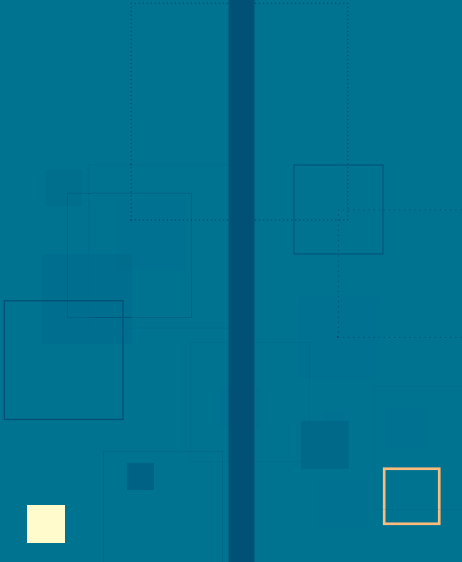


# CAHIER 5

Schéma Régional d'organisation  
Médico-sociale de Bourgogne  
2012 - 2016



PRRS





# CAHIER 5

**Schéma Régional d'Organisation  
Médico-sociale de Bourgogne**  
2012 - 2016



# Sommaire ● ● ● ●

## /// Introduction ..... 5

- 1** Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) : un nouvel outil au sein de la politique de santé ..... 5
- 2** Contribution du SROMS aux priorités du PSRS et méthodologie adoptée ..... 6
- 3** Les intentions stratégiques du SROMS ..... 7
- 4** La mise en œuvre du SROMS dans un contexte financier contraint ..... 9
- 5** Synthèse des objectifs du schéma ..... 10

## 1<sup>re</sup> partie : ..... 17

### /// Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap

- 1.1** Diagnostic ..... 17
  - 1.1.1 Besoins ..... 17
  - 1.1.2 Offre ..... 18
- 1.2** Objectifs d'amélioration de la prise en charge ..... 20
  - 1.2.1 Objectif général n° 1 : favoriser une égalité d'accès au dépistage des handicaps sur l'ensemble de la région ..... 20
  - 1.2.2 Objectif général n° 2 : assurer la précocité et la qualité du diagnostic par les CAMSP ..... 21
  - 1.2.3 Objectif général n° 3 : assurer le relais de la prise en charge à l'issue de l'accompagnement en CAMSP ..... 22
  - 1.2.4 Objectif général n° 4 : faire évoluer l'offre pour davantage d'inclusion des enfants et adolescents en situation de handicap ..... 23
  - 1.2.5 Objectif général n° 5 : conforter la coopération entre les ESMS et les établissements scolaires ..... 25
  - 1.2.6 Objectif général n° 6 : développer des solutions adaptées à certains types de handicap insuffisamment pris en compte ..... 26
- 1.3** Organisation et objectifs de répartition de l'offre ..... 28
  - 1.3.1 La stratégie d'évolution de l'offre médico-sociale en faveur des enfants sur les cinq prochaines années ..... 28
  - 1.3.2 Projets innovants et expérimentaux ..... 33

## 2<sup>e</sup> partie : ..... 35

### /// Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale, dans l'emploi et dans la perte d'autonomie

- 2.1** Diagnostic ..... 35
  - 2.1.1 Besoins ..... 35
  - 2.1.2 Offre ..... 36
- 2.2** Objectifs d'amélioration de la prise en charge ..... 38
  - 2.2.1 Objectif général n° 7 : faciliter l'accès aux soins et aux actions de prévention ..... 38
  - 2.2.2 Objectif général n° 8 : accompagner les personnes handicapées dans leur choix de vie ..... 39
  - 2.2.3 Objectif général n° 9 : assurer une meilleure coordination des différents professionnels intervenant auprès de la personne handicapée à domicile ..... 41
  - 2.2.4 Objectif général n° 10 : soutenir les aidants familiaux ..... 41
  - 2.2.5 Objectif général n° 11 : améliorer l'insertion professionnelle des 16 - 25 ans ..... 42

2.2.6	Objectif général n° 12 : répondre de manière spécifique à l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques .....	43
2.2.7	Objectif général n° 13 : apporter des réponses à des besoins régionaux en matière d'insertion professionnelle des adultes handicapés .....	44
2.2.8	Objectif général n° 14 : adapter l'évolution des ESAT aux besoins des personnes handicapées et aux réalités économiques .....	45
2.2.9	Objectif général n° 15 : traiter les situations où la réponse apportée est inadéquate .....	46
2.2.10	Objectif général n° 16 : promouvoir la continuité des soins entre les établissements de santé et les FAM/MAS .....	47
2.2.11	Objectif général n° 17 : accompagner le vieillissement des personnes handicapées vivant à domicile ou en établissement .....	48
<b>2.3</b>	<b>Organisation et objectifs de répartition de l'offre .....</b>	<b>50</b>
2.3.1	La stratégie d'évolution de l'offre médico-sociale en faveur des adultes sur les cinq prochaines années .....	50
2.3.2	Projets innovants et expérimentaux .....	56
<b>3<sup>e</sup></b>	<b>partie : .....</b>	<b>57</b>
///	<b>Soutenir l'autonomie des personnes âgées</b>	
<b>3.1</b>	<b>Diagnostic .....</b>	<b>57</b>
3.1.1	Besoins .....	57
3.1.2	Offre .....	62
3.1.2.1	Une offre d'hébergement importante .....	62
3.1.2.2	Les dispositifs de maintien à domicile pour les personnes âgées dépendantes : les SSIAD, l'accueil de jour (AJ) et l'hébergement temporaire (HT) .....	64
3.1.2.3	L'offre pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées .....	64
3.1.2.4	La coordination gérontologique .....	65
3.1.2.5	L'offre de soins .....	65
3.1.2.6	L'évolution de l'offre médico-sociale en 2007 et 2009 .....	66
3.1.2.7	Les ressources humaines : un secteur en difficultés .....	66
3.1.2.8	Le financement des établissements et services pour personnes âgées .....	67
<b>3.2</b>	<b>Objectifs d'amélioration de la prise en charge .....</b>	<b>69</b>
3.2.1	Objectif général n° 18 : promouvoir la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées tant à domicile qu'en EHPAD .....	69
3.2.2	Objectif général n° 19 : privilégier le maintien et l'accompagnement à domicile .....	71
3.2.3	Objectif général n° 20 : assurer une bonne articulation entre les différents acteurs engagés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées .....	74
3.2.4	Objectif général n° 21 : limiter les hospitalisations en urgence et favoriser la préparation des sorties d'hospitalisation .....	76
3.2.5	Objectif général n° 22 : accompagner et soulager les aidants familiaux .....	80
3.2.6	Objectif général n° 23 : améliorer la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées .....	81
<b>3.3</b>	<b>Organisation et objectifs de répartition de l'offre .....</b>	<b>83</b>
3.3.1	La stratégie d'évolution des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) .....	84
3.3.2	La stratégie d'évolution de l'offre de répit accueil de jour (AJ) et de l'hébergement temporaire (HT) .....	86
3.3.3	La stratégie d'évolution des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) .....	87
3.3.4	La réduction des inégalités territoriales .....	90
3.3.5	La maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : objectifs jusqu'en 2012 et chiffrage financier .....	91

## 4<sup>e</sup> partie : ..... 93

### /// Organiser la prise en charge médico-sociale des personnes confrontées aux addictions

#### **4.1 Diagnostic** ..... 93

4.1.1 Besoins ..... 94

4.1.2 Offre ..... 95

#### **4.2 Objectifs d'amélioration de la prise en charge** ..... 96

4.2.1 Objectif général n° 24 : réussir l'approche globale en addictologie ..... 96

4.2.2 Objectif général n° 25 : organiser un parcours de soins cohérent par une bonne articulation avec la médecine de ville et le milieu hospitalier ..... 97

4.2.3 Objectif général n° 26 : construire une réponse médico-sociale précoce adaptée aux jeunes consommateurs de produits psycho-actifs ..... 98

#### **4.3 Organisation et objectifs de répartition de l'offre** ..... 99

4.3.1 Réduction des inégalités territoriales ..... 99

4.3.2 Coopérations ..... 99

4.3.3 Projets innovants et expérimentaux ..... 100

4.3.4 Objectifs de répartition de l'offre ..... 100

## 5<sup>e</sup> partie : ..... 103

### /// Organiser la prise en charge médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

#### **5.1 Diagnostic** ..... 103

5.1.1 Besoins ..... 103

5.1.2 Offre ..... 103

#### **5.2 Objectifs d'amélioration de la prise en charge** ..... 104

5.2.1 Objectif général n° 27 ACT : mieux prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques sévères, en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical ... 104

5.2.2 Objectif général n° 28 LHSS : offrir une suite ou une alternative à l'hospitalisation aux personnes sans domicile sur l'ensemble de la région ..... 104

#### **5.3 Organisation et objectifs de répartition de l'offre** ..... 105

5.3.1 Réduction des inégalités territoriales ..... 105

5.3.2 Coopérations ..... 106

5.3.3 Objectifs de répartition de l'offre de soins médico-sociaux (OROSM) ..... 106

## 6<sup>e</sup> partie : ..... 107

### /// Évaluer et suivre la mise en œuvre du schéma

#### **6.1 Dispositif d'évaluation du schéma** ..... 107

6.1.1 Une évaluation intermédiaire du schéma est proposée en 2013 afin d'identifier les conditions de réussite de sa mise en œuvre. .... 107

6.1.2 Une évaluation finale du schéma est proposée en 2016. .... 109

#### **6.2 Suivi annuel du schéma** ..... 110

6.2.1 Suivi annuel de l'impact du schéma ..... 111

6.2.2 Suivi de la mise en œuvre du schéma ..... 114

## /// ANNEXES et GLOSSAIRE ..... 115

## /// Introduction

### 1 Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) : un nouvel outil au sein de la politique de santé

La loi dite HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hospitalisation et relative aux patients, à la santé et aux territoires a profondément renouvelé la politique nationale de santé qui intègre désormais non seulement les soins mais aussi la prévention et la prise en charge médico-sociale.

Cette politique de santé repose sur 3 priorités :

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé;
- promouvoir l'égalité devant la santé;
- développer un système de qualité, accessible et efficient.

Le cadre législatif et réglementaire a été révisé en profondeur et le SROMS fait partie intégrante du Projet Régional de Santé (PRS), en application de l'article L1434-2 du Code de la Santé Publique (CSP).

L'article L1434-12 précise que le SROMS a pour objet de « prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux » relevant de la compétence de l'ARS, financés en tout ou partie sur des crédits de l'assurance maladie ou de l'État.

Selon l'article L1434-12 du CSP, le SROMS est accompagné du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) qui établit chaque année les priorités de financement (hors structures d'addictologie et pour personnes en difficultés spécifiques).

En application de l'article L313-4 du code de l'action sociale et des familles, les autorisations sont accordées aux seuls projets compatibles avec le SROMS et le PRIAC : il en résulte que le SROMS et son programme sont opposables aux porteurs de projet pour rejeter ou accepter leur demande. Le 4° du même article fonde l'opposabilité des enveloppes budgétaires régionales aux demandes de financement émanant des gestionnaires et services à la charge de la sécurité sociale.

Au final, en application des articles L313-1 et R313-1 et suivants du CASF, les autorisations sont désormais

accordées (sauf dispenses), à la suite d'une procédure d'appel à projets, sur la base d'un cahier des charges élaboré à partir des besoins identifiés par le SROMS et le PRIAC et en fonction des moyens alloués chaque année à l'ARS par la loi de financement de la sécurité sociale.

Pour les ESMS financés conjointement avec les conseils généraux, le SROMS est établi et actualisé au regard des schémas départementaux qui partagent des problématiques de prévention, de perte d'autonomie et de handicap mais impulsent aussi des politiques propres de proximité essentielles dans la vie quotidienne des personnes. Un accord sur les projets communs est donc nécessaire, notamment dans le cadre de la réduction des inégalités territoriales et des évolutions démographiques.

D'autres partenaires sont importants dans un secteur départementalisé, très riche, diversifié mais aussi très morcelé : l'Éducation nationale, pour l'inclusion des enfants handicapés, le conseil régional pour la formation des personnels, les organismes de sécurité sociale dans le secteur des personnes âgées, la DRJSCS... et évidemment les nombreux acteurs du secteur médico-social sans oublier les usagers.

C'est ainsi que le comité de pilotage du SROMS est assuré par la commission de coordination des politiques publiques dans le

domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, composée des principaux financeurs et partenaires. Par ailleurs, la commission spécialisée de la CRSA pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux est tenue régulièrement informée des travaux du schéma.

Le SROMS doit aussi favoriser l'articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale. Il est donc en cohérence avec les deux autres schémas que sont le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS parties hospitalière-H et ambulatoire-A) et le Schéma Régional de Prévention (SRP). Cette réussite de la transversalité des politiques est un enjeu très fort des agences régionales de santé.



Ce premier SROMS de Bourgogne, élaboré dans des délais très contraints, comporte cinq thématiques :

- l'accompagnement des jeunes en situation de handicap dans la vie sociale et la scolarisation
- l'accompagnement des adultes en situation de handicap dans la vie sociale, dans l'emploi et la perte d'autonomie
- le soutien à l'autonomie des personnes âgées
- l'organisation de la prise en charge des personnes confrontées aux addictions,

## 2 Contribution du SROMS aux priorités du PSRS et méthodologie adoptée

Parmi les 5 priorités du Plan stratégique régional de santé (PSRS) de l'ARS de Bourgogne, trois concernent plus particulièrement le secteur médico-social :

- la réduction des inégalités territoriales, par la recherche d'une meilleure répartition de l'offre médico-sociale dans une région globalement bien dotée
- le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, dans le respect des choix de vie des personnes et en poursuivant l'amélioration de la qualité de la prise en charge
- le développement dès l'enfance des capacités des adolescents et jeunes adultes à être acteurs de leur santé (avec notamment le repérage et la prise en charge précoces des addictions).

Le respect des choix de vie recentre les politiques menées sur le parcours des personnes dont il faut préserver la fluidité en évitant ou réduisant au maximum les points de rupture déstabilisants.

C'est dans cette logique que l'ARS de Bourgogne a choisi de travailler à partir des parcours de vie ou de santé, prenant en compte tous les aspects de ces parcours, de la prévention aux soins et à l'accompagnement médico-social.

C'est ainsi que des groupes de travail dits « transversaux », réunissant des professionnels/experts tant du secteur sanitaire que médico-social, du domicile à l'établissement, ont réfléchi notamment sur le parcours de vie des personnes âgées, sur le parcours de vie des personnes handicapées psychiques (schizophrénie, troubles de l'humeur...) et sur le parcours des adolescents et des jeunes adultes.

Pourquoi ces choix ? Dans notre société vieillissante, avec une espérance de vie en augmentation, le parcours des personnes âgées concerne une partie croissante de la population fragilisée par l'âge dont la prise en charge en cas de problème de santé et de dépendance reste trop souvent ou trop longtemps sanitaire. Cette prise en charge est aussi marquée

- l'organisation de la prise en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

En application de l'article R1434-1 du code de la santé publique, le PRS est révisé au moins tous les 5 ans après évaluation de sa mise en œuvre et de la réalisation des objectifs fixés dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS).

Le diagnostic initial « handicap et vieillissement » sur lequel s'appuie le SROMS figure en *annexe 17*.

par une insuffisance de connaissance et de concertation entre les structures sanitaires et médico-sociales qui entraîne des ruptures dangereuses pour l'autonomie des personnes et, il faut le dire, des dépenses inutiles pour le système de santé.

Quant au parcours de vie des personnes handicapées psychiques, il convient de souligner que ce type de handicap récemment reconnu, a le taux de prévalence le plus élevé et a été jugé insuffisamment pris en compte dans les accompagnements médico-sociaux actuels. Cela ne veut pas dire que la prise en charge des autres handicaps est moins importante mais il a fallu faire un choix, compte tenu des délais très contraints d'élaboration du schéma : de nombreux points communs avec d'autres handicaps peuvent d'ailleurs être relevés.

Enfin, le parcours de santé des adolescents et jeunes adultes recouvre particulièrement la prévention, avec le repérage des situations à risque, notamment au niveau des addictions.

Les professionnels de ces groupes transversaux ont précisé les points de rupture dans les parcours et proposé des solutions qui ont elles-mêmes été transmises aux groupes thématiques des 3 schémas selon leur domaine de compétence. Cette démarche a permis de changer d'angle de vue, partant des besoins des personnes et non plus des structures et de leurs logiques. Elle a été présentée aux instances de la démocratie sanitaire (CRSA, Conférences de territoire).

Elle a permis d'aborder la transversalité, pour aller au-delà des « tuyaux d'orgue » des schémas et de dégager une partie des orientations du SROMS. La mise en œuvre sur le terrain reste cependant un défi car elle suppose la coordination étroite d'acteurs qui se connaissent mal et font face à des situations souvent complexes : ce n'est donc que le début de nouvelles « façons de faire », qui demanderont plusieurs années pour faire évoluer les mentalités, les logiques et les structures. La cartographie des parcours figure dans le cahier 1 du PRS.



