD), les restructurations de places d'accueil en services d'accueil.

Cette priorité est fortement inscrite dans le PRIAC, comme dans tous les schémas départementaux. Elle correspond aux orientations de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances et aux attentes des familles. Il s'agit en particulier de développer les SESSAD surtout par transformation des établissements existants pour les adapter à l'évolution des besoins.

Il s'agit également d'assurer une couverture régionale pour certains handicaps (autisme et TED, déficience visuelle).

L'augmentation de la part des services dans l'offre globale médico-sociale fait partie des objectifs du CPOM de l'ARS (fiche 6.3), l'objectif étant de 28.3% en 2013 pour les personnes handicapées (enfants et adultes).

La moyenne régionale ainsi que la Côte d'Or et la Saône et Loire ont déjà atteint ou dépassé cet objectif pour les jeunes handicapés.

Département	Evolution des places de SESSAD financées tous handicaps entre 2006 et 2011 et part des SESSAD dans l'équipement pour jeunes handicapés au 31/03/2011				
	Nombre de places au 1/1/2006	Nombre de places financées au 31/03/2011	Evolution 2011/2006	Taux d'équipement pour mille jeunes de 0-19 ans en 2011	Part des SESSAD dans l'équipement pour jeunes handicapés
Côte d'Or	301	502	66,8%	4,04	40,71%
Nièvre	106	142	31,5%	3,26	25,54%
Saône et Loire	297	313	17,2%	2,57	30,93%
Yonne	105	119	13,3%	1,49	14,92%
Bourgogne	781	1076	87,8%	2,92	29,88%
France (en 2006)					24,34%

Source DOXA actualisation PRIAC 2011

Entre 2006 et mars 2011, le nombre de places en SESSAD a progressé de 37,8 % sur la région mais le déficit en SESSAD de l'Yonne est très marqué, en particulier dans le nord du département où il manque un relais du CAMSP.

La Saône et Loire est en déficit de SESSAD pour les déficients intellectuels.

Des zones ne sont pas couvertes en SESSAD dans la Nièvre malgré son taux d'équipement élevé (3,2%).

C'est la Côte d'Or qui a le taux de SESSAD le plus élevé grâce à une politique volontariste de transformation d'établissement : un CPOM prévoit le redéploiement de 76 places d'internat en 100 places de SESSAD et 5 places d'accueil familial spécialisé, sur la période 2009/2013.

Sur un plan général, des requalifications d'établissements en SESSAD restent donc encore à mener.

Ces requalifications pourraient être ciblées en priorité à partir des places d'IME qui sont occupées par des déficients intellectuels avec retard mental léger (selon l'étude CREA 2011, 83 places dans l'Yonne et 124 dans la Nièvre sont occupées par des enfants déficients intellectuels légers).

cl. les établissements sont concernés par plusieurs objectifs :

- favoriser l'adaptation des structures à l'évolution des besoins pour pouvoir répondre de manière individualisée à chaque usager,
- assurer le maillage et la mise en réseau des différents dispositifs (scolaire ordinaire et les acteurs spécialisés), pour potentialiser les réponses aux besoins tant en expertise qu'en suivi.
- privilégier les créations qui tendent à harmoniser les taux d'équipement et les ressources des départements par grande classe de handicap
- mettre l'accent sur les déficiences pour lesquelles la prise en charge proposée est insuffisante : l'autisme et les troubles du comportement pour la région.

Le maillage et la mise en réseau des différents dispositifs se traduisent notamment par rapport à l'école : pour l'année scolaire 2009-2010, 5 291 jeunes handicapés étaient scolarisés en milieu ordinaire, et 2 524 en établissement médico-social.

Avec un taux de 1,87 % d'élèves handicapés parmi la population scolaire, dont 69 % en classe ordinaire et 31% en CLIS et ULIS, la Bourgogne se situe au même niveau que le national, mais avec d'importantes disparités territoriales.

C'est en Saône et Loire que sont scolarisés plus de 40 % des 5 291 jeunes accueillis dans les établissements scolaires de la région. C'est aussi le département qui compte le plus de CLIS et d'ULIS. C'est en Côte d'Or que la proportion d'élèves handicapés dans la population scolaire est la plus faible.

Année scolaire 2009-2010 : nombre d'élèves handicapés

	scolarisés en milieu ordinaire	Proportion dans la pop. scolaire	individuellement en classe ordinaire	Nb CLIS	Nb ULIS	Nb élèves en CLIS et ULIS
Côte d'Or	1342	1,43 %	906	30	18	436
Nièvre	765	2,18 %	406	27	10	399
Seine et Loire	2159	2,28 %	1815	48	14	544
Yonne	1025	1,71 %	727	19	10	298
Bourgogne	6291	1,87 %	3654	124	52	1637

Source : tableau de bord académique 2009-2010 - rectoret

La formation professionnelle des jeunes est soutenue par le développement de places dédiées (IMPRO, SESSAD pro) par requalification de places d'IME (en 21, 58 et 89).

Depuis 2006, l'accent est mis sur certaines déficiences insuffisamment prises en charge selon les départements : troubles du comportement en 21 et en 71, déficience moyenne et profonde (58), déficience intellectuelle (71), déficiences visuelles, auditives et motrices (58 et 89), déficiences sensorielles et psychiques (71), autisme (21, 58). Pour les polyhandicapés, les besoins sont difficiles à appréhender.

Au total entre 2006 et 2010, 180 places en établissements, dont 119 en IME pour enfants déficients intellectuels ont fait l'objet d'une transformation pour des accueils en structures pour enfants autistes (42 places), polyhandicapés (22), TCC (8), ou en accueil familial spécialisé (5), ou en SESSAD (189).

Sur un plan général, des problèmes subsistent dans l'évolution des établissements :

- difficulté à mettre certains ITEP en conformité avec décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à territorialiser l'offre correspondante,
- difficulté d'insertion professionnelle à la sortie des IME
- difficultés rencontrées pour un accueil de proximité des enfants lourdement handicapés, ce qui entraîne des prises en charge d'enfants en internat loin de chez eux.
Les IME doivent recentrer leur activité sur une réponse de proximité, le projet individualisé étant la base de l'organisation de l'accompagnement. Il s'agit pour l'établissement d'adapter sa prise en charge aux situations individuelles.
- problèmes de mixité dans l'Yonne dues à des locaux anciens et obsolètes ne permettant pas la mixité des enfants.

1.4.3 : Le plan autisme 2008-2012

Les objectifs généraux sont de mieux connaître les troubles autistiques pour mieux former les différents acteurs, d'améliorer l'accès au diagnostic pour mieux repérer et orienter les personnes, de diversifier les modes de prise en charge.

Selon l'enquête ES 2006, en Bourgogne comme au plan national, la population atteinte d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED) présente dans les ESMS (surtout les IME) est supérieure à la capacité des établissements dédiés. Par ailleurs, des personnes autistes-TED ne font l'objet d'aucune prise en charge.

D'après une étude du CREA de Bourgogne de mai 2010 sur les besoins des personnes atteintes d'autisme et de TED, 2 430 enfants et adolescents seraient concernés dans la région (estimation faite à partir du taux de prévalence de 6,49% jeunes de 0 à 19 ans).