Neuf groupes de travail thématiques ont également fait des propositions d'objectifs :

- **5 groupes sur le handicap** : dépistage et diagnostic précoce, scolarisation des jeunes handicapés, insertion professionnelle, accompagnement des adultes lourdement handicapés dont le vieillissement, et prise en charge de l'autisme (par un groupe de travail émanant du Comité Technique Régional sur l'Autisme, pour ce dernier thème);

- **2 groupes sur les personnes âgées** : sur le domicile et en lieux de vie collectifs;
- **le comité restreint des addictions**, issu de la commission régionale des addictions;
- **1 groupe sur les personnes en difficultés spécifiques**, commun avec le PRAPS.

### 3 Les intentions stratégiques du SROMS

Trois intentions stratégiques couvrent l'ensemble du schéma :

#### ➤ affiner l'identification des besoins dans le secteur médico-social :

Dans le secteur des personnes en situation de handicap, la CNSA admet que la connaissance des besoins de ces personnes demeure lacunaire, du fait de la complexité de la notion de handicap et des données très parcellaires, liées notamment aux lacunes du système d'information des MDPH.

Du côté des personnes âgées, l'approche par la démographie est plus aisée, avec les projections de population de plus de 75 ou 85 ans mais aucune base administrative de données ne permet le dénombrement des personnes âgées en perte d'autonomie; il en est de même pour connaître le nombre de malades d'Alzheimer ou maladies apparentées. C'est ainsi qu'on se réfère plutôt au nombre de bénéficiaires de l'APA, versée à partir du GIR 4 par les conseils généraux. La démarche n'est cependant pas satisfaisante. Même au niveau des outils, la grille AGGIR utilisée pour mesurer le degré de perte d'autonomie est souvent contestée car elle ne prend pas assez en compte les troubles du comportement et l'environnement social des personnes : la CNSA veut expérimenter avec des conseils généraux un outil commun et plus complet d'évaluation de l'autonomie pour les personnes âgées et personnes handicapées. L'ARS soutient cette démarche.

Par défaut, on se réfère le plus souvent aux taux d'équipement comparés entre départements et aux moyennes nationales et régionales ainsi qu'à la dépense d'assurance maladie par habitant.

Cependant, le montant des dépenses engagées sur le soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées est difficile à cerner, d'autant que les modes de financement sont très complexes entre l'État, les conseils généraux, l'Assurance Maladie. (cf. en annexe 1 : cartographie de la répartition de compétences).

À noter par ailleurs, que cette première génération de SROMS est élaborée alors que des études ou enquêtes permettant d'actualiser des données anciennes sont en cours ou en projets proches : enquête ES 2010 dont les résultats sont attendus début 2012, démarrage de l'enquête EHPA 2011 fins 2011, résultats attendus de l'enquête sur les SSIAD, de l'enquête Bientraitance 2010, enquête en cours sur l'état d'avancement des évaluations internes et externes des ESMS...

Des réformes importantes sont également attendues : réforme de la dépendance, de la tarification des SSIAD et des EHPAD...

Le développement de l'observation médico-sociale et le partage des données avec les acteurs des politiques publiques, notamment les conseils généraux, sont donc indispensables sur un secteur très diversifié, territorialisé et complexe.

La plateforme d'observation sanitaire et sociale pourrait être le support de la mise en œuvre de cet objectif : en effet, pilotée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), elle compte parmi ses membres de nombreux acteurs du secteur dont notamment, des services de l'État (DRJSCS, DREAL, DIRECCTE, Rectorat, DDCSPP...), des organismes de protection sociale (CARSAT, CAF, CPAM, AROMSA), le conseil régional et les conseils généraux, des instances représentatives du secteur associatif sanitaire et social (dont le CREAL).

#### ➤ réduire les inégalités territoriales et sociales de santé en répartissant mieux l'offre médico-sociale et en favorisant l'accessibilité :

Il s'agit de l'objectif transversal du PSRS puisque, si la Bourgogne est globalement bien dotée en établissements et services médico-sociaux, elle présente de fortes inégalités territoriales qu'il convient de corriger, prioritairement par redéploiement et restructuration de l'offre, dans un contexte financier très contraint. Une meilleure appréhension des besoins et un partenariat étroit avec les conseils généraux

sont les conditions de la réussite d'une démarche délicate qui prendra du temps, avec le nouveau levier de l'appel à projet, et qui entraînera notamment la restructuration du secteur médico-social.

L'un des objectifs du CPOM de l'ARS est de réduire les écarts infrarégionaux d'équipements en ESMS pour les personnes âgées et les personnes handicapées mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie 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 du poids de la population dans chacun des départements freinent la réduction des écarts.

Il s'agira aussi de décloisonner les secteurs sanitaire (hospitalier et ambulatoire) et médico-social, les services de maintien à domicile et les structures d'hébergement pour diversifier l'offre, assouplir les possibilités de passage d'un dispositif à un autre, favoriser l'accueil séquentiel... : des solutions souples et de proximité doivent être proposées par des structures travaillant en complémentarité en fonction des besoins des personnes. Le développement du travail en réseau est indispensable en s'inspirant notamment des retours d'expérience sur les parcours de vie des personnes âgées que l'ANAP vient de publier<sup>1</sup>. Deux expériences bourguignonnes y sont d'ailleurs exposées : celle du réseau de santé du Haut Nivernais et celle du réseau de santé du Val-de-Saône.

#### ➤ **promouvoir l'efficacité au sein des ESMS :**

Il s'agit de favoriser le **développement des démarches qualité** au sein des structures accompagnant les personnes handicapées et les personnes âgées afin d'offrir un service de qualité au meilleur coût : cela passe par la création et l'animation d'un réseau régional et la mise en place de groupes de travail à constituer avec des professionnels volontaires des structures sur des thématiques ciblées (référentiel commun d'auto-évaluation, bientraitance, projet de vie...).

La démarche est menée en partenariat avec l'ANAP, l'ANESM, le CREAI, les conseils généraux, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)... Elle s'appuie sur plusieurs outils : le guide méthodologique de l'ANAP sur les coopérations territoriales, le programme MOBILQUAL (Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles) de la SFGG, les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, le guide des bonnes pratiques de l'HAS.

<sup>1</sup> **Les parcours de personnes âgées sur un territoire : retours d'expérience - ANAP Août 2011**

Les objectifs portent sur l'échange des bonnes pratiques, la création et l'utilisation d'outils communs, la mutualisation des compétences, la valorisation de l'intérêt des démarches qualité, le développement des démarches d'évaluation : des journées départementales qualité sont ainsi régulièrement organisées.

La qualité dans les établissements médico-sociaux en addictologie passe, elle aussi, par la pluridisciplinarité des équipes, le respect des référentiels et la formation.

**L'obligation d'évaluation de la qualité** des prestations délivrées par les ESMS a été introduite par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Le fort enjeu d'accompagnement des personnes hébergées dans les ESMS a toute sa place dans le programme régional qualité des soins et gestion des risques de l'ARS qui est lui-même l'un des programmes du PRS.

Le développement de la culture « démarche qualité » et l'incitation à l'évaluation externe (selon les modalités de l'ANESM, dans les délais réglementaires fixés au 31 décembre 2014) conditionneront le renouvellement des autorisations en 2017.

95 % des ESMS sont concernés par cette procédure, soit environ 600 structures au niveau de la Bourgogne.

Le suivi exhaustif de l'évaluation externe est un objectif de performance de l'ARS dans le cadre du CPOM signé avec l'État et de son indicateur 5,2 « % d'ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe » la valeur cible étant 100 % à fin 2014. Une enquête est en cours auprès des structures avec un suivi biannuel.

**L'enquête annuelle « Bientraitance »**, menée dans les EHPAD, participe également à l'amélioration des pratiques concourant à une meilleure prise en charge des PA. Les résultats complets de l'enquête 2010 seront prochainement connus. Cependant, il apparaît déjà que le taux de participation des EHPAD de la région Bourgogne est nettement supérieur à celui de l'année précédente, soit environ 90 % en 2010 contre 82 % en 2009. Les tendances observées au plan national montrent une amélioration de la mise en place des pratiques concourant à la bientraitance. Il ressort des premiers résultats sur la Bourgogne que des progrès restent à faire notamment sur l'élaboration d'un projet de vie personnalisé et sur la formation des personnels.

La lutte contre la dénutrition peut s'appuyer sur les conseils figurant dans la publication de l'ANAP « les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux : les textures modifiées, mode d'emploi ».

Un service de qualité au meilleur coût passe aussi par la recherche de mutualisations et coopérations entre les structures (fonctions support, formations conjointes de personnels, salariat de professionnels de santé communs à plusieurs établissements...), en développant les conventions entre les structures, tant sanitaires que médico-sociales.

**Le Programme Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque (PPRGDR) 2010-2013** est constitué de 10 priorités nationales dont deux concernent les EHPAD. L'enjeu est aujourd'hui d'optimiser la coordination des professionnels de santé intervenant au sein des EHPAD et l'organisation des établissements afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents, de les doter d'outils de suivi de leurs dépenses, de poursuivre l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins et de diffuser les règles de bonnes pratiques en soins.

Les deux priorités de GDR en EHPAD sont déclinées en plans d'actions :

**/// sur l'efficience des EHPAD, avec :**

- la signature de contrats de coordination par les professionnels libéraux intervenant dans les EHPAD (médecins et masseurs kinésithérapeutes),
- la mise en place d'un suivi et d'une analyse des dépenses de soins en EHPAD,

- la mise en place d'indicateurs de qualité et d'efficience,
- un outil de contrôle du calibrage des forfaits de soins des EHPAD au tarif global (en vue du calibrage des forfaits de soins lors du passage au tarif global et du transfert de l'ONDAM soins de ville vers le médico-social, il s'agit d'identifier les données et croisements nécessaires afin de repérer les dépenses de soins rattachables aux résidents des EHPAD).

**/// sur la qualité et l'efficience de la prescription dans les EHPAD :**

- la mise en place d'un système d'information sur le suivi des prescriptions par résident,
- la diffusion des bonnes pratiques dans le cadre de réunions locales d'échanges avec les EHPAD (ces réunions annuelles sont complétées par les visites d'accompagnement de l'assurance maladie),
- l'élaboration et la diffusion d'une liste préférentielle de médicaments,
- le déploiement des contrats d'objectifs de qualité et de coordination des soins (CAQCOS) entre les EHPAD, l'ARS et l'Assurance Maladie.

**4 La mise en œuvre du SROMS dans un contexte financier contraint**

La mise en œuvre du SROMS s'inscrit dans un contexte relativement contraint, tant au niveau des professionnels de santé nécessaires pour assurer le bon fonctionnement des établissements et services médico-sociaux, qu'au niveau des ressources financières allouées à la Bourgogne.

L'ensemble des objectifs développés dans le présent schéma afin de répondre aux besoins des personnes en situation de handicap et/ou de perte d'autonomie, qui se traduisent par la création de places supplémentaires d'établissements et de services, correspond à un coût important qui se décompose de la manière suivante :

Population	Chiffage total en millions d'euros (fourchette de variation)		Dont marges de redéploiement		Dont mesures nouvelles (fourchette de variation)	
Enfance handicapée	8,519	10,139	2,750	6,000	5,769	4,139
Adultes handicapés (dont ESAT)	22,126	24,066	12,456	0	9,67	24,066
Personnes âgées (hors Alzheimer)	12,584	13,519	3,650	3,650	8,934	9,869
Personnes confrontées aux addictions	1,662	1,662	0	0	1,662	1,662
Personnes en difficultés spécifiques	2,006	2,006	0	0	2,006	2,006
<b>Total</b>	<b>46,897</b>	<b>51,392</b>	<b>18,856</b>	<b>9,650</b>	<b>28,041</b>	<b>41,742</b>

Sur le secteur des personnes âgées, la mise en œuvre du Plan Alzheimer en Bourgogne jusqu'en 2012, s'accompagne d'un financement complémentaire variant de 3,602 à 3,944 millions d'euros pour la création de plateformes de répit, SSIAD spécialisés, PASA, UHR, ces derniers n'étant pas chiffrés.

Sans préjuger des moyens nouveaux qui seront alloués à la région Bourgogne sur les 5 ans à venir et qui seront par ailleurs priorités dans le cadre du PRIAC, il est nécessaire d'envisager qu'une part de ces créations puisse être financée par redéploiement de moyens existants à plusieurs niveaux :

- redéploiement des moyens alloués aux établissements vers les services, dans la logique de développement du soutien à l'autonomie à domicile, notamment dans le secteur de l'enfance handicapée
- redéploiement des places vacantes de manière pérenne mais pour autant financées, notamment dans le secteur des EHPAD
- redéploiement des moyens entre les départements dans la logique de réduction des inégalités territoriales
- redéploiement des moyens du secteur sanitaire vers le secteur médico-social, dans le cadre de l'organisation des parcours de santé, et comme le permet le principe de la fongibilité asymétrique inscrit dans la loi HPST du 21 juillet 2009.

Ces restructurations des moyens existants seront bien sûr faites dans la concertation et selon les possibilités et réalités de terrain, mais elles visent à répondre aux priorités du SROMS pour l'accès des personnes au droit commun, à adapter l'offre existante à leurs besoins et à favoriser l'efficacité du fonctionnement des structures pour avoir un service de qualité au meilleur coût.

Par ailleurs, des choix prioritaires devront être faits en termes de calendrier sur la durée du schéma, dans le respect de l'ONDAM.

Enfin, les établissements et services existants nécessitent également un renforcement de leurs moyens afin d'améliorer la prise en charge des personnes qu'ils accueillent. Ainsi, à titre d'exemple, la médicalisation des EHPAD (dans le cadre du système Pathos) est évaluée à 30 millions d'euros sur la durée du schéma.

L'objectif est d'utiliser au mieux les ressources de l'assurance maladie, dans une logique d'efficacité fondée sur les parcours de santé et de vie des personnes en situation de handicap et/ou de perte d'autonomie.

## 5 Synthèse des objectifs du schéma

Le SROMS comporte 28 objectifs généraux déclinés en 87 objectifs spécifiques

Objectifs généraux du schéma	Objectifs spécifiques du schéma
<b>1re partie :</b> <b>Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap</b>	
<b>Objectif général 1</b> Favoriser une égalité d'accès au dépistage des handicaps sur l'ensemble de la région	<b>Objectif spécifique 1.1 :</b> Évaluer les modalités d'intervention actuelles des CAMSP et l'exercice effectif de leurs différentes missions
	<b>Objectif spécifique 1.2 :</b> Réorganiser le maillage du territoire régional en matière de diagnostic et de dépistage précoce en s'appuyant sur des antennes locales
<b>Objectif général 2</b> Assurer la précocité et la qualité du diagnostic par les CAMSP	<b>Objectif spécifique 2.1 :</b> Favoriser l'articulation des CAMSP avec les partenaires pour un dépistage précoce et pour améliorer les dispositifs d'annonce du handicap
	<b>Objectif spécifique 2.2 :</b> Favoriser la réduction des délais pour le 1er rendez-vous
	<b>Objectif spécifique 2.3 :</b> Favoriser la pluridisciplinarité des équipes du CAMSP, notamment en promouvant des formations aux spécificités de certains types de handicap

Objectifs généraux du schéma	Objectifs spécifiques du schéma
<p><b>Objectif général 3</b> Assurer le relais de la prise en charge à l'issue de l'accompagnement en CAMSP</p>	<p><b>Objectif spécifique 3.1</b> : Favoriser une anticipation plus précoce des orientations prises par la CDAPH</p> <p><b>Objectif spécifique 3.2</b> : Renforcer la prise en charge en SESSAD et CMPP</p>
<p><b>Objectif général 4</b> Faire évoluer l'offre pour davantage d'inclusion des enfants et adolescents en situation de handicap</p>	<p><b>Objectif spécifique 4.1</b> : Développer le nombre de places de SESSAD, prioritairement par transformation de places d'établissement</p> <p><b>Objectif spécifique 4.2</b> : Renforcer les SESSAD pour permettre un accompagnement plus important en milieu ordinaire pour certains types de handicap</p> <p><b>Objectif spécifique 4.3</b> : Promouvoir la souplesse et l'adaptabilité de la prise en charge : orientations des CDAPH vers des « dispositifs » plutôt que des établissements et services ciblés</p>
<p><b>Objectif général 5</b> Conforter la coopération entre les ESMS et les établissements scolaires</p>	<p><b>Objectif spécifique 5.1</b> : Améliorer et faire vivre la coopération Éducation Nationale/ARS au niveau régional et dans chaque département</p> <p><b>Objectif spécifique 5.2</b> : Assurer une cohérence entre le Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA) ou Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) et le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) par l'organisation d'une réflexion régionale</p> <p><b>Objectif spécifique 5.3</b> : Renforcer la préparation en amont de la première scolarisation pour éviter le point de rupture et réussir la première scolarisation</p> <p><b>Objectif spécifique 5.4</b> : Diversifier les modalités de scolarisation</p>
<p><b>Objectif général 6</b> Développer des solutions adaptées à certains types de handicap insuffisamment pris en compte</p>	<p><b>Objectif spécifique 6.1</b> : Développer les ressources pour le diagnostic et l'accompagnement des troubles spécifiques des apprentissages et des troubles sévères du langage en fonction des besoins</p> <p><b>Objectif spécifique 6.2</b> : Favoriser l'accompagnement des enfants polyhandicapés vers les apprentissages scolaires</p> <p><b>Objectif spécifique 6.3</b> : Concernant le handicap moteur, identifier le besoin éventuel en structures (un seul IEM en Bourgogne), et développer des SESSAD</p> <p><b>Objectif spécifique 6.4</b> : Assurer un meilleur maillage de la région en matière de SESSAD pour l'accompagnement du handicap visuel</p> <p><b>Objectif spécifique 6.5</b> : Assurer un meilleur maillage de la région pour l'accompagnement de l'autisme et des troubles envahissants du développement (spécialisation d'unités au sein d'IME, SESSAD)</p> <p><b>Objectif spécifique 6.6</b> : Favoriser l'articulation des ESMS et des secteurs de pédopsychiatrie dans le cadre de la prise en charge des troubles psychiques importants et de l'autisme</p> <p><b>Objectif spécifique 6.7</b> : Conforter et rendre lisible la prise en charge des handicaps rares, en lien avec les centres de ressources nationaux</p>

Objectifs généraux du schéma	Objectifs spécifiques du schéma
<p><b>2e partie :</b> Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale, dans l'emploi et dans la perte d'autonomie</p>	
<p><b>Objectif général 7</b> Faciliter l'accès aux soins et aux actions de prévention</p>	<p><b>Objectif spécifique 7.1 :</b> Assurer la formation d'au moins un professionnel de santé par bassin de vie pour faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées à domicile</p> <p><b>Objectif spécifique 7.2 :</b> Promouvoir le développement d'une stratégie de prévention au sein d'au moins 70 % des établissements accueillant des personnes handicapées sur l'hygiène bucco-dentaire</p> <p><b>Objectif spécifique 7.3 :</b> Promouvoir le développement d'une stratégie de prévention dans tous les établissements accueillant des personnes handicapées sur l'éducation à la sexualité, à la nutrition, sur le tabagisme et l'alcoolisme.</p> <p><b>Objectif spécifique 7.4 :</b> Développer les actions de prévention en direction des personnes handicapées à domicile</p> <p><b>Objectif spécifique 7.5 :</b> Sensibiliser les aidants et les intervenants à domicile au repérage des situations à risque notamment pour les personnes confrontées au handicap psychique</p>
<p><b>Objectif général 8</b> Accompagner les personnes handicapées dans leur choix de vie</p>	<p><b>Objectif spécifique 8.1 :</b> Développer l'offre de SAMSAH pour assurer le maintien à domicile à partir des SAVS existants et en lien avec les SSIAD personnes handicapées</p> <p><b>Objectif spécifique 8.2 :</b> Renforcer certains SAMSAH prenant en charge des personnes en situation de handicap psychique avec des professionnels du secteur sanitaire</p> <p><b>Objectif spécifique 8.3 :</b> Promouvoir des alternatives à l'hébergement complet (par exemple de l'hébergement séquentiel) en FAM – MAS</p>
<p><b>Objectif général 9</b> Assurer une meilleure coordination des différents professionnels intervenant auprès de la personne handicapée à domicile</p>	<p><b>Objectif spécifique 9.1 :</b> Soutenir la mise en place d'un dossier de suivi partagé et d'outils de transmission des informations qui pourraient être utilisés par l'ensemble des intervenants à partir des expériences existantes</p>
<p><b>Objectif général 10</b> Soutenir les aidants familiaux</p>	<p><b>Objectif spécifique 10.1 :</b> Renforcer l'offre de répit par des places en accueil temporaire et en accueil de jour au sein des FAM/MAS dans chaque département</p> <p><b>Objectif spécifique 10.2 :</b> Développer, à partir des FAM et des MAS, le soutien aux aidants pour diffuser la connaissance des handicaps et leur apporter des compétences spécifiques à l'aide à la personne afin de prévenir les événements aigus et les hospitalisations</p>

Objectifs généraux du schéma	Objectifs spécifiques du schéma
<p><b>Objectif général 11</b> Améliorer l'insertion professionnelle des 16 - 25 ans</p>	<p><b>Objectif spécifique 11.1 :</b> Permettre la découverte du monde du travail (ESAT, milieu ordinaire) aux jeunes handicapés en milieu ordinaire ou en IME pour préparer l'insertion professionnelle en milieu ordinaire</p>
	<p><b>Objectif spécifique 11.2 :</b> Soutenir l'insertion professionnelle des jeunes handicapés en milieu ordinaire en développant des SESSAD à orientation professionnelle et/ou expériences mutualisées du type pôle d'insertion pour proposer des services adaptés aux jeunes sortant d'ULIS et de Section d'Enseignement Général Professionnel Adapté (SEGPA)</p>
	<p><b>Objectif spécifique 11.3 :</b> Favoriser la reconnaissance de la professionnalisation des jeunes en institution en développant les démarches de certificat de qualification professionnelle et en développant les services d'appui aux CFA</p>
<p><b>Objectif général 12</b> Répondre de manière spécifique à l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques</p>	<p><b>Objectif spécifique 12.1 :</b> Mettre en place une réflexion régionale sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques</p>
	<p><b>Objectif spécifique 12.2 :</b> Développer les réponses adaptées en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques : ESAT psy, ESAT hors les murs psy, centre de pré-orientation psy, SAMSAH psy.</p>
<p><b>Objectif général 13</b> Apporter des réponses à des besoins régionaux en matière d'insertion professionnelle des adultes handicapés</p>	<p><b>Objectif spécifique 13.1 :</b> Mettre en place un dispositif d'insertion professionnelle spécifique aux traumatisés crâniens et cérébrolésés (projet d'Unité d'Entraînement, de Réadaptation et d'Orientation Spécifique, UEROS)</p>
	<p><b>Objectif spécifique 13.2 :</b> Compléter la filière d'insertion professionnelle (projet de centre de pré-orientation en articulation avec la DIRECCTE, réorganisation des implantations du centre de rééducation professionnelle au sein de la région par la création d'antennes)</p>
<p><b>Objectif général 14</b> Adapter l'évolution des ESAT aux besoins des personnes handicapées et aux réalités économiques</p>	<p><b>Objectif spécifique 14.1 :</b> Renforcer l'accompagnement (travail, soins, accompagnement social) des travailleurs handicapés en développant les partenariats entre les ESAT et les SAMSAH ou en faisant évoluer les qualifications des professionnels des ESAT (travailleurs sociaux, paramédicaux, professionnels d'éducation à la santé)</p>
	<p><b>Objectif spécifique 14.2 :</b> Développer la reconnaissance des acquis professionnels des travailleurs handicapés.</p>
	<p><b>Objectif spécifique 14.3 :</b> Favoriser l'adaptation des ESAT au vieillissement des personnes handicapées (temps partiels, zone de répit...), et préparer avec les personnes handicapées leurs orientations au moment de la retraite</p>

Objectifs généraux du schéma	Objectifs spécifiques du schéma
<p><b>Objectif général 15</b> Traiter les situations où la réponse apportée est inadéquate</p>	<p><b>Objectif spécifique 15.1 :</b> Systématiser dans tous les projets d'établissement la prise en compte des troubles du comportement des résidents afin d'assurer l'accueil des populations présentant ce type de pathologie associée</p> <p><b>Objectif spécifique 15.2 :</b> Développer une offre adaptée pour accueillir des personnes handicapées actuellement prises en charge au sein d'établissements de santé</p>
<p><b>Objectif général 16</b> Promouvoir la continuité des soins entre les établissements de santé et les FAM/MAS</p>	<p><b>Objectif spécifique 16.1 :</b> Systématiser une convention de partenariat avec l'établissement de santé de proximité visant à l'échange des informations médicales, au traitement des situations de crises, au suivi des soins post-hospitalisation, à l'admission en ESMS et à la facilitation des « séjours alternés »</p> <p><b>Objectif spécifique 16.2 :</b> Développer des actions de formation conjointes des personnels hospitaliers et des professionnels des ESMS à l'accompagnement des personnes handicapées</p>
<p><b>Objectif général 17</b> Accompagner le vieillissement des personnes handicapées vivant à domicile ou en établissement</p>	<p><b>Objectif spécifique 17.1 :</b> Favoriser les coopérations et les échanges de professionnels des FAM/MAS/SAMSAH avec les EHPAD et les SSIAD de proximité.</p> <p><b>Objectif spécifique 17.2 :</b> Former les professionnels des établissements FAM/MAS/SAMSAH à la problématique du vieillissement et à l'accompagnement de la fin de vie.</p> <p><b>Objectif spécifique 17.3 :</b> Développer les coopérations avec les équipes mobiles de gériatrie, les équipes mobiles de soins palliatifs et les structures d'HAD des établissements de santé, et favoriser leurs interventions en établissements médico-sociaux (FAM/MAS)</p> <p><b>Objectif spécifique 17.4 :</b> Renforcer la prise en charge médicale et paramédicale pour des places en foyers de vie</p>
<p><b>3e partie :</b> <b>Soutenir l'autonomie des personnes âgées</b></p>	
<p><b>Objectif général 18 :</b> Promouvoir la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées tant à domicile qu'en EHPAD</p>	<p><b>Objectif spécifique 18.1 :</b> Promouvoir la culture de la prévention de la perte d'autonomie dans les formations initiales et continues des professionnels de santé</p> <p><b>Objectif spécifique 18.2 :</b> Veiller à la formation des intervenants à domicile (SSIAD, aidants naturels) à la prévention au quotidien</p> <p><b>Objectif spécifique 18.3 :</b> Développer des actions de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse</p> <p><b>Objectif spécifique 18.4 :</b> Promouvoir la culture de la gestion des risques notamment des infections liées aux soins</p> <p><b>Objectif spécifique 18.5 :</b> Généraliser l'évaluation gériatrique standardisée lors de la réalisation de bilans d'entrée en EHPAD</p> <p><b>Objectif spécifique 18.6 :</b> Promouvoir le développement d'une stratégie de prévention au sein des établissements accueillant des personnes âgées s'appuyant sur des actions de santé publique notamment sur l'hygiène bucco-dentaire et la prévention des chutes mais aussi sur des actions de santé environnementale</p>



Objectifs généraux du schéma	Objectifs spécifiques du schéma
<p><b>Objectif général 18 :</b> Promouvoir la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées tant à domicile qu'en EHPAD</p>	<p><b>Objectif spécifique 18.7 :</b> Développer des coopérations/ partenariats avec des professionnels de santé pour des actions de prévention ou de suivi en EHPAD</p>
<p><b>Objectif général 19</b> Privilégier le maintien et l'accompagnement à domicile</p>	<p><b>Objectif spécifique 19.1 :</b> Développer et restructurer l'offre d'Accueil de Jour (AJ)</p>
	<p><b>Objectif spécifique 19.2 :</b> Développer l'offre d'Hébergement Temporaire (HT)</p>
	<p><b>Objectif spécifique 19.3 :</b> Développer des expérimentations de nouvelles formules souples d'accueil</p>
	<p><b>Objectif spécifique 19.4 :</b> Assurer un maillage effectif du territoire par les SSIAD</p>
	<p><b>Objectif spécifique 19.5 :</b> Favoriser l'articulation des SAD et des SSIAD notamment au sein des SPASAD</p>
<p><b>Objectif général 20</b> Assurer une bonne articulation entre les différents acteurs engagés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées</p>	<p><b>Objectif spécifique 20.1 :</b> Soutenir la mise en place d'un dossier de suivi partagé et des outils de transmission des informations pouvant être utilisés par l'ensemble des intervenants</p>
	<p><b>Objectif spécifique 20.2 :</b> Rendre lisible et simplifier la couverture du territoire en structures de coordination</p>
	<p><b>Objectif spécifique 20.3 :</b> Favoriser l'information des professionnels et des aidants en lien avec les conseils généraux</p>
	<p><b>Objectif spécifique 20.4 :</b> Renforcer le rôle des médecins coordonnateurs en EHPAD</p>
	<p><b>Objectif spécifique 20.5 :</b> Améliorer la connaissance des lits disponibles en EHPAD et des listes d'attente en lien avec les conseils généraux</p>
<p><b>Objectif général 21</b> Limiter les hospitalisations en urgence et favoriser la préparation des sorties d'hospitalisation</p>	<p><b>Objectif spécifique 21.1 :</b> Améliorer la prise en charge en EHPAD pour notamment éviter les hospitalisations ou réduire leur durée</p>
	<p><b>Objectif spécifique 21.2 :</b> Développer des réponses adaptées aux situations d'urgence sociale lors des sorties d'hospitalisation</p>
	<p><b>Objectif spécifique 21.3 :</b> Développer le recours à l'HAD, aux EMG et aux EMSP à domicile et en EHPAD, en recherchant les articulations entre ces différents intervenants</p>
<p><b>Objectif général 22</b> Accompagner et soulager les aidants familiaux</p>	<p><b>Objectif spécifique 22.1 :</b> Développer l'offre de répit AJ/HT</p>
	<p><b>Objectif spécifique 22.2 :</b> Développer les lieux d'échanges pour les aidants</p>
	<p><b>Objectif spécifique 22.3 :</b> Contribuer à la formation des aidants à l'accompagnement de la fin de vie</p>

Objectifs généraux du schéma	Objectifs spécifiques du schéma
<p><b>Objectif général 23</b> Améliorer la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées</p>	<p><b>Objectif spécifique 23.1 :</b> Favoriser la qualification et la formation des personnels en EHPAD et dans les SSIAD</p> <p><b>Objectif spécifique 23.2 :</b> Favoriser le recours à des médecins et paramédicaux salariés en EHPAD pour faciliter les recrutements, améliorer les prises en charge, rationaliser les dépenses</p> <p><b>Objectif spécifique 23.3 :</b> Mettre en œuvre sur la région les orientations du plan Alzheimer</p> <p><b>Objectif spécifique 23.4 :</b> Promouvoir l'accès aux EHPAD des personnes nécessitant des dispositifs et des soins médicaux coûteux ou des prises en charge particulières</p>
<p><b>4e partie :</b> <b>Organiser la prise en charge médico-sociale des personnes confrontées aux addictions</b></p>	
<p><b>Objectif général 24</b> Réussir l'approche globale en addictologie</p>	<p><b>Objectif spécifique 24.1 :</b> Rendre effectif le caractère généraliste des CSAPA ambulatoires</p> <p><b>Objectif spécifique 24.2 :</b> Favoriser la pluridisciplinarité au sein des structures (compétences médicale, paramédicale, psychologique, sociale)</p>
<p><b>Objectif général 25</b> Organiser un parcours de soins cohérent par une bonne articulation avec la médecine de ville et le milieu hospitalier</p>	<p><b>Objectif spécifique 25.1 :</b> Intervenir plus précocement dans la prise en charge avant l'installation de la dépendance</p> <p><b>Objectif spécifique 25.2 :</b> Généraliser le partenariat sous forme de conventions organisant le parcours de soins entre les structures médico-sociales intervenant dans le champ de l'addictologie et les établissements de santé, et formalisant les liens avec le secteur social qui s'est spécialisé en alcool ; mesurer son effectivité.</p> <p><b>Objectif spécifique 25.3 :</b> Promouvoir des actions de communication et de partage d'informations entre la médecine de ville, les structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD) et les équipes d'addictologie des établissements de santé</p>
<p><b>Objectif général 26</b> Construire une réponse médico-sociale précoce adaptée aux jeunes consommateurs de produits psycho-actifs</p>	<p><b>Objectif spécifique 26.1 :</b> Assurer l'accessibilité des consultations « jeunes consommateurs » pour les jeunes et leur entourage sur des zones non couvertes</p> <p><b>Objectif spécifique 26.2 :</b> Assurer une prise en charge des jeunes consommateurs repérés puis orientés par une infirmière scolaire, un responsable de club sportif, un médecin de ville, des pairs...</p>
<p><b>5e partie :</b> <b>Organiser la prise en charge médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques</b></p>	
<p><b>Objectif général 27</b> Mieux prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques sévères, en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical</p>	<p><b>Objectif spécifique 27.1 :</b> Développer l'offre d'Appartements de Coordination Thérapeutique</p>
<p><b>Objectif général 28</b> Offrir une suite ou une alternative à l'hospitalisation aux personnes sans domicile sur l'ensemble de la région</p>	<p><b>Objectif spécifique 28.1 :</b> Assurer une couverture territoriale sur les quatre départements bourguignons en matière de Lits Halte Soins Santé, en créant au moins une structure par département</p>

# 1<sup>re</sup> partie :

## /// Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap

### 1.1 Diagnostic

#### 1.1.1 Besoins

##### /// Les personnes handicapées forment une population dont les besoins sont difficiles à cerner :

Comme le reconnaît la CNSA, « 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 »<sup>2</sup>.

Nombre de bénéficiaires des allocations de compensation du handicap

	AEEH(Nombre de personnes en 2007)	AEEH (Taux pour 1 000 jeunes de 0 à 19 ans)
Côte-d'Or	885	7,08
Nièvre	331	7,24
Saône-et-Loire	1 690	13,63
Yonne	819	10,13
<b>Bourgogne</b>	<b>3 725</b>	<b>9,92</b>
France entière		<b>11,1</b>

Sources : CNAMTS, CNAF/MSA, CNSA (données de contexte 2008), DREES, Statiss 2009 AEEH= allocation d'éducation de l'enfant handicapé

##### /// La Bourgogne a un taux de bénéficiaires de l'allocation d'éducation pour enfant handicapé moins élevé que la moyenne nationale mais elle est caractérisée par d'importantes disparités territoriales

Le taux d'allocataires pour 1000 jeunes de 0 à 19 ans est particulièrement élevé en Saône-et-Loire et largement inférieur à la moyenne nationale en Côte-d'Or et dans la Nièvre.