Par ailleurs, 111 enfants seraient accueillis dans une structure sanitaire (CMP, hôpital de jour ou lit d'hospitalisation parmi lesquels 24 nécessiteraient une autre orientation.

51 enfants seraient inscrits sur la liste d'attente d'une structure médico-sociale. Enfin, 44 jeunes bénéficieraient d'autres formes de prise en charge ou d'accueil : accompagnement à domicile, consultations spécialisées en libéral, scolarisation à temps plein. L'étude conclut à un important besoin d'accueil et d'accompagnement des jeunes autistes dans la région (en IME et en SESSAD).

Avec 129 places en IME ou SESSAD dédiées à l'autisme et financées au 31/03/2011, le taux d'équipement de la Bourgogne (0,35 % jeunes de 0 à 19 ans) est un peu supérieur à la moyenne nationale (0,24%) (source CPOM ARS).

Cependant, l'organisation de l'offre régionale doit évoluer sur 2 points : réduire les écarts d'équipements entre les départements et développer la prise en charge en SESSAD réduite à 6 places pour l'instant.

Ce sujet fait partie du CPOM de l'ARS (fiche 9.2).

1.5 : La politique menée dans le secteur des adultes handicapés

1.5.1 : les structures pour adultes handicapés

Au 31/03/2011, la Bourgogne compte 172 établissements pour 8 408 places et 1 280 places dans 52 SSIAD pour adultes handicapés, SAVS et SAMSAH. (source STATISS 2010, rectifié sur les places de SSIAD -PH).

Le tableau ci-dessous fait le point des capacités et taux d'équipement en établissements et services médicalisés pour adultes handicapés par département au 31/3/2011

Etablissements adultes

Etablissements et Services médicalisés pour adultes handicapés au 31 mars 2011
 Foyers d'accueil médicalisés (FAM), Maisons d'accueil spécialisées (MAS), Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Services de soins d'accompagnement à domicile (SAMSAH), Etablissement de réinsertion professionnelle

Capacité financées y compris enveloppe anticipée 2011 et taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans

Département	projection de la population 2011 des 20 - 59 ans	FAM - établissements médicalisés		MAS		FAM + MAS - établissements médicalisés		SSIAD PH		SAMSAH		SSIAD PH + SAMSAH		Ensemble établissements + Services		Etablissements de réinsertion professionnelle (COP, CRP)	
		capacité	Tk pour 1000	capacité	Tk pour 1000	capacité	Tk pour 1000	capacité	Tk pour 1000	capacité	Tk pour 1000	capacité	Tk pour 1000	capacité	Tk pour 1000	capacité	Tk pour 1000
Côte d'Or	277 251	307	1,11	137	0,49	444	1,60	54	0,19	42	0,15	96	0,35	540	1,95		
Nièvre	133 838	85	0,63	90	0,67	176	1,34	19	0,14	20	0,15	39	0,29	215	2,07		
Seine et Loire	271 345	354	1,30	114	0,42	468	1,72	45	0,16	82	0,30	127	0,46	515	2,12		
Yonne	171 198	203	1,19	83	0,48	286	1,67	45	0,26	40	0,23	85	0,50	371	2,17	100	0,58
BOURGOGNE	823 730	950	1,15	424	0,51	1374	1,67	183	0,22	164	0,20	327	0,40	1701	2,07	100	0,11
France*	3398085	16791	0,51	21221	0,63	37912	1,15	5263	0,16	5640	0,17	10903	0,32	46815	1,40	740	0,22

Source : PRINC actualisation DORA 2011 ; 1 fausse statistique 2010 au 01/01/2009 et population au 01/01/2008

En mars 2011, c'est la Saône et Loire qui a le taux d'équipement le plus élevé en établissements médicalisés pour adultes handicapés, mais en FAM plutôt qu'en MAS où elle a le taux le plus bas. C'est la Côte d'Or la moins bien équipée avec un taux légèrement inférieur à la moyenne régionale. Pour les services, c'est l'Yonne la mieux équipée, notamment en SSIAD PH. L'Yonne et la Saône et Loire ont le taux d'équipement en SAMSAH le plus élevé.

Sur l'ensemble des établissements et services médicalisés, ce sont l'Yonne et la Saône et Loire qui ont les taux d'équipement les plus élevés.

Hébergement temporaire et accueil de jour au 31/03/2011

	nombre total de places			Hébergement temporaire			Accueil de jour			Part dans le total	
	FAM	MAS	total	FAM	MAS	total	FAM	MAS	total	Places	%
Côte d'Or	307	137	444	11	0	11	19	0	27	38	8,56
Nièvre	66	90	156	2	0	2	0	0	11	13	7,39
S et Loire	354	114	468	4	0	12	30	5	37	49	10,47
Yonne	203	83	286	0	0	0	0	0	8	8	2,80
Bourgogne	950	424	1374	17	0	25	54	29	83	106	7,66

Source: PRAC actualisation DOGA 2011

Sur les 1374 places d'établissement pour adultes lourdement handicapés, moins de 8 % sont labellisées en places alternatives à l'hébergement complet permettant une diversité des modalités d'accueil et d'accompagnement en fonction des situations.

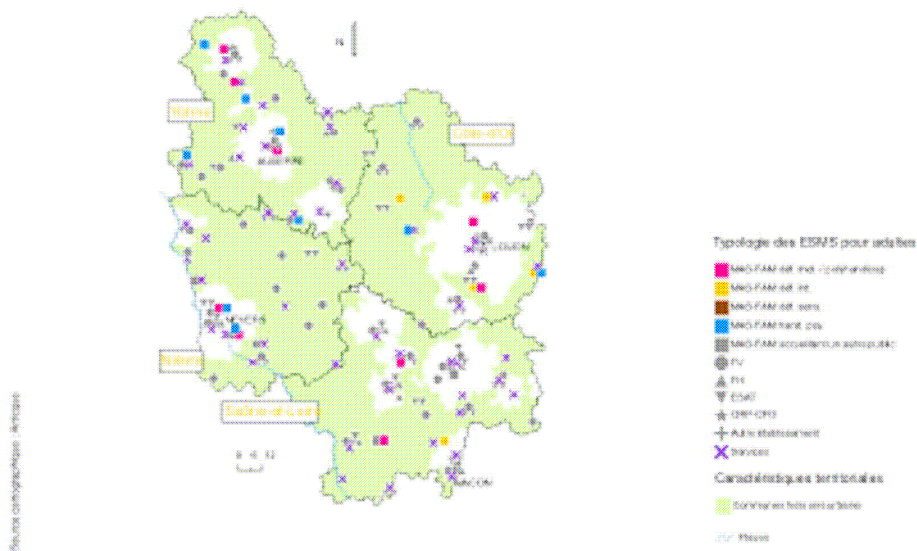
A ces structures médicalisées s'ajoutent 42 ESAT (établissements et services d'aide par le travail) et 11 GEM (groupement d'entraide mutuelle pour les personnes atteintes de troubles psychiques). C'est la Nièvre la mieux équipée en ESAT, suivie de la Saône et Loire.