Le total des dépenses correspondantes à cette prestation est estimé à 5,382 millions d'euros en 2007 pour la région.

Nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire

	Nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire	% Population scolaire	Nombre d'élèves handicapés scolarisés en classe ordinaire	Nombre de CLIS	Nombre d'ULIS	Nombre d'élèves handicapés en CLIS ou en ULIS
Côte-d'Or	1 342	1,43 %	906	30	18	436
Nièvre	765	2,18 %	406	27	10	359
Saône-et-Loire	2 159	2,28 %	1615	48	14	544
Yonne	1 025	1,71 %	727	19	10	298
<b>Bourgogne</b>	<b>5 291</b>	<b>1,87 %</b>	<b>3 654</b>	<b>124</b>	<b>52</b>	<b>1 637</b>
France	201 388	1,7 %				

sources : tableau de bord académique 2009-2010, rectorat - la scolarisation des enfants handicapés rapport au Président de la République, mai 2011

<sup>2</sup> Extrait du guide CNSA pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie, édition 2009

### /// Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap ●●●●

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 un peu au-delà du niveau 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. La proportion d'élèves handicapés dans la population scolaire est la plus faible en Côte-d'Or.

#### 1.1.2 Offre

### /// Le taux d'équipement en offre médico-sociale sur le secteur de l'enfance handicapée, supérieur à la moyenne nationale, est caractérisé par de grandes disparités territoriales.

État des lieux des structures et services : places financées au 31/3/2011

	Projection 2011 de la population des 0 - 19 ans	Établissements	SESSAD	Établissements + SESSAD	Taux équipement établissement pour 1000	Taux équipement Total pour 1000
<b>Côte-d'Or</b>	124 168	731	502	1233	5,89	9,93
<b>Nièvre</b>	43 572	414	142	556	9,50	12,76
<b>Saône-et-Loire</b>	121 578	699	313	1012	5,75	8,32
<b>Yonne</b>	79 713	675	119	794	8,47	9,96
<b>Bourgogne</b>	369 031	2 519	1 076	3 595	<b>6,83</b>	<b>9,74</b>
<b>France <sup>1</sup></b>	15 315 215	103 989	36 586	140 575	<b>6,8</b>	<b>9,2</b>

Source : PRIAC actualisé au 31/03/2011

<sup>1</sup> source statiss 2010 au 01/01/2009 et population au 01/01/2008

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 places pour mille jeunes de moins de 20 ans, supérieur à la France métropolitaine située à 9,2 ‰. Leur répartition géographique figure en annexes 2 à 6.

La Saône-et-Loire détient 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. L'Yonne est particulièrement sous-dotée en SESSAD mais avec un fort taux d'équipement en IME.

### /// La Bourgogne se caractérise aussi par de grandes disparités territoriales en matière de répartition de l'offre entre services et établissements.

Part des SESSAD dans l'équipement pour jeunes handicapés au 31/03/2011

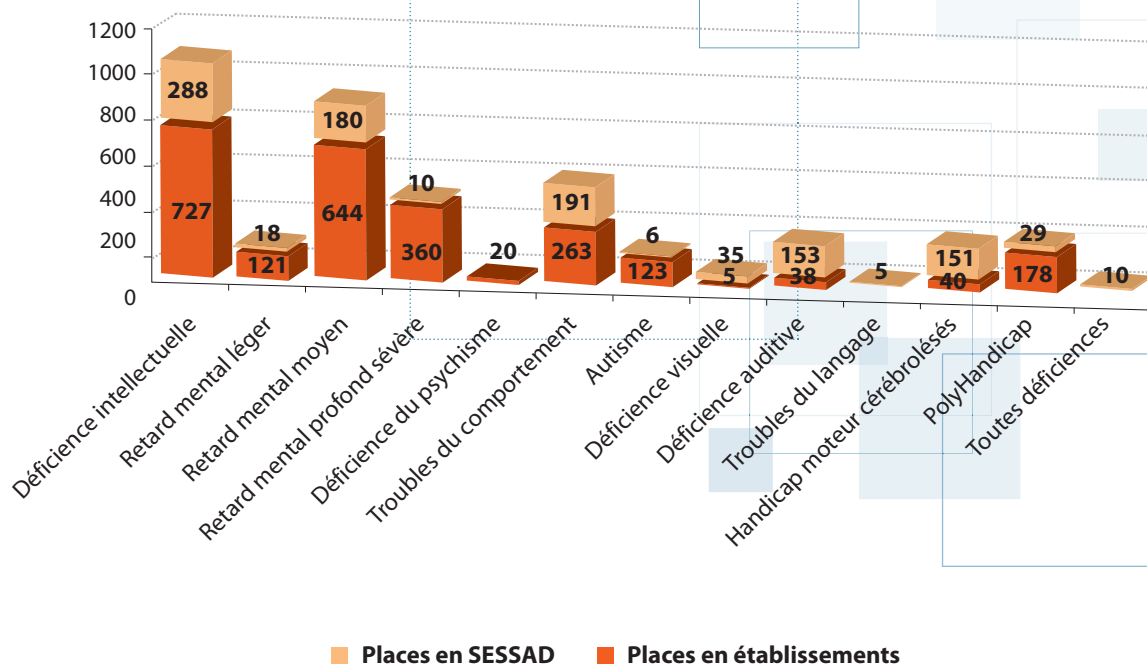
	Nombre de places de SESSAD financées au 31/03/2011	Taux d'équipement pour mille jeunes de 0-19 ans en 2011	Part des SESSAD dans l'équipement pour jeunes handicapés	Taux cible ARS : 28,3 % des places	Écart avec le taux cible du CPOM ARS
<b>Côte-d'Or</b>	502	4,04	40,71 %	349	+153
<b>Nièvre</b>	142	3,26	25,54 %	157	-15
<b>Saône-et-Loire</b>	313	2,57	30,93 %	286	+27
<b>Yonne</b>	119	1,49	14,99 %	225	-106
<b>Bourgogne</b>	1076	2,92	29,93 %	1017	+ 59
<b>France (en 2008)</b>			24,34 %		

L'augmentation de la part des services dans l'offre globale médico-sociale fait partie des objectifs du CPOM de l'ARS, l'objectif étant de 28,3 % pour les personnes handicapées (enfants et adultes).

Pour les jeunes handicapés, la Bourgogne ainsi que la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire ont déjà atteint ou dépassé cet objectif. Le déficit en SESSAD est très marqué dans l'Yonne et dans une moindre mesure dans la Nièvre.

/// **L'offre régionale nécessite d'être renforcée pour certains types de handicap,** comme l'illustre le graphique suivant :

**Places autorisées et financées en établissement et services pour enfants handicapés au 31/03/2011 (hors CAMSP et CMPP) et répartition par type de handicap**



**CAMSP et CMPP : files actives et taux de prise en charge en 2010 (CAMSP) et 2009 (CMPP)**

	Population des 0-6 ans (projection 2009)	File active 2010 CAMSP	Taux de prise en charge CAMSP pour 1 000 jeunes de 0 à 6 ans	Population des 0-20 ans (projection 2009)	File active 2009 CMPP (IMS 2009)	Taux de prise en charge CMPP pour 1 000 jeunes de 0 à 19 ans
<b>Côte-d'Or</b>	41 685	1 189	28,52	121 348	1 750	14,42
<b>Nièvre</b>	15 355	393	25,59	44 758	1 091	24,38
<b>Saône-et-Loire</b>	41 772	837	20,04	120 280	1 052	8,75
<b>Yonne</b>	28 035	568	20,26	81 282	682	8,39
<b>Bourgogne</b>	126 847	2 987	23,55	367 668	4 575	12,44

Sources : CMPP : indicateurs médico-sociaux (IMS) année 2009 - CAMSP : enquête ARS

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

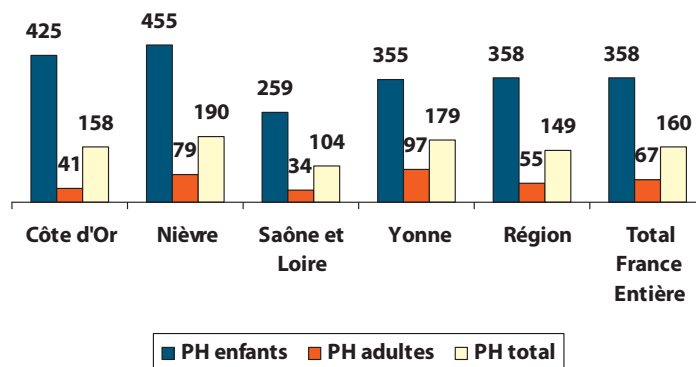
La Saône-et-Loire et l'Yonne ont un taux de prise en charge en CAMSP et CMPP faible par rapport à la moyenne régionale.

### /// Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap ●●●●●

### /// Sur le secteur du handicap, la région présente une dépense globale par habitant de 0 à 59 ans inférieure à la moyenne nationale mais avec d'importants écarts interdépartementaux

(de 104 € en Saône-et-Loire à 190 € dans la Nièvre)

#### Dépense AM/CNSA 2009 par habitant pour les structures pour enfants et adultes handicapés en euros



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

Le graphique ci-dessus présente les disparités existantes entre les départements de la région, en détaillant les dépenses en faveur des enfants d'une part, et des adultes d'autre part.

Sur le secteur enfance, la moyenne régionale est équivalente à la moyenne nationale (358 € par enfant) mais les écarts sont importants entre la Saône-et-Loire (259 €) et la Côte-d'Or (425 €) ou la Nièvre (455 €). Sur le secteur des adultes, la moyenne régionale (55 €) est inférieure à la moyenne nationale (67 €) et les valeurs départementales sont très différenciées de la Saône-et-Loire (34 €) à l'Yonne (97 €).

En 2010, 72 % de la dotation régionale handicap bénéficie au secteur de l'enfance, soit 138 millions d'euros sur 192 millions d'euros. Une part prépondérante de ces ressources (près de 80 %) finance des prises en charge en établissements.

#### Part de la dotation régionale consacrée à l'enfance en 2010

Secteur enfants	Montants et pourcentages	
Établissements	108 760 518 €	79 %
Services	15 173 700 €	11 %
CAMSP CMPP	14 071 556 €	10 %
<b>Total enveloppe 2010 (enfance)</b>	<b>138 005 774 €</b>	<b>100 %</b>

## 1.2 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

### 1.2.1 Objectif général n° 1 : favoriser une égalité d'accès au dépistage des handicaps sur l'ensemble de la région

Afin d'être en mesure de soutenir le développement de l'offre de services qui s'adresse très précocement aux jeunes enfants en situation de handicap ou présentant un risque de développer un handicap et à leurs parents, la CNSA a diligenté en 2007 une étude quantitative sur l'intervention des CAMSP. Les résultats, approfondis en 2009 par une étude qualitative<sup>3</sup>, ont révélé une grande diversité de la répartition de l'activité de ces structures entre leurs différentes missions (dépistage, bilans, suivis thérapeutiques et autres formes d'accompagnement) qui impacte directement leur organisation et leur fonctionnement.

L'opportunité de mener ce type d'étude en Bourgogne est apparue comme un outil nécessaire au développement sur l'ensemble du territoire de cette offre de service dont l'accès direct (sans procédure de demande d'accès aux droits spécifiques des personnes handicapées) constitue un atout dans un moment douloureux pour les parents qu'est celui de la révélation du handicap.

<sup>3</sup> CNSA : intervention des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux - étude qualitative 2009.

Certains éléments sont déjà connus. Malgré la présence des CAMSP dans l'ensemble de la région grâce au développement de nombreuses antennes, des inégalités territoriales d'accès liées à des problèmes de répartition géographique subsistent en Bourgogne : la Puisaye, l'Avallonnais, le sud ouest de la Saône-et-Loire, la Bresse louchannaise, le nord de la Nièvre font partie des territoires infra départementaux insuffisamment couverts<sup>4</sup>. Des zones d'habitat ont un temps d'accès aux prestations des CAMSP supérieur à 30 ou 40 minutes, malgré l'existence d'antennes et de consultations avancées positionnées dans les locaux de partenaires (PMI) ou des locaux mis à disposition. Certains CAMSP, notamment en Côte-d'Or, sont davantage orientés vers leur mission de suivi des enfants que celle de dépistage diagnostic. L'étude préconisée devra apporter des précisions sur ces différents points qui seront utilisées pour améliorer l'accessibilité de l'offre.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 1.1</b> évaluer les modalités d'intervention actuelles des CAMSP et l'exercice effectif de leurs différentes missions	Lancer une étude sur la nature et les modalités d'intervention, le positionnement sur les missions, les partenariats, la pluridisciplinarité, la couverture géographique de chaque CAMSP
<b>Objectif spécifique n° 1.2</b> Réorganiser le maillage du territoire régional en matière de diagnostic et de dépistage précoce en s'appuyant sur des antennes locales	S'appuyer sur des antennes locales

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Nombre d'implantations CAMSP par département	Côte-d'Or : 13 Nièvre : 5 Saône-et-Loire : 5 Yonne : 3 <b>Région : 26</b>	Côte-d'Or : 13 Nièvre : 5 Saône-et-Loire : 8 Yonne : 4 <b>Région : 30 soit +4 antennes</b>

### 1.2.2 Objectif général n° 2 : assurer la précocité et la qualité du diagnostic par les CAMSP

Il y a un consensus depuis de nombreuses années pour reconnaître l'intérêt d'un diagnostic et d'une prise en charge les plus précoces possibles afin de prévenir les risques de « sur-handicap ».

En Bourgogne, la précocité de l'accueil en CAMSP est toute relative puisque, selon les données d'activité issues des indicateurs médico-sociaux économiques des comptes administratifs 2008, plus de 40 % des enfants reçus se situent dans la tranche des 3-4 ans et seulement 4 % dans celle des 0-12 mois. Selon les premiers résultats de la dernière enquête ES, les CAMSP accueilleraient même 0,91 % d'enfants de moins de 1 an en 2010.

Le dépistage et le suivi des nouveaux nés à risques et des très jeunes enfants doivent être développés dans la région, notamment par une articulation plus étroite des CAMSP avec le secteur sanitaire.

L'enquête de la CNSA citée plus haut fait ressortir que la nature des liens établis avec les services de néonatalogie, maternité, pédiatrie, pédopsychiatrie, PMI a des conséquences sur la précocité de l'accès aux CAMSP et aux actions qui y sont dispensées, le dépistage le plus précoce étant celui organisé auprès des grands prématurés dès la néonatalogie.

Ces liens qui peuvent prendre des formes différentes, interventions et présence de professionnels du CAMSP au sein des services hospitaliers (participation à des réunions, intervention en qualité de ressource aux côtés des professionnels), consultations organisées au sein de lieux d'accueil de la PMI, favorisent le dépistage précoce du handicap et l'orientation des enfants vers les CAMSP pour mettre en place une prise en charge globale.

Les CAMSP peuvent aussi être amenés à travailler avec des services hospitaliers spécialisés : ORL audiology, implantation cochléaire, ophtalmologie... pour répondre aux besoins spécifiques des déficiences sensorielles. Ils apportent, par exemple, leur expertise aux équipes des services hospitaliers afin d'effectuer un dépistage systématique de la surdité. Inversement, ces mêmes CAMSP peuvent avoir recours aux services hospitaliers spécialisés afin de confirmer des diagnostics.

<sup>4</sup>  tudes CREAM Bourgogne : repérage de l'offre médico-sociale et des besoins dans la Nièvre, la Saône-et-Loire et l'Yonne - synthèse régionale des constats et propositions de pistes d'évolution du dispositif - mai 2011

### /// Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap ●●●●

Les liens entre les CAMSP et les médecins généralistes, maisons de santé... sont aussi très importants pour une information réciproque sur l'évaluation et le suivi de l'enfant.

Les centres de ressources régionaux ou nationaux qui exercent aussi des missions de diagnostic, conseil, information peuvent être sollicités par les CAMSP afin de conforter leurs diagnostic.

La manière de communiquer le diagnostic aux parents est reconnue comme déterminante pour l'avenir de l'enfant qui naît avec des déficiences particulières, et pour sa famille<sup>5</sup>. Les CAMSP s'inscrivent dans le processus de révélation du handicap par des actions de soutien aux parents et aux fratries.

La pluridisciplinarité des équipes constitue une condition essentielle de la garantie d'une offre polyvalente. Certaines situations de handicap nécessitent de mettre en œuvre des actions qui requièrent des compétences de haute technicité. Ceci suppose de développer ou acquérir de telles compétences, ou de les solliciter auprès des partenaires.

La qualité de l'offre précoce envers des tout-petits nécessite une réponse de proximité à la fois géographique et temporelle : l'accès doit être facilité par une plus grande couverture territoriale (voir objectif général n° 1) et par une réduction des délais d'attente entre le moment de la révélation du handicap et le premier rendez-vous, tout en restant vigilant quant au délai entre ce premier contact et l'accompagnement effectif.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 2.1</b> Favoriser l'articulation des CAMSP avec les partenaires pour un dépistage précoce (services hospitaliers, réseaux périnatalité, PMI pour des actions de prévention en milieu ordinaire, secteur ambulatoire, maisons de santé et les centres ressources) et pour améliorer le dispositif d'annonce du handicap	Initier des réunions locales/groupes de travail pour développer cette articulation
<b>Objectif spécifique n° 2.2</b> Favoriser la réduction des délais pour le 1er rendez-vous	Inscrire dans les projets d'établissement des CAMSP un objectif portant sur un délai maximum de RDV de 2 mois
<b>Objectif spécifique n° 2.3</b> Favoriser la pluridisciplinarité des équipes du CAMSP, notamment en promouvant des formations aux spécificités de certains types de handicap	Développer, dans l'étude CAMSP précitée (cf. objectif général n° 1), un volet spécifique sur la composition des équipes, les spécialités existantes, les postes vacants et les formations nécessaires

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2010)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	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 %

#### 1.2.3 Objectif général n° 3 : assurer le relais de la prise en charge à l'issue de l'accompagnement en CAMSP

Au niveau national, à la sortie des CAMSP, 54 % des enfants sont suivis en milieu ordinaire (CMPP/CMP/SESSAD/libéral), 12 % sont orientés en établissement sanitaire ou médico-social, 25 % ne nécessitent aucun suivi particulier et 5 % sont sans solution<sup>6</sup>.

Les CAMSP exercent un rôle de « passeur de relais » en accompagnant les parents dans l'orientation des enfants et en organisant des relais avec les établissements vers lesquels les enfants sont orientés. Ils se mettent à disposition des MDPH pour faciliter le parcours des familles dans la recherche d'information et

<sup>5</sup> Circulaire n° DHOS/E1/DGS/DGAS/2002/269 du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et post natale d'une maladie ou d'une malformation.

<sup>6</sup> Les CAMSP- résultats de l'enquête quantitative menée en 2008 - CNSA



d'aide. Cette passation doit être anticipée et conduite juste à temps, ni trop tôt au risque d'être vécue par les parents comme brutale, ni trop tard.

La fluidité du parcours de soins et d'accompagnement constitue un objectif dès la découverte des atteintes dont souffre l'enfant. Différentes sources de risques de discontinuité existent : délais de latence entre la révélation et l'accès au CAMSP, délais entre le premier rendez-vous et la prise en charge effective, difficultés de sortie vers d'autres services comme les SESSAD ou les CMPP du fait de l'engorgement de ces derniers ou de l'absence de couverture dans certains territoires (Sénonais, Saône-et-Loire...)

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 3.1</b> Favoriser une anticipation plus précoce des orientations prises par la CDAPH	Inscrire cette démarche d'anticipation dans les projets d'établissement des CAMSP
<b>Objectif spécifique n° 3.2</b> Renforcer la prise en charge en SESSAD et CMPP	Développer ces prestations pour couvrir la région, en priorité par redéploiements, et/ou sous réserve de financement

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Proportion d'enfants restés sans solution à l'issue d'un accompagnement en CAMSP	ND 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)

#### 1.2.4 Objectif général n° 4 : faire évoluer l'offre pour davantage d'inclusion des enfants et adolescents en situation de handicap

L'accès plein et entier de la personne handicapée à la vie de la cité et sa participation à la vie en société sont au cœur de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, mais aussi d'un certain nombre de textes internationaux dont la Convention de l'ONU sur les droits des personnes handicapées (article 19<sup>7</sup> et la récente recommandation du Conseil de l'Europe relative à la désinstitutionalisation et la vie au sein de la collectivité des enfants handicapés.<sup>8</sup> La loi engage la société, et notamment l'ensemble des acteurs concernés par l'enfance et la jeunesse dans un processus d'inclusion sociale et éducative des jeunes en situation de handicap. Elle pose pour principe la scolarisation de ces jeunes en milieu ordinaire. Les questions sont abordées sous un angle nouveau, celui du principe de la compensation.

Les SESSAD, qui ont enregistré un développement notable ces dernières années, prennent leur place dans une palette de réponses allant de l'accueil en milieu ordinaire sans accompagnement particulier jusqu'à l'accueil à temps complet en établissement et constituent, en assurant un soutien spécialisé en milieu ordinaire, un des éléments de la compensation.

Dans son rapport sur la scolarisation des enfants handicapés, le Sénateur Paul Blanc indique que la proportion très variable des SESSAD (par rapport à celle des établissements) « limite fortement pour certains territoires l'orientation en milieu ordinaire avec accompagnement médico-social, qui dans certains cas, pourrait se substituer à un placement en établissement ». Il recommande l'accélération de la transformation des établissements en SESSAD.<sup>9</sup>

Le fait que la Bourgogne a déjà atteint son objectif de 28,3 % de part de services dans l'offre globale, tel que fixé dans le CPOM de l'ARS, ne doit pas occulter la nécessité de poursuivre cette adaptation du secteur médico-social aux évolutions de la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire dans les territoires déficitaires de la région, l'Yonne et la Nièvre.

<sup>7</sup> L'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie...

<sup>8</sup> Recommandation du Comité des ministres du Conseil de l'Europe n° CM/Rec 2010-2 du 3 février 2010

<sup>9</sup> La scolarisation des enfants handicapés rapport au Président de la République par Monsieur Paul Blanc, Sénateur des Pyrénées Orientales - mai 2011.

### /// Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap ●●●●●

Ce développement de l'inclusion doit s'accompagner d'une adaptation des prestations en fonction du handicap des enfants. Les modes d'intervention des SESSAD pourront être adaptés pour constituer une véritable alternative à l'accueil en établissement. Leur action, généralement dispensée selon un rythme variable de 2 à 3 interventions hebdomadaires, peut être amenée à être renforcée pour assurer au quotidien la continuité de l'accompagnement.

Une réflexion est à conduire sur les prestations éducatives et thérapeutiques nécessaires aux jeunes handicapés dans leur famille, à l'école, sur les lieux d'apprentissage et de loisirs et sur le renforcement des SESSAD, à partir des moyens des établissements, pour leur permettre d'accompagner ces jeunes nécessitant davantage de prestations.

Les établissements médico-sociaux et les SESSAD accueillent des enfants et adolescents handicapés après une orientation prononcée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) suite à une évaluation effectuée par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Les décisions d'orientation sont prises en direction d'une catégorie précise d'établissement ou de service : orientation en IME, orientation en SESSAD... Les modes d'intervention des établissements et services étant appelés à être de plus en plus modulés, le décloisonnement des orientations vers un dispositif organisé pour un type de déficience (trouble du comportement, autisme notamment) sans précision de la catégorie de la structure (IME, ITEP, SESSAD...) permettrait d'assurer une meilleure fluidité du parcours d'accompagnement, tenant compte de l'évolutivité des besoins du jeune (accompagnement par un SESSAD avec des périodes de répit en internat...) sans attendre une réorientation de la CDAPH qui peut demander un certain délai. L'objectif de repenser le dispositif d'orientation des enfants handicapés pour basculer d'une organisation de la prise en charge par structure vers un fonctionnement en dispositif d'accompagnement fait partie des mesures phares annoncées par le Gouvernement au cours de la deuxième conférence nationale du handicap qui s'est tenue le 8 juin 2011 à Paris.<sup>10</sup>

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 4.1</b> Développer le nombre de places de SESSAD, prioritairement par transformation de places d'établissement	Inscrire dans les CPOM les modalités de transformation
<b>Objectif spécifique n° 4.2</b> Renforcer les SESSAD pour permettre un accompagnement plus important en milieu ordinaire pour certains types de handicap	Élaborer un cahier des charges des SESSAD « renforcés » (modalités d'intervention, moyens nécessaires...)
<b>Objectif spécifique n° 4.3</b> Promouvoir la souplesse et l'adaptabilité de la prise en charge : orientations des CDAPH vers des « dispositifs » plutôt que des établissements et services ciblés	Élaborer un cahier des charges pour lancer un appel à candidature en vue d'organiser une expérimentation avec une/des MDPH et des ESMS disposant d'un panel de réponses (internat, semi-internat, SESSAD...)

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Part des services dans l'offre médico-sociale globale dans le champ de l'enfance handicapée /département <sup>11</sup>	Côte d'Or : 42,8 % Nièvre : 28,2 % Saône et Loire : 30,9 % Yonne : 15 % <b>Région : 31,2 %</b>	La cible de 28,3 % du CPOM ARS pour les PH enfants et adultes est atteinte  Objectif d'une poursuite de l'augmentation générale, notamment dans la Nièvre et dans l'Yonne

<sup>10</sup> Conférence nationale du handicap - 8 juin 2011- Dossier de presse

<sup>11</sup> L'indicateur reprend le CPOM ARS mais pour les enfants seulement, avec le calcul suivant : nbre de places en SESSAD / nbre de places en IME + ITEP + CME + IEM + SESSAD + établissements expérimentaux. Chiffres des places financées au 31/12/2011

**1.2.5 Objectif général n° 5 : conforter la coopération entre les ESMS et les établissements scolaires**

Le décret n° 2009-378 du 2 avril 2009, modifiant le code de l'action sociale et des familles, étend et généralise des dispositifs et des pratiques de coopération entre les acteurs du service public de l'éducation et du secteur médico-social en matière de scolarisation des élèves handicapés. Selon Paul Blanc, il est désormais urgent de mettre en œuvre effectivement ce décret, la coopération devant être renforcée à tous les niveaux : au niveau national entre les différents ministères, au niveau régional entre l'ARS et le rectorat, au niveau local entre les inspections d'académie, l'ARS, les MDPH et le milieu spécialisé. Elle favorise le parcours individualisé de l'élève, adapté à ses besoins et susceptible d'être aménagé tout au long de sa scolarité.

L'article D312-10-3 du code de l'action sociale et des familles issu du décret précité consacre, dans le cadre de la scolarisation d'un élève en situation de handicap, l'existence de différents projets imbriqués. L'ensemble des mesures de compensation est inscrit dans le plan personnalisé de compensation (PPC) qui inclut le projet personnalisé de scolarisation (PPS). Le PPS contient toutes les mesures destinées à favoriser le parcours de scolarisation et de formation du jeune. Il est élaboré en lien avec sa famille par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, notamment à partir des éléments fournis par l'équipe de suivi de la scolarisation et peut prévoir des accompagnements éducatifs, thérapeutiques, rééducatifs dispensés par un ESMS. Le jeune accueilli en ESMS bénéficie d'un projet individualisé d'accompagnement (PIA) - qui prend le nom de projet personnalisé d'accompagnement (PPA) en ITEP- conçu sous la responsabilité du directeur de l'ESMS.

La mise en œuvre du PPS constitue l'un de volets du PIA. La cohérence du parcours de scolarisation dépend en grande partie des liens tissés par les professionnels et les institutions en présence qui permettent aux élèves en situation de handicap de progresser. Projet personnalisé (PIA ou PPA) et PPS ne doivent ni être en concurrence, ni simplement juxtaposés. Il s'agit là d'une architecture complexe : le besoin d'une réflexion sur l'organisation de la complémentarité du PIA/PPA porté par l'ESMS et le PPS porté par l'équipe de suivi de scolarisation et l'enseignant référent, est ressorti d'un des groupes de travail réunis lors de l'élaboration du présent schéma.

La première scolarisation à l'école maternelle dès l'âge de trois ans constitue une étape déterminante dans le parcours de l'enfant handicapé. Pour l'amorcer dans les meilleures conditions possibles, une prise de contact de l'enfant avec l'école dès le dernier trimestre de l'année scolaire précédant la première rentrée, permet à l'ensemble des acteurs concernés une préparation en amont, facteur de réussite. Cette pratique est à développer chaque fois que possible.

Les différents modes de scolarisation des enfants handicapés offrent une palette de solutions allant de l'accueil individuel en milieu ordinaire sans accompagnement particulier jusqu'à l'accueil à temps complet en établissement médico-social, en passant par des modes d'accompagnement individuel ou collectif en milieu ordinaire : aide d'une auxiliaire de vie scolaire, accompagnement médico-social par un SESSAD, classes adaptées (CLIS, ULIS), unités d'enseignement des EMS. La recherche d'une articulation toujours plus étroite entre l'école ordinaire et le secteur de « l'éducation spéciale » doit être poursuivie : les formules de scolarisation alternatives entre le tout EMS (unité d'enseignement interne) et le tout Éducation nationale sont à rechercher (par exemple : implantation géographique de l'unité d'enseignement sur le même lieu que les classes ordinaires [classe externalisée], scolarisation partagée en interne et externe).

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 5.1</b>  <b>Améliorer et faire vivre la coopération Éducation Nationale/ARS au niveau régional et dans chaque département</b></p>	<p>Mettre en place dans chaque département le groupe technique départemental de suivi de la scolarisation prévu par le décret du 9 avril 2009, présidé conjointement par l'Inspection académique et l'ARS</p> <p>Mettre en place un groupe de travail régional Rectorat/MDPH/ARS pour un partage des données et des besoins sur le secteur de l'enfance en matière de scolarisation et d'accompagnement médico-social : ce groupe s'appuierait sur les groupes départementaux</p>

### /// Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap ●●●●

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 5.2</b> <b>Assurer une cohérence entre le Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA) ou Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) et le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) par l'organisation d'une réflexion régionale</b>	Organiser un groupe de travail avec des responsables d'ESMS, de MDPH et des enseignants référents.
<b>Objectif spécifique n° 5.3</b> <b>Renforcer la préparation en amont de la première scolarisation</b> (par les CAMSP/enseignant référent/famille/municipalité...) pour éviter le point de rupture et réussir la première scolarisation	Organiser une réflexion avec le rectorat, les inspecteurs d'Académie et l'ARS pour élaborer des préconisations. Charger le groupe technique prévu par le décret d'avril 2009 du suivi de la mise en œuvre de cet objectif dans chaque département
<b>Objectif spécifique n° 5.4</b> <b>Diversifier les modalités de scolarisation</b> (exemple : unités d'enseignement IME « hors les murs », scolarisation à temps partagé...), en concertation étroite avec l'Éducation nationale	inscrire cette diversification dans les CPOM et les projets d'établissement des IME et des ITEP

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Nombre de « groupe technique départemental de suivi de la scolarisation » constitué	1 (en Saône-et-Loire)	4 (1 dans chaque département)

#### 1.2.6 Objectif général n° 6 : développer des solutions adaptées à certains types de handicap insuffisamment pris en compte

La compensation mise en œuvre par la loi du 11 février 2005 suppose l'accès aux offres de biens et de services. L'amélioration de l'accès aux solutions de compensation constitue un objectif fort de la politique nationale du handicap.

Dans le secteur de l'enfance, l'analyse de l'offre régionale fait ressortir la nécessité d'un renforcement pour certains types de handicap. Les dernières études du CREAI de mai 2011 déjà citées relèvent notamment :

- une quasi-absence de scolarisation pour les jeunes polyhandicapés ;
- pour les jeunes déficients moteurs : une offre en SESSAD qui ne couvre pas tous les territoires infra départementaux ; les jeunes résidant dans les départements bourguignons non équipés d'IEM (institut d'éducation motrice), soit Nièvre, Saône-et-Loire et Yonne, sont accueillis dans d'autres départements (Cher, Jura, Côte-d'Or) ;
- pour les jeunes déficients visuels : il n'y a aucune offre médico-sociale en Saône-et-Loire et dans l'Yonne ; le besoin de Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAIS) dans ces deux départements a été identifié ;
- l'offre de places dédiées pour les jeunes souffrant d'autisme ou de troubles envahissant du développement est en deçà des besoins. Nombreux d'entre eux sont suivis en dehors du secteur médico-social par la pédopsychiatrie, ou sont accueillis dans des IME non dédiés. De nombreuses zones sont non couvertes ; les modalités d'accueil et d'accompagnement sont parcellaires (seulement en semi-internat dans l'Yonne, un seul SESSAD dans la région). Les partenariats et mutualisations entre les secteurs sanitaire et médico-social (plateaux techniques, formations, travail en réseau, cohérence des méthodes...) sont à renforcer, ainsi que l'aide aux familles (structures de répit, gestion des crises...). Conformément au plan national autisme, des réponses sont à développer pour améliorer l'accès des personnes autistes au milieu ordinaire ;
- la difficulté à cerner la population souffrant de troubles psychiques ; en Bourgogne, seule la Saône-et-Loire dispose de structures médico-sociales pour ce type de public.