Places financées et taux d'équipement en ESAT au 31/03/2011 et nombre de GEM

DEPARTEMENT	taille de la population 2011 des 18-29 ans	places en ESAT au 31/03/2011	Taux d'équipement sur 1 000	nombre de GEM en fonctionnement au 31/03/2009
Côte d'Or	277 261	1 254	3,73	4
Nièvre	132 836	428	4,45	2
Saône et Loire	271 345	1 026	3,79	3
Yonne	171 180	836	3,72	2
Bourgogne	652 700	2 158	3,83	11

Source: PRAC 2011/2011

Implantation des ESMS pour adultes



Source cartographique : Arnsas

Source : CNSA; extrait du document sur les échanges techniques 2009 sur le pilotage du secteur médico-social

Aide à la lecture

Cette carte représente l'offre régionale en ESMS par type d'établissement et service pour adultes handicapés. La diversité de l'offre peut être mesurée mais la représentation cartographique utilisée n'est pas adéquate pour mesurer le volume de l'offre. Quelle que soit la région cartographiée et quelle que soit la capacité de l'établissement et service, les symboles ont systématiquement la même taille. Un établissement peut être représenté plusieurs fois s'il accueille des publics différents.

La DIRECCTE finance également 13 entreprises adaptées en 2010 pour 619 places. (7 en Côte d'Or, 1 dans la Nièvre, 3 en Saône et Loire et 2 dans l'Yonne).

Il faut ajouter les places de psychiatrie figurant dans le tableau ci-dessous.

Dispositif de psychiatrie générale adulte : places installées au 1/1/2008

Départements	hospitalisation complète	hospitalisation de jour et de nuit	placement familial	total psychiatrie	ratio pour 1000 adultes de 20 à 59 ans
Côte d'Or	417	185	0	603	2,14
Nièvre	258	80	0	338	3,13
Saône et Loire	476	74	0	550	2
Yonne	432	51	0	483	2,7
Bourgogne	1683	391	0	1974	2,85
France métropole	55318	17936	1818	75072	2,2

Source : PRSAC 2010-2013
 Statiss 2009 pour France métropole

1.5.2 : les orientations de la politique pour les adultes handicapés

a) Privilégier le suivi en ambulatoire qui permet le maintien dans le milieu ordinaire et les dispositifs de droit commun, diversifier les modalités d'accueil en développant les services à domicile, s'assurer du maillage et de la mise en réseau des différents dispositifs pour améliorer les réponses aux besoins tant en expertise qu'en suivi

Ces orientations se traduisent par un développement important des SSIAD pour PH et des SAMSAH, comme le montre le tableau ci-dessous.

Département	SSIAD PH				SAMSAH			
	Nombre de places au 01/01/2008	Nombre de places au 31/03/2011	Taux d'équipement au 31/03/2011	Evolution places 2011/2008	Nombre de places au 01/01/2008	Nombre de places au 31/03/2011	Taux d'équipement	Evolution places 2010/2008
Côte d'Or	15	54	0,19	↗ 200%	0	42	0,15	↗
Nièvre	10	19	0,18	→ 90 %	16	20	0,19	↗ 25 %
Saône et Loire	25	45	0,18	↗ 80 %	10	62	0,23	↗ 520 %
Yonne	25	45	0,26	↗ 80 %	0	40	0,23	↗
Bourgogne	75	183	0,20	↗ 117 %	26	164	0,20	↗ 376%

Source ARS DOHA et FRIAC 2010-2013

Les SAMSAH étaient déjà une priorité du plan d'action stratégique de l'Etat en région, ce qui a favorisé leur montée en charge très importante.

C'est la Côte d'Or qui est la moins équipée en SAMSAH même s'il existe un projet de SAMSAH pour handicapés psychiques qui vient d'ouvrir partiellement.

Si la Saône et Loire est bien placée pour les SAMSAH, on note une insuffisance des dispositifs pour les adultes autistes.

Sur un plan général, la logique de filière avec le secteur sanitaire se développe, par la connexion du SAMSAH avec un plateau technique sanitaire quand cette ressource existe.

L'Yonne est le département le mieux équipé en services à domicile.

Le maillage des SSIAD- PH reste à parfaire sur l'ensemble de la région, même si celle-ci a un taux d'équipement en SSIAD-PH (0.20 %) supérieur à la moyenne 2008 nationale (0.120%), cette dernière n'étant pas connue pour les SAMSAH.

Les SSIAD sont réticents pour participer à l'accompagnement paramédical des personnes prises en charge par le SAMSAH pour personnes lourdement handicapées car la prise en charge est différente et les personnels n'ont pas de formation adaptée.

Enfin, on constate que les SAMSAH sont de natures très diverses; la question de leur évolution n'est pas tranchée : doivent-ils faire plutôt de la coordination et être peu spécialisés ou faut-il mettre en place des plateformes polyvalentes....

b) Développer le travail protégé et réduire les écarts départementaux

Evolution des places d'ESAT entre 2008 et 2011 et taux d'équipement 2011

Département	ESAT				CRP au 31/12/2008	
	Nombre de places au 01/01/2008	Nombre de places au 31/03/2011	Taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans	Evolution places 2011/2008	Nombre de places au 31/12/2008	Taux d'équipement pour 1000
Côte d'Or	957	1034	3,73	→ 6%		
Nièvre	444	458	4,41	→ 3 %		
Saône et Loire	954	1008	3,79	↗ 7,7 %		
Yonne	578	636	3,72	↗ 10%	100	0,56
Bourgogne	2933	3168	3,83	↗ 7,6 %	100	0,12

Source ARS DOHA et FRIAC 2010-2013

La création de places d'ESAT fait partie des priorités du plan de création de places pour handicapés.

Le développement des places d'ESAT entre 2006 et 2011 a été plutôt modéré, sauf dans l'Yonne. Le taux d'équipement national en ESAT 2010 est 3,35 % (source : STATISS 2010). Les écarts entre départements se sont toutefois réduits et seule la Nièvre a un taux d'équipement bien supérieur à la moyenne régionale.

Plusieurs réalisations visent à l'insertion en milieu ordinaire :

- en Côte d'Or et Saône et Loire : création d'un ESAT hors les murs
- création de pôles d'insertion à partir des ESAT et IMPRO (3 en Saône et Loire, 1 en Côte d'Or,...)
- par ailleurs, l'accès à la VAE des travailleurs handicapés en ESAT participe à la reconnaissance de leurs savoir-faire professionnels.

Seule l'Yonne est dotée d'un centre de rééducation professionnelle.

L'insertion professionnelle reste à développer en articulation avec les autres dispositifs d'insertion professionnelle (entreprises adaptées, AGEFIPH ...).

Enfin, se pose le problème croissant du vieillissement des travailleurs handicapés avec la nécessité de trouver des solutions satisfaisantes d'hébergement, d'accompagnement social et psychologique.

Le développement du temps partiel dans les ESAT est freiné par les problèmes d'accompagnement en dehors du temps de travail ainsi réduit.