Les troubles de la parole et du langage (qui ont remplacé les troubles spécifiques des apprentissages et qui comprennent la dyslexie, dysphasie...) sont la 3e cause de handicap des enfants scolarisés en milieu ordinaire (13 % en 2009,) après les troubles intellectuels et cognitifs (43,8 %) et les troubles psychiques (17,2 %). Compte tenu de l'importance croissante des enfants atteints de « dys » en milieu scolaire, ce type de déficience mérite la mise en place de mesures spécifiques.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013, adopté en octobre 2010, un diagnostic territorial des ressources existantes a été réalisé dans la région Grand Est. Des lieux ressources et des lieux accueillants pour les handicaps rares (à composante sensorielle, psychique, et les handicaps rares complexes) ont ainsi été identifiés en Bourgogne.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 6.1</b> Développer les ressources pour le diagnostic et l'accompagnement des troubles spécifiques des apprentissages et des troubles sévères du langage en fonction des besoins	Créer des places de SESSAD spécifiques, sous réserve de financement
<b>Objectif spécifique n° 6.2</b> Favoriser l'accompagnement des enfants polyhandicapés vers les apprentissages scolaires	Initier une réflexion dans le cadre du groupe technique départemental de suivi de la scolarisation
<b>Objectif spécifique n° 6.3</b> Concernant le handicap moteur, identifier le besoin éventuel en structures (un seul IEM en Bourgogne), et développer des SESSAD	Identifier ces besoins spécifiques et développer des SESSAD spécifiques, sous réserve de financement
<b>Objectif spécifique n° 6.4</b> Assurer un meilleur maillage de la région en matière de SESSAD pour l'accompagnement du handicap visuel	Équiper les 2 départements non couverts, sous réserve de financement
<b>Objectif spécifique n° 6.5</b> Assurer un meilleur maillage de la région pour l'accompagnement de l'autisme et des troubles envahissants du développement (spécialisation d'unités au sein d'IME, SESSAD)	Lancer un appel à projet spécifique et requalifier des places (dans le cadre de CPOM), sous réserve de financement
<b>Objectif spécifique n° 6.6</b> Favoriser l'articulation des ESMS et des secteurs de pédopsychiatrie dans le cadre de la prise en charge des troubles psychiques importants et de l'autisme	Mettre en place des protocoles entre la pédopsychiatrie et les IME/ITEP - conditionner les autorisations de psychiatrie à la mise en place de ces protocoles - inscrire dans les CPOM respectifs des actions de formation conjointes pour les professionnels des deux secteurs  Expérimenter des structures d'hébergement socio-éducatif avec soins psychiatriques (financement sur crédits sanitaires cf SROS H)
<b>Objectif spécifique n° 6.7</b> Conforter et rendre lisible la prise en charge des handicaps rares, en lien avec les centres de ressources nationaux	Évaluer l'accompagnement des personnes présentant un handicap rare en Bourgogne, en lien avec les MDPH

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Nombre de SAAAS 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) (cf CPOM ARS)	43 % en 2011 (soit 279 places dédiées à l'autisme au 31/12/2011)	50 % (soit 310 places dédiées)

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

### /// Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap ●●●●

## 1.3 Organisation et objectifs de répartition de l'offre

La mise en œuvre des objectifs généraux et spécifiques précédemment définis se traduit par une évolution de l'offre médico-sociale régionale, qui répond aux principaux enjeux de ce secteur, notamment :

- une logique de diversification de l'offre et de rééquilibrage entre l'offre institutionnelle et l'offre de services, pour favoriser la vie en milieu ordinaire, accompagner l'intégration scolaire et l'insertion professionnelle des jeunes conformément aux orientations de la loi du 11 février 2005 ;
- un rééquilibrage de l'offre régionale par la réduction des inégalités territoriales, afin d'assurer une réponse de proximité sur l'ensemble de la région ;
- le développement de réponses à des besoins encore non couverts (troubles du langage, handicaps visuel, autisme notamment) ;
- le développement des actions de coopération, de mutualisation et regroupement d'activité (GCSMS...).

Les principaux indicateurs quantitatifs disponibles, permettant de cadrer ces différentes évolutions de l'offre médico-sociale en faveur des enfants, sont les suivants :

- les taux d'équipement départementaux déclinés par type d'équipement et de handicap,
- la répartition des ressources au sein de la région en faveur des différents équipements et départements,
- la proportion entre accueil institutionnel et accompagnement en milieu ordinaire,
- les perspectives démographiques à 2015.

Afin de chiffrer les évolutions à inscrire dans le cadre de ce premier SROMS, les objectifs généraux et spécifiques sont déclinés par territoire, à partir d'une analyse croisée de ces indicateurs, et des caractéristiques propres à chaque département.

Ces évolutions sont mises en œuvre à partir :

- de transformation de l'offre existante (redéploiements de crédits au sein de l'enveloppe médico-sociale), notamment dans la Nièvre (taux d'équipement élevé) et l'Yonne (part des services la plus faible de la région),
- de redéploiements de crédits de l'enveloppe sanitaire vers l'enveloppe médico-sociale,

ou sous réserve de mesures nouvelles qui seront principalement ciblées sur la Saône-et-Loire, département le moins équipé de la région.

### 1.3.1 La stratégie d'évolution de l'offre médico-sociale en faveur des enfants sur les cinq prochaines années

Sur le secteur de l'enfance, la stratégie inscrite dans le SROMS vise à développer le dépistage précoce du handicap et l'inclusion des enfants et adolescents.

L'objectif de rééquilibrage de l'offre régionale par la réduction des inégalités territoriales conduit à prioriser le département de Saône-et-Loire, fortement sous doté par rapport aux trois autres départements de la région, comme en témoigne le tableau suivant, présentant le niveau de ressources par enfant (euros par enfant de 0-19 ans). Le montant de ressources par enfant varie ainsi de 282 € en Saône-et-Loire à 510 € dans la Nièvre.

	Population 0 -19 ans en 2011	Dotations au 31/12/2010 enfance	Dotation € par enfant au 31/12/2010	Taux global d'équipement 2011 (en ‰)
<b>Côte-d'Or</b>	124 168	52 399 531 €	422 €	<b>9,93</b>
<b>Nièvre</b>	43 572	22 242 297 €	510 €	12,76
<b>Saône-et-Loire</b>	121 578	34 249 163 €	282 €	8,32
<b>Yonne</b>	79 713	29 113 569 €	365 €	<b>9,96</b>
<b>Bourgogne</b>	<b>369 031</b>	<b>138 004 560 €</b>	<b>374 €</b>	<b>9,74</b>

### /// Développer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge précoces : améliorer le maillage du territoire par les CAMSP et CMPP

Le tableau ci-dessous détaille les ressources régionales consacrées aux CAMSP et aux CMPP dans chaque département. Il identifie des priorités en faveur de la Saône-et-Loire et de l'Yonne.

#### Ressources régionales consacrées aux CAMSP et aux CMPP

	Dotations au 31/12/2010		€ par enfant 0-6 ans * pour les CAMSP, ou 0-19 ans pour les CMPP	
	CMPP	CAMSP	CAMSP	CMPP
<b>Côte-d'Or</b>	3 275 061 €	2 792 353 €	78 €	26 €
<b>Nièvre</b>	1 796 651 €	1 232 561 €	94 €	41 €
<b>Saône-et-Loire</b>	981 961 €	1 720 487 €	48 €	8 €
<b>Yonne</b>	1 429 913 €	842 428 €	35 €	18 €
<b>Bourgogne</b>	<b>7 483 586 €</b>	<b>6 587 829 €</b>	<b>61 €</b>	<b>20 €</b>

\* : population 0-6 ans : statiss 2009

Le tableau suivant présente **les objectifs chiffrés inscrits dans le schéma régional**, relatifs à l'amélioration de la couverture de la région en CAMSP et CMPP, notamment le développement d'antennes dans des zones géographiques non équipées de la Saône-et-Loire et de l'Yonne. Est également inscrite la finalisation d'une extension du CAMSP géré par l'ADPEP 21, visant à prendre en charge des nouveau-nés présentant un risque de développer un handicap, dans le cadre d'une articulation renforcée avec le secteur sanitaire.

#### Objectifs chiffrés sur les CAMSP et CMPP à l'horizon 2016

Enfance	CAMSP	CMPP	Chiffrage financier (coût moyen indicatif : 250 000 € par antenne sauf projet Côte-d'Or)
<b>Côte-d'Or</b>	Extension du CAMSP géré par l'ADPEP21		115 000 €
<b>Nièvre</b>			0 €
<b>Saône-et-Loire</b>	Création de 3 antennes : Bourbon-Lancy, Paray-le-Monial et en Bresse	Création d'une antenne sur le sud du département	1 000 000 €
<b>Yonne</b>	Création d'une antenne à Avallon	Création d'une antenne à Sens	500 000 €
<b>Bourgogne</b>			<b>1 615 000 €</b>

Chiffrage financier sur les CAMSP/CMPP		
(coût moyen indicatif : 250 000 € par antenne, sauf Côte-d'Or)	Dont redéploiement	Dont mesures nouvelles
<b>1 615 000 €</b>	0	<b>1 615 000 €</b>

### /// Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap ●●●●

### /// Faire évoluer l'offre pour davantage d'inclusion des enfants et adolescents en situation de handicap

Le développement de l'inclusion doit s'accompagner d'une évolution de l'offre vers davantage de services. Le développement des SESSAD, prioritairement par transformation de places d'établissements, est nécessaire pour répondre aux évolutions de la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire. Il devra se faire en adéquation avec le développement des CLIS et ULIS relevant de l'Éducation Nationale. Cette adaptation de l'offre médico-sociale constitue un objectif majeur dans ce schéma régional. Elle se traduit par des transformations importantes de places d'établissements en places de services d'accompagnement en milieu ordinaire, dans la Nièvre et surtout dans l'Yonne, départements présentant un taux d'équipement global supérieur à la moyenne régionale, mais une faible proportion de services.

Cette adaptation de l'offre comprend le développement de SESSAD « renforcés » pour permettre un accompagnement plus important de certains types de handicap nécessitant davantage de prestations.

Elle intègre également le développement de dispositifs destinés à donner aux jeunes les moyens de réussir leur orientation professionnelle : SESSAD professionnel, pôle d'insertion, service d'appui aux CFA au sein d'IME, service d'accompagnement à l'insertion professionnelle... - voir sur ce dernier exemple, la partie 1.3.2 sur les projets innovants et expérimentaux.

Enfin, pour les enfants souffrant de troubles psychiques graves, une réflexion sera engagée avec les partenaires du secteur sanitaire, de la protection judiciaire de la jeunesse et les conseils généraux pour améliorer le dispositif de prise en charge, étant précisé qu'il relèverait d'un financement sur les crédits sanitaires.

Le tableau suivant illustre le positionnement de chaque département, le nécessaire rattrapage de la Saône-et-Loire, et l'évolution à opérer de l'équipement de l'Yonne et de la Nièvre (dans une moindre mesure) vers davantage de services, par transformation de l'offre existante.

#### Moyens consacrés aux prises en charge des enfants (établissements/services) dans chaque département

Enfance	Dotations au 31/12/2010			€ par enfant 0 - 19 ans		Taux d'équipement (en ‰)	
	pop 0 -19 ans en 2011	SESSAD	Établts	SESSAD	Établts	SESSAD	Établts
Côte-d'Or	124 168	5 374 946 €	40 957 171 €	43 €	330 €	4,04	5,89
Nièvre	43 572	2 838 635 €	16 374 450 €	65 €	376 €	3,26	9,5
Saône-et-Loire	121 578	5 092 966 €	26 453 749 €	42 €	218 €	2,57	5,75
Yonne	79 713	1 867 003 €	24 974 225 €	23 €	313 €	1,49	8,47
<b>Bourgogne</b>	<b>369 031</b>	<b>15 173 550 €</b>	<b>108 759 595 €</b>	<b>41 €</b>	<b>295 €</b>	<b>2,91</b>	<b>6,83</b>

Les deux tableaux suivants présentent **les objectifs chiffrés du SROMS**, soit les évolutions de l'offre en faveur de l'enfance programmées dans le cadre du schéma. Ces évolutions tiennent compte du positionnement spécifique de chaque département (tableaux ci-dessus), et notamment de la proportion de places de services d'accompagnement en milieu ordinaire. Dans l'Yonne et dans la Nièvre (dans une moindre mesure), l'adaptation de l'offre se traduira par une transformation d'un nombre conséquent de places d'établissements en places de services, afin de renforcer l'inclusion sociale et éducative des jeunes en situation de handicap.



/// Objectifs chiffrés pour les établissements pour enfants à l'horizon 2016

Enfance	Établissements enfance						total places en 2016
	Capacité financée au 31/03/2011	Taux 2011	Nombre de places supplémentaires prévues au SROMS à l'horizon 2016	Taux atteint en 2016 (Pop. 2015)	Commentaires indicatifs	Chiffrage financier indicatif (coût moyen indicatif : 50 000 €)	
<b>Côte-d'Or</b>	731	5,89	7	5,93	Finalisation d'un projet à hauteur de 7 places d'autisme sur Beaune Le nombre de places pourra être révisé en fonction des résultats d'une étude approfondie qui doit être menée pour expliquer la liste d'attente de 150 enfants dont une part importante est placée à l'ASE	350 000	738
<b>Nièvre</b>	414	9,50	-10 à -30	9,68 à 9,20	Redéploiement de 10 à 30 places d'IME pour créer des places de SESSAD	500 000 à 1 500 000	384 à 404
<b>Saône-et-Loire</b>	699	5,75	27	6,16	12 places d'IME 15 places d'ITEP	1 350 000	726
<b>Yonne</b>	675	8,47	-45 à -90	7,97 à 7,40	Création par réorganisation d'une antenne sur Avallon Requalification des places d'IME de St Georges sur Baulche et Theil sur Vanne en places d'ITEP Requalification de places d'IME en faveur de l'autisme sur l'IME de Tonnerre Engager des redéploiements de places d'IME en SESSAD dans le cadre du développement des dispositifs CLIS et ULIS	2 250 000 à 4 500 000	585 à 630
<b>Total Bourgogne</b>	2 519	6,83	<b>-21 à -86</b>	6,89 à 6,70	Transformation de 55 à 120 places d'établissements en places de services : soit un redéploiement de crédits de 2 750 000 € à 6 000 000 € Création de 34 places nouvelles : 1 700 000 €	<b>4 450 000 à 7 700 000</b>	2 433 à 2 498
					Pour rappel : réflexion sur la création de structures expérimentales de prise en charge d'enfants en grandes difficultés socio-éducatives (mesures ASE, PJJ notamment) et présentant des troubles psychiques importants, en lien avec les CH psychiatriques, les CG et l'ARS : financement sur enveloppe sanitaire, conjoint avec le conseil général, et autres partenaires...		

/// Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap ●●●●●

<b>Chiffrage financier sur les établissements enfance</b> (coût moyen indicatif : 50 000 €)		
Chiffrage total	Montant total des crédits redéployés en faveur des services pour enfants	Montant des mesures supplémentaires
<b>4 450 000 à 7 700 000 €</b>	<b>de 2 750 000 € à 6 000 000 €</b>	<b>1 700 000 €</b>

/// Objectifs chiffrés pour les services en faveur de l'enfance à l'horizon 2016

Enfance	Services en faveur de l'enfance						total places en 2016
	Capacité financée au 31/03/2011	Taux 2011	Nombre de places supplémentaires prévues au SROMS à l'horizon 2016	Taux atteint en 2016 (Pop. 2015)	Commentaires indicatifs	Chiffrage financier indicatif (coût moyen indicatif : 18 000 €)	
<b>Côte-d'Or</b>	502	4,04	18 pl SESSAD et finalisation du SAIP (146 K€ pour 25 pl)	4,18 (hors SAIP)	Le nombre de places pourra être révisé en fonction des résultats d'une étude approfondie qui doit être menée pour expliquer la liste d'attente d'enfants dont une part importante est placée à l'ASE et pour lesquels il n'y a pas de solution satisfaisante de prise en charge	470 000 €	520 (hors SAIP)
<b>Nièvre</b>	142	3,26	33	4,19	Les 33 places de SESSAD sont créées par redéploiement de places d'IME	594 000 €	175
<b>Saône-et-Loire</b>	313	2,57	140	3,84		2 520 000 €	453
<b>Yonne</b>	119	1,49	90 à 180	2,65 à 3,78	Les places de SESSAD sont créées par redéploiement de places d'IME	1 620 000 à 3 240 000 €	209 à 299
<b>Bourgogne</b>	1076	2,92	<b>281 à 371</b>	3,74 à 3,98		<b>5 204 000 à 6 824 000 €</b>	1357 à 1447

<b>Chiffrage financier des services enfance</b> (coût moyen indicatif : 18 000 €)		
Chiffrage total	Dont redéploiement de places d'établissements en places de services	Dont mesures nouvelles
<b>5 204 000 à 6 824 000 €</b>	<b>De 2 750 000 € à 6 000 000 €</b>	<b>2 454 000 € à 824 000 €</b>

Chiffrage financier de l'ensemble des mesures en faveur de l'enfance, inscrites dans les objectifs chiffrés du SROMS

<b>Chiffrage financier du total des mesures relatives au secteur de l'enfance</b>		
Chiffrage total	Dont redéploiement de places d'établissements en places de services	Dont mesures nouvelles
<b>8 519 000 € à 10 139 000 €</b>	<b>De 2 750 000 € à 6 000 000 €</b>	<b>De 5 769 000 € à 4 139 000 €</b>

### 1.3.2 Projets innovants et expérimentaux

Une structure expérimentale qui propose des parcours de professionnalisation personnalisés à des jeunes accueillis en IME ou vivant en milieu ordinaire a été créée en 2010 en Côte-d'Or par redéploiement de moyens pour les 50 premières places sous le vocable « Service d'Aide à l'Insertion professionnelle » (SAIP). Elle propose une démarche d'apprentissage basée sur une alternance entre des temps de stages et de formation pour construire un livret de compétences professionnelles, voire s'engager dans une formation qualifiante adaptée. Elle s'appuie sur des ateliers de formation localisés dans des espaces clairement délimités au sein d'un ESAT, des stages en milieu ordinaire et des formations qualifiantes adaptées en lien avec le dispositif de droit commun (Éducation nationale, CFA et organismes de formation continue). L'entrée dans le service se fait entre 14 et 19 ans mais le suivi peut être assuré jusqu'à 25 ans.



Les 50 premières places s'adressent prioritairement à des jeunes d'IME qui peuvent ainsi bénéficier d'une prestation de service supplémentaire tout en restant rattachés à leur établissement d'origine.