Par ailleurs, les personnes handicapées de 60 ans ne trouvent pas leur place dans des EHPAD à la moyenne d'âge élevée.

ci) pour les structures de soins et d'hébergement plusieurs objectifs:

- adapter l'offre d'hébergement aux personnes les plus lourdement handicapées ou dépendantes par adaptation des structures, et compléter le maillage en matière de prise en charge (réduction des écarts interdépartementaux),
- organiser l'offre médico-sociale en direction des personnes handicapées psychiques,
- prendre en compte la volonté des familles de maintenir des liens avec la personne handicapée en diversifiant les formules d'accueil, et en développant notamment les accueils temporaires,
- favoriser l'adaptation des structures à l'évolution des besoins, et veiller aux redéploiements nécessaires de l'équipement existant,
- faire évoluer les structures médico-sociales pour prendre en compte le vieillissement des personnes handicapées.

Evolution du nombre de places en FAM et en MAS entre 2006 et 2011

Département	FAM				MAS			
	Nombre de places au 01/01/2006	Nombre de places au 31/03/2011	Taux d'équipement pour 1000	Evolution places 2011/2006	Nombre de places au 01/01/2006	Nombre de places au 31/03/2011	Taux d'équipement pour 1000	Evolution places 2011/2006
Côte d'Or	182	307	1,11	↗ 52 %	87	137	0,49	↗ 57 %
Nièvre	85	85	0,83	→	30	90	0,87	↗ 200 %
Saône et Loire	210	354	1,30	↗ 59 %	72	114	0,42	↗ 58 %
Yonne	182	203	1,19	↗ 7 %	71	83	0,48	↗ 17 %
Bourgogne	674	860	1,16	↗ 41 %	290	424	0,61	↗ 60 %

Source ARS DOBA

La priorité d'adapter l'offre d'hébergement aux personnes les plus lourdement handicapées s'est développée dans tous les départements de Bourgogne : création d'un FAM pour handicapés psychiques en 21 et 58, création d'une MAS et d'un FAM en 21 et 71, création d'une MAS en 89.

L'objectif est atteint en termes d'implantation de MAS et FAM et la Côte d'Or et la Saône et Loire ont rattrapé leur retard en taux d'équipement entre 2006 et 2011. La Nièvre a peu de FAM mais beaucoup de MAS.

Dans l'Yonne 22% des places de MAS -FAM (étude CREA) sont occupées par des personnes qui sont originaires de départements hors région au détriment des résidents du département.

La diversification des modes de prise en charge se poursuit avec l'encouragement de l'accueil de jour et de l'accueil temporaire. En Côte d'Or, une obligation a été faite aux promoteurs de proposer quelques places d'accueil de jour et d'accueil temporaire dans tout projet de nouvelle structure.

Mais certains gestionnaires ont des difficultés pour maintenir des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire pour des raisons financières (fraîs de transport, absence de recettes en cas de vacance temporaire). La tarification des places d'accueil temporaire sous forme de prix de journée n'est pas incitative et cela freine le développement de ce type d'accueil. La réglementation qui prévoit l'intégration des frais de transport dans la tarification à compter du 1^{er} septembre 2010 devrait permettre, pour partie, de lever cet écueil.

Par ailleurs, la conclusion de CPOM favorise la souplesse financière, et permet ainsi une offre mieux adaptée aux besoins.

Le lien entre la psychiatrie et le médico-social doit être davantage développé, comme en Côte d'Or et dans la Nièvre où une MAS a été créée par reconversion de lits de psychiatrie.

Enfin, le problème du vieillissement des usagers se pose avec acuité puisque 42% des personnes accueillies en MAS et 45 % de celles accueillies en FAM avaient plus de 45 ans en 2008.

La médicalisation partielle des foyers de vie financée par une enveloppe spécifique de la CNSA depuis 2008 constitue l'une des réponses possibles, dont les modalités sont à adapter à chaque situation : transformation en places des FAM, mise en place d'une organisation intermédiaire,...

Des solutions complémentaires sont recherchées : création d'une unité spécifique dans une MAS avec des locaux et un rythme de vie différents (21), expérimentation d'un EHPAD entièrement dédié à cette population ou unité spécifique dans un autre EHPAD (71).

Les ESAT rencontrent le même problème ; la solution du développement du temps partiel pose la question de l'accompagnement des personnes après le travail.

Le vieillissement des personnes handicapées suppose de mieux connaître leurs besoins pour offrir une réponse bien adaptée.

Le plan Autisme

D'après l'étude du CREA de mai 2010, environ 5400 adultes handicapés seraient concernés dans la région.

Avec 178 places dédiées le taux d'équipement de la Bourgogne est de 0,216 %

Par ailleurs, le nombre d'autistes accueillis dans le secteur sanitaire est mal connu.

L'offre spécifique d'accompagnement en milieu ordinaire est peu développée et il faudrait créer des places de SAMSAH pour favoriser l'accompagnement social et professionnel.

Enfin, il importe de favoriser un soutien aux aidants naturels.

2. Les personnes âgées

2.1 : Une population mieux connue à travers la démographie, les prestations servies, les admissions en ALD, et l'évaluation de la dépendance

2.1.1 : Approche par la démographie

La Bourgogne est une région dont le vieillissement est supérieur à la moyenne nationale.

L'indice de vieillissement distingue bien la Nièvre et la Saône et Loire vieillissantes nettement supérieures à la moyenne régionale.

départements	Indice de vieillissement (66 ans et+ pour 100 personnes de moins de 20 ans) au 1/1/2008
Côte d'Or	70,1
Nièvre	116,3
Saône et Loire	92,7
Yonne	83,9
Région	88,2
France métropole	67,3

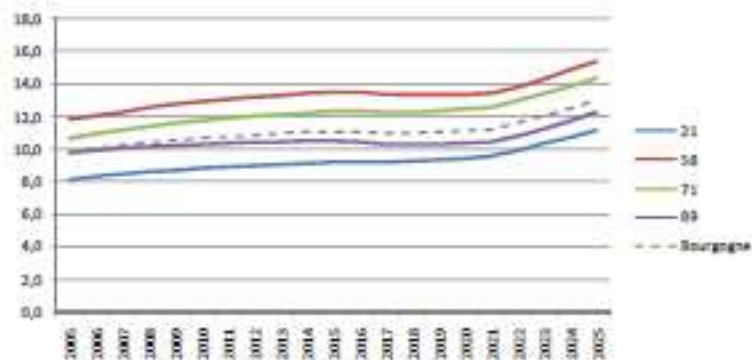
Source : STATISS 2010

Le graphique ci-dessous confirme la part importante des 75 ans et + dans la population totale de la Nièvre et de la Saône et Loire, jusque dans les projections INSEE en 2025.

On s'aperçoit cependant que celle-ci stagne à partir de 2014/2015 et jusqu'en 2021 et ceci est confirmé par l'évolution du nombre d'habitants de 75 ans et + du graphique 2.

D'après son schéma gérontologique 2009/2014, l'Yonne, département attractif pour les retraités de la région parisienne s'attend à une forte augmentation des plus de 60 ans (parmi lesquels donc plutôt de jeunes retraités dans un premier temps).