Les 25 places restant à créer auraient pour vocation l'accueil de jeunes handicapés vivant en famille qui ne peuvent pas s'inscrire dans une insertion professionnelle en milieu ordinaire.

Comme évoqué dans le SROS, une réflexion va être menée sur la mise en place en Saône-et-Loire et dans l'Yonne, d'une structure expérimentale pour jeunes en très grandes difficultés socio-éducatives et/ou judiciaires présentant des troubles

psychiques importants, pour une prise en compte spécifique. Ce type de structure expérimentale relèverait d'un cofinancement avec les partenaires concernés (conseils généraux notamment). Elle comprendrait un hébergement socio-éducatif avec un apport de soins psychiatriques financés sur des crédits sanitaires. Elle permettrait ainsi d'accueillir des jeunes dont les problématiques sont telles qu'un établissement éducatif ordinaire ne peut y répondre mais qui ne relèvent pas d'une hospitalisation à temps plein en secteur psychiatrique. L'idée-force de ce type de structure réside dans la complémentarité entre l'encadrement éducatif et l'accompagnement psychiatrique dans les différentes demandes de « remobilisation » en conjuguant les savoir-faire sur un même lieu.

<b>Côte-d'Or</b>	<i>25 places de service d'aide à l'insertion professionnelle pour des jeunes de 14 à 25 ans évaluation de l'Unité éducative et thérapeutique de Côte d'Or, structure expérimentale</i>
<b>Nièvre</b>	
<b>Saône-et-Loire</b>	<i>structure expérimentale d'hébergement socio-éducatif avec apport de soins psychiatriques</i>
<b>Yonne</b>	<i>structure expérimentale d'hébergement socio-éducatif avec apport de soins psychiatriques</i>



## 2<sup>e</sup> partie :

# /// Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale, dans l'emploi et dans la perte d'autonomie

### 2.1 Diagnostic

#### 2.1.1 Besoins

Il convient de rappeler que les besoins des personnes handicapées sont difficiles à cerner, comme précisé dans la 1<sup>re</sup> partie. **La Bourgogne compte plus d'adultes bénéficiant d'allocations individuelles (AAH, ACTP et PCH) que la moyenne nationale, avec de grandes disparités territoriales.**

#### Bénéficiaires des prestations de compensation du handicap en 2007

	Nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité	Nombre de personnes AAH	Nombre de personnes ACT P (- 60 ans)	Nombre de personnes PCH	AAH (sur 1 000 personnes de 20 ans et plus)	ACTP et PCH (sur 1000 personnes de 0 à 59 ans)
<b>Côte-d'Or</b>	3 569	6 479	863	333	16,49	<b>3,9</b>
<b>Nièvre</b>	2 482	4 755	538	114	27,05	<b>5,4</b>
<b>Saône-et-Loire</b>	5 171	8 253	764	386	19,4	<b>3,8</b>
<b>Yonne</b>	4 108	6 375	731	198	24,51	<b>4,8</b>
<b>Bourgogne</b>	<b>15 330</b>	<b>25 862</b>	<b>2 896</b>	<b>1 031</b>	<b>20,62</b>	<b>4,2</b>
<b>France entière</b>					<b>16,9</b>	<b>3,1</b>

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

AAH = allocation aux adultes handicapés.

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'AAH est plus important en Bourgogne (20,62 allocataires pour 1000 personnes de 20 ans et plus) par rapport à la moyenne nationale (16,9 ‰). Il varie de 16,49 ‰ en Côte-d'Or, seul département situé en dessous de la moyenne nationale, à 27,05 ‰ dans la Nièvre.

La Nièvre, et dans une moindre mesure l'Yonne, comptent un taux d'allocataires de l'AAH particulièrement important (respectivement 27,05 ‰ et 24,51 ‰). Ce positionnement élevé se vérifie également pour le taux d'allocataires de l'ACTP et de la PCH.

Le total des dépenses correspondant à ces différentes prestations est estimé à 288,3 millions d'euros pour la région, ainsi répartis :

Pensions d'invalidité	AAH	ACTP (moins de 60 ans)	PCH	Total
109 645 132 €	154 791 063 €	15 905 000 €	7 909 236 €	288 250 431 €
38,04 %	53,70 %	5,52 %	2,74 %	100 %

/// Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale,  
dans l'emploi et dans la perte d'autonomie ●●●●●

## 2.1.2 Offre

/// Le taux d'équipement de l'offre médico-sociale sur le secteur des adultes handicapés est globalement supérieur à la moyenne nationale et est homogène sur la région

Les quatre départements de la région présentent des niveaux d'équipement relativement homogènes, tant pour les structures médico-sociales (de 1,95 ‰ à 2,17 ‰), que pour les ESAT (de 3,72 ‰ à 4,41 ‰). La répartition géographique des structures figure en annexes 7 à 10.

### Places financées au 31 mars 2011

	Projection Population 2011 (20-59 ans)	FAM- MAS		SSIAD-SAMSAH		Total établissements et services		ESAT	
		Capacité	TE pour 1000	Capacité	TE pour 1000	Capacité	TE pour 1000	Capacité	TE pour 1000
<b>Côte-d'Or</b>	277 251	444	1,6	96	0,35	540	1,95	1 034	3,73
<b>Nièvre</b>	103 938	176	1,69	39	0,38	215	2,07	458	4,41
<b>Saône-et-Loire</b>	271 345	468	1,72	107	0,39	575	2,12	1 028	3,79
<b>Yonne</b>	171 166	286	1,67	85	0,5	371	2,17	636	3,72
<b>Bourgogne</b>	<b>823 700</b>	<b>1 374</b>	<b>1,67</b>	<b>327</b>	<b>0,4</b>	<b>1 701</b>	<b>2,07</b>	<b>3 156</b>	<b>3,83</b>
<b>France</b>	<b>33 180 265</b>	<b>37 912</b>	<b>1,15</b>	<b>10 903</b>	<b>0,33</b>	<b>48 815</b>	<b>1,48</b>	<b>111 174</b>	<b>3,35</b>

Source : PRIAC, actualisation DOSA 2011

C'est la Saône-et-Loire qui présente le taux d'équipement global le plus élevé en établissements médico-sociaux pour adultes handicapés, avec une proportion de FAM plus importante que dans les trois autres départements.

La Côte-d'Or apparaît comme la moins équipée, mais avec un taux très légèrement inférieur à la moyenne régionale, tant pour les établissements que pour les services.

L'Yonne présente le taux d'équipement en services le plus important de la région.

/// La situation régionale est plus contrastée sur le niveau de développement des alternatives à l'hébergement complet

### Hébergement temporaire et accueil de jour au 31/3/2011

	Nombre total de places			Hébergement temporaire			Accueil de jour			Part dans le total	
	FAM	MAS	total	FAM	MAS	total	FAM	MAS	total	Places	%
<b>Côte-d'Or</b>	307	137	444	11	0	11	19	8	27	38	8,56
<b>Nièvre</b>	86	90	176	2	0	2	3	8	11	13	7,39
<b>Saône-et-Loire</b>	354	114	468	4	8	12	32	5	37	49	10,47
<b>Yonne</b>	203	83	286	0	0	0	0	8	8	8	2,80
<b>Bourgogne</b>	<b>950</b>	<b>424</b>	<b>1374</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>54</b>	<b>29</b>	<b>83</b>	<b>108</b>	<b>7,86</b>

France : données non connues

Source : PRIAC actualisation DOSA 2011

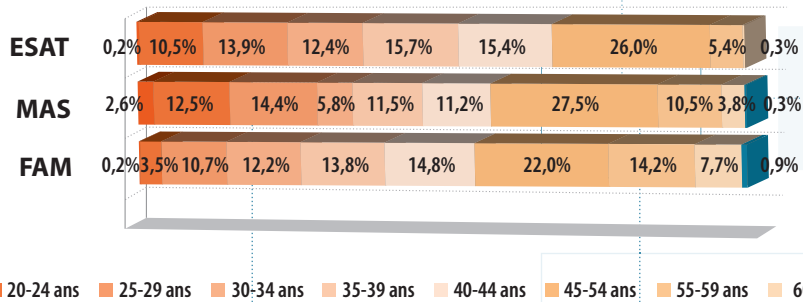
La Saône-et-Loire a largement initié la diversification de son offre (10,47 % des places sont consacrées à l'accueil de jour ou à l'hébergement temporaire), alors que l'Yonne présente un retard à combler (2,80 %).

La diversification de l'offre doit être poursuivie pour mieux répondre aux choix de vie des personnes handicapées et aux besoins de leurs aidants (offre de répit).

**/// Une adaptation des prises en charge apparaît nécessaire au regard du vieillissement des personnes handicapées en structures (MAS, FAM et ESAT).**

L'exploitation des indicateurs médico-sociaux transmis par les établissements permet de faire le constat suivant : 42 % des personnes hébergées en MAS, 45 % de celles en FAM et 32 % des travailleurs handicapés en ESAT ont plus de 45 ans.

**Répartition du nombre de résidents en fonction de la tranche d'âge**



Des évolutions adaptées de l'offre sont à développer, afin de mieux prendre en compte les nouveaux besoins de ces personnes en termes d'accompagnement social et psychologique.

**Part de la dotation régionale notifiée par la CNSA consacrée aux adultes**

Secteur adultes	Montants et pourcentages	
Établissements	49 650 170 €	93 %
Services	3 485 988 €	7 %
<b>Total enveloppe 2010</b>	<b>53 136 158 €</b>	<b>100 %</b>

En 2010, moins de 30 % de la dotation régionale handicap notifiée par la CNSA bénéficie au secteur des adultes, soit 53 millions d'euros sur 192 millions d'euros. Une part prépondérante de ces ressources (93 %) finance des prises en charge en établissements. Le montant dédié aux services à domicile représente 7 % des crédits consacrés au secteur adultes.

**Répartition de l'enveloppe régionale ESAT**

	Pop 20- 59 ans	Dotation ESAT au 31 décembre 2010 en €	Montant en euros par habitant
Côte-d'Or	277 251	11 812 957	42,61
Nièvre	103 938	5 380 883	51,77
Saône-et-Loire	271 345	12 102 513	44,60
Yonne	171 166	7 872 654	45,99
<b>Bourgogne</b>	<b>823 700</b>	<b>37 169 007</b>	<b>45,12</b>

L'enveloppe régionale allouée aux ESAT s'élève à 37 millions d'euros, dont la répartition est relativement harmonisée sur 3 départements de la région, la Nièvre bénéficiant du niveau de ressources le plus important de la région.

**/// Les ressources humaines du secteur des enfants et des adultes handicapés**

Les ressources humaines constituent une condition essentielle de mise en œuvre de la programmation, alors que la région connaît de réelles difficultés de recrutement de personnels qualifiés, en particulier sur le secteur des personnes âgées (voir le diagnostic sur les personnes âgées).

Le secteur du handicap souffre plutôt d'une offre ambulatoire inférieure à la médiane des régions françaises (médecins généralistes et spécialistes dont psychiatres, kinésithérapeutes, ergothérapeutes...) et les établissements et services situés en zone rurale sont particulièrement touchés.

### /// Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale, dans l'emploi et dans la perte d'autonomie ●●●●●

Les fonctions relatives à l'éducation spécialisée dans les secteurs enfants et adultes (éducateur spécialisé, moniteur éducateur, aide médico-psychologiques) sont occupées par du personnel ayant les qualifications requises.

D'après l'enquête DRASS ES 2006, les structures pour enfants et adultes handicapés relevant du champ du PRIAC emploient plus de 5 000 salariés, représentant 3 543 ETP. Ce sont les IME qui présentent le plus fort effectif (38 %) en personnel de l'ensemble des établissements du PRIAC, devant les FAM (19 %) et les ESAT (18 %). Ramenées en ETP, 3 catégories d'établissements représentent plus de 80 % de l'ensemble : IME (41 %), ESAT et FAM (20 % chacun).

On notera que le personnel en attente de formation ne représente que 1 % de l'ensemble de l'effectif et le personnel en formation 1 %. Les principales catégories de personnels concernées sont les AMP, les éducateurs spécialisés et les moniteurs éducateurs. Les FAM, IME et MAS sont le plus concernés par ces besoins en formation.

À titre indicatif, une étude publiée en novembre 2009<sup>12</sup> a évalué les besoins en emplois complémentaires de personnels liés à la programmation du PRIAC 2009/2013, dans le secteur du handicap et des personnes âgées : 250 ETP d'aides-soignants et 75 ETP d'infirmiers.

Le besoin en emplois complémentaires d'AMP lié à la programmation du PRIAC est évalué à 68 ETP supplémentaires dans le secteur du handicap uniquement.

## 2.2 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

### 2.2.1 Objectif général n° 7 : faciliter l'accès aux soins et aux actions de prévention

L'accès aux soins et aux actions de prévention de santé constitue une des composantes essentielles d'une société accessible (au sens de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) et la condition nécessaire pour permettre, autant que possible, de placer la personne en situation de handicap comme acteur de sa propre santé.

Or, pour cette population, cet accès est souvent rendu plus difficile que pour le reste de la population générale<sup>13</sup>. Il est fréquemment conditionné à la présence systématique d'un tiers. Il peut également être parfois décalé dans le temps et ainsi engendrer des actes de soins plus importants (soins dentaires sous anesthésie générale par exemple).

Ces problématiques d'accès aux soins résultent principalement de la difficulté pour les professionnels de santé de mettre en place une relation soignant-soigné adaptée aux capacités de la personne handicapée.

De même, l'accès aux actions de prévention (nutrition, tabac, alcool...) destinées à l'ensemble de la population est souvent très limité pour les personnes en situation de handicap<sup>14</sup>.

Il en résulte un double constat pour cette population à la fois d'un moindre accès aux actions de prévention et d'un moindre recours aux soins de premiers recours et aux soins spécialisés.

Le schéma régional de prévention prévoit un objectif général de soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

De nombreuses études en ont fait la preuve : la santé bucco-dentaire est non seulement un indicateur de santé globale mais également un indicateur d'intégration sociale. Une mauvaise santé bucco-dentaire influe négativement sur la santé globale en impactant le système immunitaire, le système respiratoire, les comportements alimentaires et la qualité de vie (douleurs, stress, sommeil...). Également, l'état bucco-dentaire est un marqueur socio-économique et un facteur d'intégration sociale.

De nombreuses études évoquent aussi l'état de santé bucco-dentaire « catastrophique » des personnes handicapées et s'accordent à dire qu'il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique (et l'on ajoutera un enjeu majeur d'intégration sociale). Ce constat est vrai pour les personnes handicapées en ménage ordinaire (enfants et adultes) et pour les personnes en institution.

Au même titre que l'accès aux soins de santé, toute personne devrait pouvoir bénéficier d'une information en matière de vie affective et sexuelle, adaptée à ses besoins et ses attentes. Cette information s'avère essentielle et pertinente dans un cadre de prévention et d'épanouissement. Aujourd'hui, force est de constater que bon nombre de personnes handicapées n'ont toujours pas accès à cette information.

<sup>12</sup> Etude menée par le cabinet Ithaque sur « l'adéquation entre les besoins en emplois identifiés et l'offre de formation paramédicale et sociale régionale dans le cadre de l'évolution du secteur médico-social en Bourgogne » : financée par la DRASS, elle a porté sur 566 établissements et services dans le champ du PRIAC et a été publiée en novembre 2009.

<sup>13</sup> « Accès aux soins des personnes en situation de handicap » -Audition publique- Rapport de la commission d'audition publique -HAS -23 janvier 2009-

<sup>14</sup> « Dépistage du cancer chez les personnes handicapées » CREAI de la région PACA - février 2010



Cette base fondamentale permet aux personnes handicapées de mieux appréhender leur vie relationnelle, affective et sexuelle, au sein de l'institution. A contrario, l'absence d'information peut avoir de multiples conséquences dont certaines s'avèrent dramatiques (par exemple des situations d'abus et/ou de violence).

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 7.1</b> Assurer la formation d'au moins un professionnel de santé par bassin de vie pour faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées à domicile	Développer des actions sur la formation initiale et continue des professionnels de santé, mobiliser les réseaux de coordination impliqués dans la prise en charge de personnes handicapées (en lien avec la partie ambulatoire du SROS)
<b>Objectif spécifique n° 7.2</b> Promouvoir le développement d'une stratégie de prévention au sein d'au moins 70 % des établissements accueillant des personnes handicapées sur l'hygiène bucco-dentaire (programmes sur l'hygiène bucco-dentaire s'appuyant autour de trois axes : sensibilisation des professionnels, repérage, suivi de la prise en charge)	Intégrer cette stratégie de prévention dans les CPOM et les projets d'établissements
<b>Objectif spécifique n° 7.3</b> Promouvoir le développement d'une stratégie de prévention dans tous les établissements accueillant des personnes handicapées sur l'éducation à la sexualité (contraception, éducation à la sexualité), à la nutrition, sur le tabagisme et l'alcoolisme	Intégrer cette stratégie d'éducation à la santé dans les CPOM et les projets d'établissements
<b>Objectif spécifique n° 7.4</b> Développer les actions de prévention en direction des personnes handicapées à domicile	Engager une réflexion avec les Conseils Généraux et avec les services de maintien à domicile En lien avec le schéma prévention (objectif spécifique 7.5)
<b>Objectif spécifique n° 7.5</b> Sensibiliser les aidants et les intervenants à domicile au repérage des situations à risque notamment pour les personnes confrontées au handicap psychique	Engager une réflexion avec les Conseils Généraux et avec les services de maintien à domicile

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	% d'établissements accueillant des personnes handicapées ayant élaboré une stratégie de prévention sur l'hygiène bucco-dentaire	ND	70 %

### 2.2.2 Objectif général n° 8 : accompagner les personnes handicapées dans leur choix de vie

La mention expresse du libre choix de la personne handicapée a été introduite par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale dans l'article L 311-3 du code de l'action sociale, en application duquel toutes les personnes prises en charge par des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux ont le libre choix entre un maintien à leur domicile ou un accueil dans un établissement spécialisé, et entre les prestations adaptées qui leur sont offertes dans le cadre ainsi défini. Le législateur dans l'exposé des motifs de la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a proclamé que ce texte a vocation à leur assurer l'effectivité du libre choix de leur projet de vie.