Graphique 1: Part des 75 ans ou plus dans la population totale des départements de Bourgogne, entre 2006 et 2026, selon les projections de l'Insee

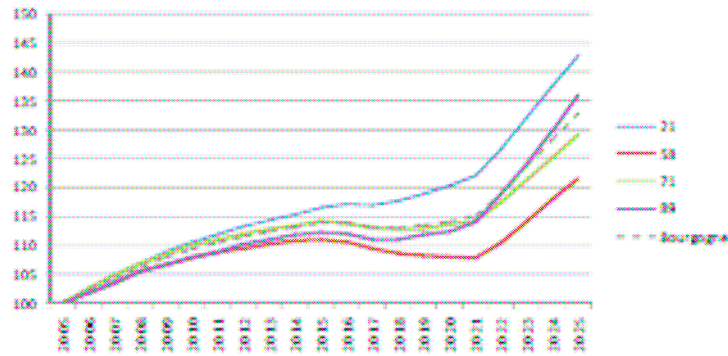


Source : Insee Exploitation ORS

Selon les projections de population, la Bourgogne devrait compter, en 2015, environ 186 700 habitants âgés de 75 ans et plus (soit 14% de plus qu'en 2005), ce nombre devant se stabiliser ensuite, voire diminuer comme dans la Nièvre, et progresser très fortement à partir de 2022 (+19 % par rapport à 2005 et jusqu'à +33 % en 2025), comme illustré ci-dessous.

Il faut souligner que si la part des personnes âgées et très âgées dans la population est et restera la plus importante dans la Nièvre et en Saône et Loire, c'est en Côte-d'Or et en Saône et Loire que le nombre de personnes âgées de 75 ans et + est le plus important. La progression de la population âgée de l'Yonne dépassera cependant celle de la Saône et Loire à partir de 2021, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 2 : Evolution du nombre d'habitants de 75 ans et plus dans les départements de Bourgogne, entre 2005 et 2025, selon les projections de l'Insee (à partir d'un indice 100)

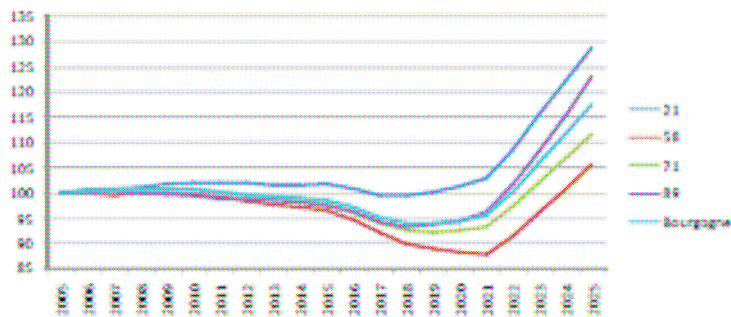


Source : Insee Exploitation ORS

L'augmentation du nombre des personnes âgées masque de fortes différences selon les groupes d'âge : le nombre des 75-84 ans devrait rester stable jusqu'en 2021, voire diminuer, pour progresser nettement à partir de 2022. C'est la population des 75-84 ans de la Nièvre et de la Saône et Loire qui diminue le plus.

Cette situation s'explique par les classes creuses liées à la seconde guerre mondiale.

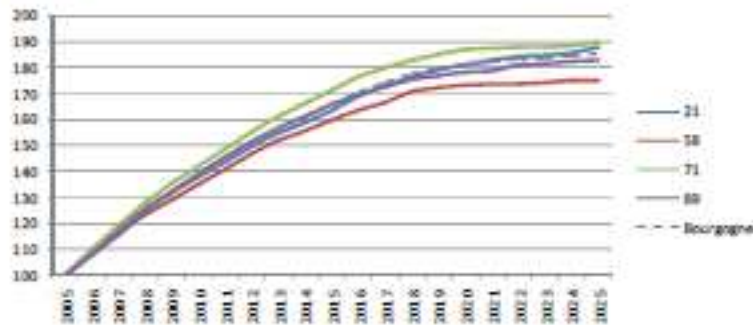
Graphique 3 : Evolution du nombre d'habitants de 75-84 ans dans les départements de Bourgogne, entre 2005 et 2025, selon les projections de l'Insee (à partir d'un indice 100)



Source : Insee Exploitation ORS

Quant aux personnes les plus âgées, de 85 ans et plus (36 000 en 2005), leur nombre devrait s'accroître fortement et continuellement jusqu'en 2017 (63 000, soit + 75 % par rapport à 2005), modérément par la suite.

Graphique 4 : Evolution du nombre d'habitants de 86 ans et plus dans les départements de Bourgogne, entre 2006 et 2026, selon les projections de l'Insee (à partir d'un indice 100)

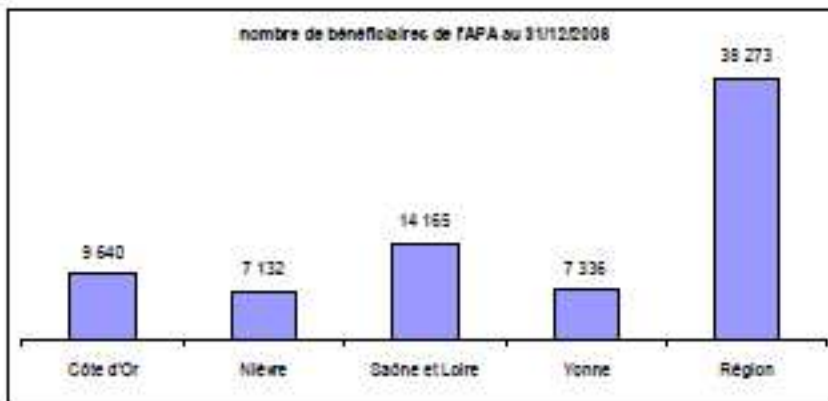


Source : Insee Exploitation ORS

La part des 75 ans et plus dans la population totale devrait globalement passer, à moyen terme, de 10% en 2005 à 13% en 2025, celle des 85 ans et plus devrait doubler, passant de 2% à 4% dans la même période.

2.1.2 : L'APA, principale prestation servie

Il s'agit surtout de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), étant en voie d'extinction avec la montée en charge de la prestation de compensation du handicap (PCH).



Sources CNSA (données de contexte 2008), DREES, STATISS 2009

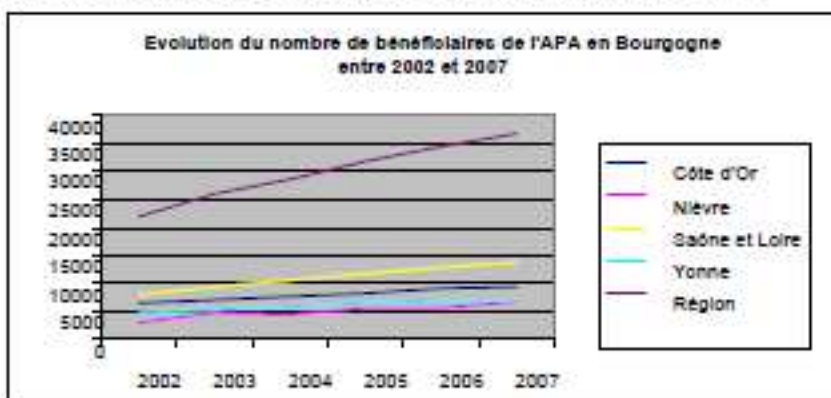
Le taux de bénéficiaires de l'APA / 1000 personnes de 75 ans et plus au 31/12/2008 est de 220.3‰ en Bourgogne, supérieur à la moyenne de la France métropolitaine de 205.2‰. La Saône et Loire et surtout la Nièvre ont un taux supérieur à la moyenne régionale.

Taux de bénéficiaires APA / 1000 personnes de 75 ans et plus au 31/12/2008

département	
Côte d'Or	209,5
Nièvre	251,4
Saône et Loire	227,1
Yonne	198,4
Région	220,3
France métropole	205,2

Source : STATISS 2010

Depuis sa création en 2001, l'APA a connu une montée en charge continue comme le montre le graphique ci-dessous et le taux de bénéficiaires de l'APA de la région est toujours resté supérieur à la moyenne nationale.

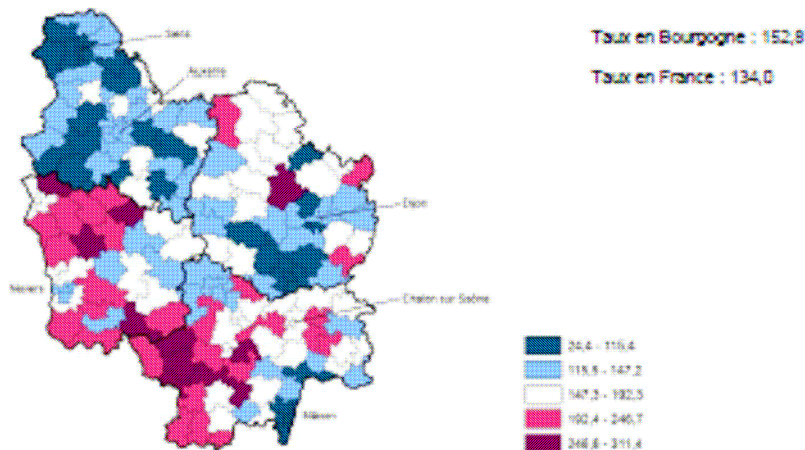


taux de bénéficiaires de l'APA pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +, selon le lieu de vie au 1/1/2008

	domilie	établissement
Côte d'Or	120	100,2
Nièvre	165	93,9
Saône et Loire	147	86,6
Yonne	104	100,7
Région	134	84,3

Source ORS

Carte : Part des bénéficiaires de l'APA à domicile dans les cantons de Bourgogne en 2009 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus vivant à domicile



Sources : Conseils généraux des 4 départements bourguignons, Insee Exploitation ORS

En 2009, la répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement montre que la majorité des bénéficiaires vivent à leur domicile mais plus particulièrement dans la Nièvre et en Saône et Loire. Ainsi, bien que très vieillissante, la population de ces 2 départements reste en majorité au domicile : est-ce par insuffisance de structures d'hébergement en EHPAD, par manque de moyens financiers, par l'existence de solidarités familiales en milieu rural qui favorisent le maintien à domicile ?

Le tableau ci-dessous rapproche des indicateurs de précarité et de taux d'équipement bien que la disponibilité des données ne permette pas des comparaisons à des dates de référence identiques.

	part des personnes âgées vivant seules en 2006	part des foyers fiscaux non imposés en 2007	taux d'allocation supplémentaire de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse au 31/12/2008 (pour 100 pers de 65 ans et +)	taux d'équipement en EHPAD au 31/3/2011 (pour 1000 pers de 75 ans et +)	taux d'admission en ALD en 2007 (nbre de nouvelles admissions pour 1000 personnes de 75 ans et +)	taux de bénéficiaires de l'APA à domicile au 1/1/2009 (pour 1000 pers de 75 ans et +)
Côte d'Or	39%	36%	3,5%	126,7 ‰	70‰	120 ‰
Nièvre	40%	44%	4%	102,7 ‰	64‰	105 ‰
Saône et Loire	39%	43%	4%	116,4 ‰	67‰	147‰
Yonne	37%	40%	3,5%	134,6 ‰	68‰	104 ‰
Bourgogne	38%	41%	3,8%	120,8 ‰	72‰	134 ‰
France			4,8%			

Source: enquête DRASS EHPA 2007, ORS, STATISS 2009, FRIAC

La part des foyers fiscaux non imposés est la plus importante dans la Nièvre et en Saône et Loire; les allocataires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse y sont aussi les plus nombreux (mais la moyenne régionale est bien inférieure à la moyenne française) ; ces constats démontrent une certaine précarité dans ces deux départements. Les taux d'équipement

en EHPAD y sont les plus faibles ainsi que les taux d'admission en ALD, ce qui peut poser la question de difficultés d'accès aux soins.

Il faut noter aussi le développement important des SSIAD dans la Nièvre qui peut favoriser le maintien à domicile.

Enfin, le rôle de la solidarité familiale supposée développée dans le milieu rural peut être important mais ne peut être évalué.

2.1.3 : les structures pour personnes âgées

a) l'offre d'hébergement

Début 2011, la Bourgogne compte 350 établissements pour personnes âgées (maisons de retraite, logements foyers, USLD) dont 282 EHPAD ainsi répartis dans le tableau ci-dessous :

Nombre d'établissements au 01/01/2011 et capacités financées au 31/03/2011 pour personnes âgées

	Côte d'Or		Nièvre		Saône et Loire		Yonne		Bourgogne	
	nombre d'établ.	capacité financées	nombre d'établ.	capacité financées	nombre d'établ.	capacité financées	nombre d'établ.	capacité financées	nombre d'établ.	capacité financées
maisons de retraite (EHPA et EHPAD...)	87	6242	32	3011	98	7739	73	5177	288	22169
logements foyer	4	251	8	374	32	1817	1	32	45	2474
unités de soins de longue durée	6	192	8	270	3	255	2	100	17	817
total	97	6685	48	3655	133	9811	76	5309	350	25460
dont EHPAD	81	6153	36	3011	88	7604	73	5131	282	21899

Source : données ARS DOGA Organisation, FINESS

Cela représente une capacité totale de 25 460 lits dont 21 899 en EHPAD au 31/3/2011, traduite ci-dessous en taux d'équipement.

La Côte d'Or et la Saône et Loire ont les capacités d'accueil les plus importantes, compte tenu de leur poids démographique. Quant aux taux d'équipement il faut nuancer les interprétations : en effet, c'est la Saône et Loire et l'Yonne qui ont le taux d'équipement le plus élevé par rapport à leur population de 75 ans et plus, la Nièvre ayant le taux le plus faible. Mais par rapport aux EHPAD, la Saône et Loire et la Nièvre sont les moins dotées. A noter qu'au cours du schéma 2003/2007, le conseil général de la Nièvre a décidé une pause dans la création ou l'extension d'établissements, constatant des places vacantes (50 en moyenne actuellement) et des projections à la baisse du nombre de personnes âgées.

Taux d'équipement en lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus au 31/03/2011

	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne	France métropolitaine ¹
maisons de retraite	128.59	102.76	118.48	135.87	122.30	
logements foyer	5.17	12.76	27.82	0.84	13.65	
unités de soins de longue durée	3.96	9.21	3.90	2.82	4.51	
Total	137.72	124.74	150.21	139.54	140.46	121.7
dont EHPAD	128.78	102.76	118.42	134.88	120.81	101.8

Source : Données Ars Bourgogne Doga Organisation

1 : statos 2010 données fress au 01.01.2009 ; données de population au 01.01.2008

Ainsi, le taux d'équipement de la région en mars 2011 est supérieur à la France métropolitaine toutes structures confondues et aussi en EHPAD mais avec de fortes inégalités territoriales.

Structurellement, du fait du vieillissement de la population, les taux d'équipement ont tendance à baisser, comme dans le reste de la France, malgré la progression importante des capacités d'hébergement depuis 1990 (+20% entre 1990 et 2004 et +2% entre 2004 et 2008). Les projections de population montrent cependant une stabilisation, voire une baisse du nombre de personnes âgées de + de 75 ans à partir de 2014/2015 et jusqu'en 2021, sauf en Côte d'Or qui voit cette population continuer d'augmenter. Cette tendance va entraîner une amélioration automatique des taux d'équipement en services et structures puisque le dénominateur permettant de calculer ce taux va globalement diminuer. Le conseil général de la Nièvre fait le même constat dans son schéma gérontologique 2010/2014 car suite à la stabilisation du nombre de personnes de plus de 70 ans le taux d'équipement devrait s'améliorer pour atteindre un niveau comparable à celui de 2002.

Depuis fin 2007, les établissements d'hébergement pour personnes âgées devaient choisir entre le statut d'EHPA et celui d'EHPAD, suite à la signature d'une convention tripartite : le taux régional de places en EHPAD sur le total des places de maisons de retraite est de 98.8% dont 98.6% en Côte d'Or, 100 % dans la Nièvre, 98.2% en Saône et Loire et 99.1 % dans l'Yonne. La Saône et Loire compte de nombreux logements foyers non médicalisés.

Au 1/1/2008, près de 71% des EHPA ont une habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (la totalité des USLD, les 3/4 des maisons de retraite et la moitié des logements foyers).

bl les dispositifs de maintien à domicile pour personnes âgées dépendantes : les SSIAD, l'accueil de jour et l'hébergement temporaire

Capacités financées et taux d'équipement en SSIAD, accueil de jour et hébergement temporaire au 31/03/2011

département	pop de + de 75 ans en 2011(proj)	SSIAD	taux d'équipement 2011 + 75 ans	accueil de jour	taux d'équipement 2011	hébergement temporaire	taux d'équipement 2011	Taux d'équipement global de maintien domicile
Côte d'Or	48 542	970	19,98	162	3,34	142	2,93	26,25
Nièvre	29 301	627	21,40	53	1,81	7	0,24	23,58
Saône et Loire	65 317	1 202	18,40	143	2,19	148	2,27	22,65
Yonne	38 102	711	18,65	116	3,04	76	1,99	23,60
Bourgogne	181 262	3 510	19,35	474	2,61	373*	2,06	24
France ¹ au 1/1/2008	5 373 701	103 230	18,2	8043	1,89	8844	1,88	22,65

Source ARS Bourgogne Dose Organization, statos 2010

1 : statos 2010 données fines au 01.01.2009 ; données de population au 01.01.2008

* à ces places d'hébergement temporaire médicalisé s'ajoutent 19 places d'HT non médicalisé en Côte d'Or et 115 places en Saône et Loire.

Bien que les chiffres de la France datent de 2009, on peut penser que là encore la Bourgogne est bien située en dispositifs de maintien à domicile en 2011, avec toutefois des disparités départementales, notamment dans la Nièvre et dans l'Yonne qui sont les moins bien dotées en équipement global de maintien à domicile mais cela varie selon les dispositifs.

Pour les SSIAD, ce sont la Saône et Loire et l'Yonne qui sont les moins bien dotées, la Nièvre étant la mieux équipée mais il faut noter qu'elle est déficitaire en IDE libéraux et en places d'hébergement.

Pour l'accueil de jour, la Saône et Loire et surtout la Nièvre sont sous-dotées alors que pour l'hébergement temporaire, on retrouve la Nièvre et plutôt l'Yonne.

D'autres services de maintien à domicile sont financés par les conseils généraux tels que les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAD); les communes organisent également des services de portage de repas à domicile.

Enfin, l'hospitalisation à domicile assure au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés : l'état de l'offre figure dans le volet sanitaire du diagnostic.

c) l'évolution de l'offre en 2007 et 2009

places installées	au 31/12/2007	au 31/12/2009	évolution
BSIAD	2 024	3 259	11,5%
AJ	133	378	184,2%
HT	90	323	258,9%
EHPAD	19 052	21 448	12,6%
Total Bourgogne	22 199	26 408	14,6%

source: dialogue de gestion CNSA (bilan d'étape du PSGA)

On observe une progression importante de l'offre globale pour personnes âgées entre 2007 et 2009, sous l'impulsion notamment du Plan Solidarité Grand Age (PSGA) qui préconise le développement des SSIAD, des accueils de jour et de l'hébergement temporaire dans le cadre du libre choix du domicile, ainsi que la poursuite de l'effort de création de places en établissements avec une répartition équitable sur le territoire, et le renforcement de la médicalisation des EHPAD.

2.1.4 : les moyens financiers mobilisés

L'annexe 1.1.3 présente les modalités générales de financement de la compensation de la perte d'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ainsi que le financement des établissements et services médico-sociaux.

- aides et prestations individuelles pour les personnes âgées : APA, ACTP et PCH

répartition du coût des prestations de compensation individuelles en 2007 en Bourgogne pour les personnes âgées

dépenses ACTP 80 ans et +	dépenses PCH 80 ans et +	dépenses APA	total dépenses région
3 651 000	1 011 000	141 491 733	148 153 733
2%	1%	97%	100%

Sources: DREES dont enquête aide sociale des départements,

CNSA (données de contexte 2008)

L'APA représente 97 % des dépenses de prestations individuelles pour 36 892 bénéficiaires en 2007.

- financement des établissements et services pour personnes âgées

Les établissements et services pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont financés par l'AM, la CNSA et les conseils généraux, conjointement ou exclusivement.

Le tableau ci-dessous retrace les crédits versés aux structures pour personnes âgées en 2009 en Bourgogne.

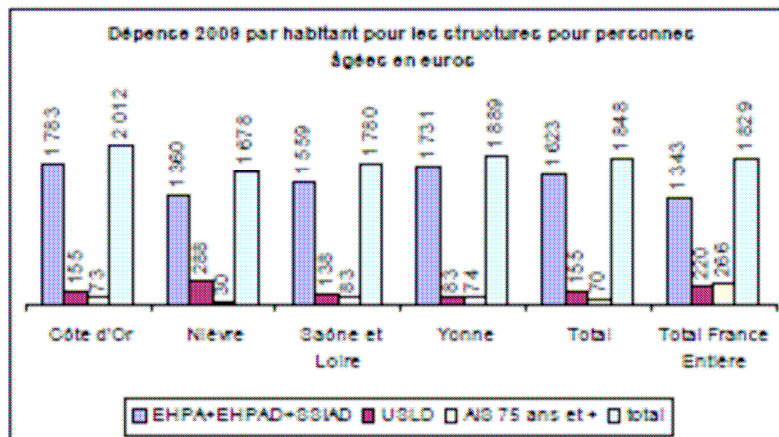
Dépenses 2009 AM/CNSA pour le financement des établissements et services pour personnes âgées

	EHPA+EHPAD+BSIAD	USLD	AIS 75 ans et +	total
dépenses AM et CNSA 2009 tous régimes pour les personnes âgées	281 885 000	25 985 000	12 171 000	321 041 000

Sources: CNSA (dépense AM en euro/hab), INSEE, CNAMTS/ SNIRAM, ARS

Le montant des dépenses AM/CNSA 2009 s'élève à 321 millions d'€. Elles représentent 3,22% des dépenses totales France entière alors que la population de 75 ans et + de la Bourgogne représente 3,19% du total national.

Le diagramme ci-dessous montre ainsi, que la dépense globale par habitant de la région (1 848 €) pour les personnes âgées est proche de la moyenne nationale (1829 €).



Sources: CNSA (dépense AM en euro/hab), INSEE, CHAMTS/ SNIRAM, ARS

Des disparités entre les départements sont à relever puisque l'écart entre la Nièvre qui a le ratio le plus faible (1 678 €) et la Côte d'Or (2 012 €), est de 334 €.

Par contre, la Nièvre a un ratio supérieur à la moyenne nationale en USLD (288 €).

En Bourgogne, la dépense 2009 en AIS est très inférieure à la moyenne nationale ce qui signifie que les IDEL font peu d'actes de nursing (70 €) habitant contre 266 € pour la France entière, la Nièvre étant à 30 € et la Saône et Loire à 83 €. La Nièvre, déficitaire en infirmiers libéraux, a développé les SSIAD et son taux d'équipement est le plus élevé de la région.

Pour avoir une vision complète du coût des établissements et services pour personnes âgées en Bourgogne, il faut ajouter les dépenses des conseils généraux qui sont estimées à 129, 817 millions d'€ en 2008 (source DREES enquête sur l'aide sociale départementale).

L'un des objectifs du CPOM de l'ARS (cf fiche 4.4.) est de réduire les écarts intrarégionaux d'équipements en ESMS pour les PH et les PA mesurés à partir de la dépense d'AM rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus). L'objectif de cet indicateur est de tendre vers 0 : dans le CPOM, l'écart passerait de 25.7% en 2010 à 24% en 2013 pour le secteur du handicap et de 7.7% en 2010 à 6% en 2013 pour le secteur des personnes âgées : ces objectifs peuvent paraître modérés mais l'évolution des enveloppes disponibles et la stabilité du poids de la population dans chacun des départements freinent la réduction des écarts. La régionalisation de l'enveloppe peut favoriser le rééquilibrage en favorisant notamment la Saône et Loire sur le secteur du handicap et des personnes âgées ainsi que la Nièvre pour le secteur des personnes âgées.

Enfin, il faudrait disposer d'un système d'information national sur le secteur médico-social pour mieux identifier les disparités existantes et tendre vers la convergence tarifaire et une équité de prise en charge des usagers sur le territoire.

2.2 : Les priorités du PRIAC et du SROS dans le secteur des personnes âgées

2.2.1 : Les orientations générales du PRIAC 2010/2013

- Assurer l'articulation entre le sanitaire et le médico-social notamment afin d'optimiser la prise en charge de la dépendance sans saturer les services hospitaliers (lien avec le SROS).
- Favoriser le maintien à domicile par le maillage en places de SSIAD, voire l'hospitalisation à domicile (lien avec le SROS).
- Renforcer la médicalisation des structures pour personnes âgées, par la prise en compte de la charge en soins.

- Renforcer les hébergements temporaires et les accueils de jour qui permettent un répit pour les familles, qui pourront ainsi mieux assumer leur rôle d'aidant.
- Donner aux personnes âgées dépendantes la possibilité de rester chez elles, en développant les services de soins et d'aide à domicile, en soutenant davantage les aidants familiaux et en assurant une continuité entre domicile et maison de retraite.
- Inventer des formules souples d'accueil permettant une grande plus adaptabilité aux besoins spécifiques de chaque personne.
- Inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix.
- Adapter l'hôpital aux personnes âgées en développant la filière gériatrique et en resserrant les liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite.

Dans le cadre de la programmation, ces orientations se traduisent par :

- l'amélioration de l'offre de service avec l'identification des territoires prioritaires, la mise en œuvre des plans nationaux (Plan Solidarité Grand Âge, Plan Alzheimer), la poursuite des efforts de transformation et d'adaptation des équipements existants (plateforme de services, coopérations...).
- une meilleure concordance des besoins, les départements manquant d'outils permettant une analyse fine des besoins. Les schémas gérontologiques n'ont pas toujours une partie programmatrice, la CNSA n'a pas produit de guide ou de référentiel pour recueillir les besoins ; la création future des maisons départementales de l'autonomie pourrait permettre de constituer et de gérer une liste d'attente unique des demandes d'entrée en EHPAD.

Le taux d'équipement ne devrait pas être le seul critère pris en compte car l'augmentation constante de la population de personnes âgées de référence entraîne automatiquement une baisse des taux d'équipement: il est à compléter par la dépense en euros par habitant et d'autres critères qui restent à définir

- la nécessaire diversification de l'offre,
- la mise en œuvre de nouveaux dispositifs : c'est ainsi que la Bourgogne a été retenue pour 2 plateformes de services et 3 équipes renforcées au titre de la sélection effectuée après les appels à projets des mesures 1 et 6 du Plan Alzheimer
- la prise en compte du Plan Alzheimer (AJ, HT, PASA et UHR au sein des EHPAD USLD, unités cognitivocomportementales-UCC- en services de soins de suite et de réadaptation) reste prioritaire.

D'autres pistes sont à développer dans le cadre du futur SROMS, qui seront à compléter :

- la recherche de la couverture géographique des dispositifs (par exemple pour les SSIAD),
- la résorption des inégalités sociales : notamment par rapport à l'habilitation à l'aide sociale et au reste à charge pour l'usager qui est variable suivant le milieu rural ou urbain,
- une réflexion est à mener au plan régional sur le niveau de territoire infra-départemental à retenir : (bassins de vie du conseil général 71, canton, pays, territoire de santé...).

2.2.2 : les orientations du SROS 2006-2011

a) En lien avec le vieillissement de la population et le plan Alzheimer plusieurs objectifs étaient poursuivis :

- au plan de l'organisation générale : renforcer les filières gériatriques avec les 10 centres référents en gériatrie existants qui ont vocation à apporter conseils et expertise aux professionnels sanitaires et médico-sociaux dans leur zone d'attraction, poursuivre le développement des réseaux gérontologiques dans les zones non couvertes, renforcer le rôle des hôpitaux locaux et poursuivre la politique de formation en gériatrie.
 - en psychogériatrie : adapter la filière de soins gériatrique à la psychogériatrie dans les secteurs sanitaire et social, développer les compétences en psychogériatrie, créer un réseau régional de prise en charge de la psychogériatrie
 - en oncogériatrie : coordonner filière gériatrique et oncologique, associer le médecin généraliste traitant au dispositif de prise en charge notamment dans le cadre de la concertation pluridisciplinaire d'oncologie pour ce qui concerne les personnes très âgées et fragiles, développer une politique de formation pluri-disciplinaire à l'oncogériatrie, inscrire l'oncogériatrie dans le réseau régional de cancérologie