### /// Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale, dans l'emploi et dans la perte d'autonomie ●●●●●

Le projet personnalisé est au centre de l'organisation de tous les accompagnements assurés auprès de la personne en situation de handicap. Ces accompagnements doivent ainsi être un appui à la mise en œuvre des choix de vie de chaque individu. La mise en œuvre de ces choix individuels, singuliers par définition, doit être facilitée par une diversité des accompagnements et étayages proposés ainsi que par une organisation souple des dispositifs existants.

La diversité passe notamment par le développement de services permettant, lorsqu'elles le souhaitent, le maintien au domicile des personnes handicapées. En Bourgogne, le nombre de places de SAMSAH ne représente que 10 % de l'offre globale médicalisée à destination des personnes handicapées (MAS-FAM-SAMSAH). Le rééquilibrage de l'offre vers plus de service est donc nécessaire et doit permettre d'assurer la diversité des accompagnements proposés sur le territoire Bourguignon.

Les SAMSAH sont de création récente (décret du 11 mars 2005). L'organisation de cette nouvelle offre de service doit se faire en fonction des ressources existantes sur le territoire en termes de professionnels et de réponses collectives : il s'agit d'assurer la continuité des soins et de l'accompagnement en milieu ordinaire sans se substituer aux professionnels de soins (SSIAD) et du champ social déjà en place (SAVS). Il s'agit d'une réponse complémentaire.

En matière de handicap psychique, la plupart des personnes ne relève pas d'une logique d'établissement mais de service. Le rôle du secteur social est particulièrement important pour permettre la vie en milieu ordinaire (accès au logement, accompagnement social...) en coordination avec l'ensemble des partenaires. Un SAMSAH avec le soin assuré par des professionnels aux connaissances affirmées en matière de santé mentale (infirmiers « psychiatriques ») et l'accompagnement socio-éducatif avec des professionnels issus du secteur social doit permettre une compréhension plus complète des situations face à une grande variabilité de l'état de santé, à l'agressivité, au déni de la maladie, aux rechutes, qui sont les principales caractéristiques du handicap psychique.

De même, la fluidification des parcours de vie entre le domicile et l'établissement implique le développement de formules intermédiaires (accueil séquentiel, accueil temporaire) qui peuvent constituer des passerelles entre deux projets d'accompagnement et faciliter les transitions, tout en restant particulièrement vigilant à ne pas en faire un « pis-aller » pour gérer les situations d'attente.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 8.1</b> Développer l'offre de SAMSAH pour assurer le maintien à domicile à partir des SAVS existants et en lien avec les SSIAD personnes handicapées	Mener une concertation locale avec les conseils généraux (schémas départementaux) et les gestionnaires de SSIAD et SAVS
<b>Objectif spécifique n° 8.2</b> Renforcer certains SAMSAH prenant en charge des personnes en situation de handicap psychique avec des professionnels du secteur sanitaire	Élaborer un cahier des charges SAMSAH handicap psychique.
<b>Objectif spécifique n° 8.3</b> Promouvoir des alternatives à l'hébergement complet (par exemple de l'hébergement séquentiel) en FAM –MAS	intégrer cet objectif dans les CPOM et dans les projets d'établissements

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Part des services dans les ESMS pour adultes handicapés/département <sup>15</sup> (CPOM ARS)	Côte-d'Or : 16,9 % Nièvre : 15,7 % Saône-et-Loire : 19,2 % Yonne : 19,8 % <b>Région : 18,1 %</b>	Côte-d'Or : 30,9 % Nièvre : 21,6 % Saône-et-Loire : 19,2 % Yonne : 25,3 % <b>Région : 24,8 %</b>

<sup>15</sup> 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.

**2.2.3 Objectif général n° 9 : assurer une meilleure coordination des différents professionnels intervenant auprès de la personne handicapée à domicile**

Au domicile, plusieurs professionnels et parfois plusieurs structures différentes interviennent (libéraux, services d'aide et d'accompagnement), d'où la nécessité de développer un dispositif de coordination des interventions auprès de la personne pour améliorer la prise en charge.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 9.1</b>  <b>Soutenir la mise en place d'un dossier de suivi partagé et d'outils de transmission des informations</b> qui pourraient être utilisés par l'ensemble des intervenants à partir des expériences existantes</p>	<p>Action à mener conjointement avec les conseils généraux</p>

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	% de SAMSAH utilisant un dossier de suivi partagé	ND	100 %

**2.2.4 Objectif général n° 10 : soutenir les aidants familiaux**

Les aidants familiaux sont indispensables dans la prise en charge des personnes handicapées et leur existence est reconnue par les textes. La réglementation permet à la personne aidante de pouvoir être dédommagée, salariée de la personne proche aidée. Mais au-delà d'un accompagnement matériel, voire financier, les aidants familiaux ont souvent besoin d'un soutien moral et psychologique, de lieux d'écoute et d'échange. L'entourage familial (conjoint, parents, frère, sœur) se trouve parfois très isolé et démuné face à la prise en charge quotidienne d'une personne handicapée.

Le concept de droit au répit pour ces acteurs de premier plan de la vie à domicile est apparu. Les alternatives à l'hébergement permanent (accueil temporaire, accueil de jour) offrent à l'entourage un temps de répit et de distanciation et permettent de prévenir l'épuisement physique et psychologique. Les modalités d'organisation de fonctionnement de ces accueils spécifiques doivent figurer dans le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement.

L'accompagnement des aidants sous forme d'actions d'information/formation prenant appui sur les structures existantes s'inscrit dans la même démarche de soutien.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 10.1</b>  <b>Renforcer l'offre de répit</b> par des places en accueil temporaire et en accueil de jour au sein des FAM/MAS dans chaque département</p>	<p>Inscrire dans les CPOM et les projets d'établissement, la modulation de l'offre d'accompagnement par transformation de places existantes ou par extension de faible importance lorsque cela est possible, et sous réserve de financement.</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 10.2</b>            Développer, à partir des FAM et des MAS, <b>le soutien aux aidants</b> pour diffuser la connaissance des handicaps, leur apporter des compétences spécifiques à l'aide à la personne afin de prévenir les événements aigus et les hospitalisations</p>	<p>Inscrire dans les CPOM et les projets d'établissements, l'organisation de formations et d'informations réalisées à destination des familles de résidents, des familles des personnes en liste d'attente et des aidants familiaux de personnes handicapées à domicile présentes sur le bassin de vie. En lien étroit avec les maisons de l'autonomie des conseils généraux.</p>

/// **Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale, dans l'emploi et dans la perte d'autonomie** ● ● ● ●

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Part des places en accueil de jour et hébergement temporaire en FAM/MAS/département	Côte-d'Or : 8,56 % Nièvre : 7,39 % Saône-et-Loire : 10,47 % Yonne : 2,80 % <b>Région : 7,86 %</b>	En augmentation notamment dans l'Yonne : cible à finaliser suite aux travaux d'évaluation des besoins

### 2.2.5 Objectif général n° 11 : améliorer l'insertion professionnelle des 16 - 25 ans

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. Favoriser leur accès au monde du travail est une condition essentielle de leur insertion professionnelle et sociale et de leur autonomie financière. Le principe de non-discrimination 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 en situation de handicap.

La tranche d'âge 16-25 ans constitue une étape clé entre un parcours de vie d'enfant et un parcours de vie d'adulte, du fait de l'adolescence, du passage d'une période de scolarisation à une période d'apprentissage, des difficultés actuelles d'insertion de jeunes, des barrières juridiques (sortie des IME/ITEP et SESSAD à 20 ans), des difficultés de coordination entre les deux secteurs « enfants » et « adultes » des MDPH.

Pour éviter la rupture entre la sortie de l'école (ULIS/SEGPA), la sortie d'IME/ITEP et l'entrée dans le monde du travail, divers dispositifs destinés à donner aux jeunes les moyens de réussir leur orientation professionnelle ont été mis en place dans la région, à l'initiative de gestionnaires d'établissements médico-sociaux : SESSAD professionnel, service d'accompagnement à l'insertion professionnelle, pôle d'insertion et service d'appui aux CFA au sein d'IME.

Leur objectif commun est de développer les compétences et l'autonomie du jeune adulte en devenir, de favoriser son adaptation à l'environnement social et de préparer son orientation professionnelle. Dans le prolongement de l'intégration scolaire, il s'agit de favoriser son accès aux dispositifs de formation professionnelle de droit commun sur la base de l'élaboration d'un projet individuel d'intégration professionnelle. Il s'agit aussi, pour celui qui ne pourra pas accéder au milieu ordinaire de travail, de favoriser son intégration professionnelle en établissement de travail protégé.

Les modalités de mise en œuvre sont variées :

- alternance entre des temps de formation dans des ateliers implantés au sein d'ESAT et des stages en milieu ordinaire, avec pour objectif non pas de former les jeunes concernés à un métier mais de les accompagner vers l'acquisition de compétences transversales nécessaires à l'entrée et au maintien dans le monde du travail;
- accompagnement spécifique des apprentis ou futurs apprentis en CFA, sans pour autant se substituer aux services et opérateurs intervenant plus spécifiquement sur le champ de la formation et de l'emploi des jeunes adultes handicapés...

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 11.1</b> <b>Permettre la découverte du monde du travail</b> (ESAT, milieu ordinaire) aux jeunes handicapés en milieu ordinaire ou en IME pour préparer l'insertion professionnelle en milieu ordinaire	Mener une réflexion dans le cadre du groupe technique départemental avec l'Éducation Nationale, les chargés de mission professionnelle des MDPH et les responsables IME

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 11.2</b>  <b>Soutenir l'insertion professionnelle des jeunes handicapés en milieu ordinaire en développant des SESSAD à orientation professionnelle et/ou expériences mutualisées du type pôle d'insertion</b> pour proposer des services adaptés aux jeunes sortant d'ULIS et de Section d'Enseignement Général Professionnel Adapté (SEGPA)</p>	<p>Transformer des places d'IME en SESSAD pro (ou mutualisation de moyens entre IME).</p> <p>Logique de CPOM et de dispositif permettant plusieurs réponses (cf. partie enfance/objectif spécifique 4.3)</p> <p>Rapprochement avec les missions locales</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 11.3</b>  <b>Favoriser la reconnaissance de la professionnalisation des jeunes en institution</b> en développant les démarches de certificat de qualification professionnelle et en développant les services d'appui aux CFA</p>	<p>À inscrire dans les projets d'établissements et à développer dans le cadre d'un CPOM</p>

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	% de jeunes handicapés sortant d'un IME/IMPRO avec une qualification/département	ND	La cible sera fixée après le premier recueil de données

### 2.2.6 Objectif général n° 12 : répondre de manière spécifique à l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques

La loi du 11 février 2005 a permis une reconnaissance du handicap psychique en précisant dans la définition du handicap que les altérations des fonctions psychiques sont bien des sources de handicap. Toutefois, s'il se distingue du handicap mental (déficience intellectuelle), il n'existe pas de définition scientifique du handicap psychique qui soit unanimement reconnue et admise. Derrière l'expression « handicap psychique » se cache une grande variété de situations et de difficultés liées aux particularités des troubles.

Dans le cadre de l'élaboration du présent schéma, le groupe de travail mobilisé sur le champ de l'insertion professionnelle a identifié l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique comme un enjeu particulier au sein de la problématique du retour dans l'emploi. En matière de projet d'insertion, qu'il soit social ou professionnel, le handicap psychique nécessite la mise en place d'actions particulières : la difficulté à évaluer l'efficacité des personnes affectées par ce handicap, l'aspect chaotique de leur parcours, la difficulté qu'éprouvent les acteurs de l'insertion pour assurer leur accompagnement, mettent en évidence le besoin d'une offre de prestations et des possibilités d'insertion différenciées.

Des structures médico-sociales spécifiquement dédiées, au service du projet de vie professionnelle doivent être mobilisées dans les territoires en appui et en complément des mesures de droit commun mises en œuvre par le service public de l'emploi. Cette complémentarité doit être recherchée notamment dans le cadre des plans régionaux d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH), en lien avec l'ensemble des acteurs de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 12.1</b>  Mettre en place une <b>réflexion régionale sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques</b></p>	<p>Participer aux travaux pilotés par la DIRECCTE et l'AGEFIPH, Pôle Emploi... portant notamment sur l'insertion en milieu ordinaire et dans les entreprises adaptées</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 12.2</b>  Développer <b>les réponses adaptées en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques</b> : ESAT psy, ESAT hors les murs psy, centre de pré-orientation psy, SAMSAH psy,</p>	<p>Lancer un appel à projet, sous réserve de financement</p>

/// **Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale, dans l'emploi et dans la perte d'autonomie** ●●●●

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Nombre de places en structures et services spécifiquement dédiés à l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques/département	<ul style="list-style-type: none"> <li>42 places de SAMSAH (dont 22 en 21 et 20 en 89)</li> <li>59 places d'ESAT (dont 35 en 21 et 24 en 71)</li> </ul>	+ 112 places de SAMSAH prévues dans le SROMS Création de places d'ESAT

**2.2.7 Objectif général n° 13 : apporter des réponses à des besoins régionaux en matière d'insertion professionnelle des adultes handicapés**

L'activité professionnelle est reconnue comme un élément majeur de la citoyenneté par la loi du 11 février 2005. Le principe de non-discrimination et d'égal accès à l'emploi et à la formation professionnelle pour tous est réaffirmé. L'accès au droit commun sera privilégié. Néanmoins, le secteur médico-social a vocation à mettre en place des réponses spécifiques en termes d'emploi avec les établissements et services dits protégés.

Il en est de même dans le secteur de la formation professionnelle, pour lequel il apparaît que cette réponse peut être abordée d'emblée au niveau régional.

Deux filières doivent ainsi être réévaluées dans le temps du schéma régional :

- en premier lieu la filière d'insertion professionnelle (centre de pré-orientation et centre de rééducation professionnelle), pour laquelle le taux d'équipement est faible (1 établissement situé dans l'Yonne, pour un taux d'équipement de 0,13 place pour 1000 habitants alors que la moyenne nationale est de 0,31 place).
- en second lieu la filière de réinsertion sociale et professionnelle des personnes cérébrolésées. L'étude du CREAL de juin 2009 « *évaluation des besoins concernant les personnes atteintes de lésions cérébrales acquises dans la région Bourgogne* » évalue à 4 242 par an le nombre de personnes qui se retrouvent en situation de handicap avec des séquelles modérées ou importantes (GOS 2 et 3). Pour reprendre les conclusions de cette étude : « *Dans un certain nombre de cas, les personnes cérébrolésées exerçaient avant l'accident (trauma crânien ou AVC) une activité professionnelle ou se trouvaient dans un cursus de formation. Le problème de leur réinsertion professionnelle peut donc se poser, aggravé par des difficultés cognitives particulières. La mise en place d'une UEROS pourrait être un maillon important du parcours de ces personnes, à condition qu'elle s'inscrive dans la continuité en formant un réseau, notamment avec les organismes d'insertion professionnelle et les entreprises.* » La région Bourgogne est une des deux régions (avec le Centre) ne disposant pas aujourd'hui d'une UEROS.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 13.1</b> <b>Mettre en place un dispositif d'insertion professionnelle spécifique aux traumatisés crâniens et cérébrolésés</b> (projet d'Unité d'Entraînement, de Réadaptation et d'Orientation Spécifique, UEROS)	Lancer un appel à projet, sous réserve de financement
<b>Objectif spécifique n° 13.2</b> <b>Compléter la filière d'insertion professionnelle</b> (projet de centre de pré-orientation dans la région en articulation avec la DIRECCTE, réorganisation des implantations du centre de rééducation professionnelle au sein de la région par la création d'antennes)	Évaluer la filière nécessaire sur la région, tant quantitative que qualitative, en lien avec la DIRECCTE et réorganiser le CRP (antennes sur l'ensemble de la région), réponse de la région à un éventuel plan national de développement de l'offre CPO/CRP

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Nombre d'implantations CPO et CRP	1 (dans l'Yonne)	4 (1 dans chaque département)

### 2.2.8 Objectif général n° 14 : adapter l'évolution des ESAT aux besoins des personnes handicapées et aux réalités économiques

Les conditions de l'activité des ESAT connaissent depuis quelques années une évolution forte qui interroge sur le devenir de ces structures et la place qu'elles occupent dans les réponses apportées aux publics handicapés. Au vu de ce constat, le Ministère a confié à OPUS 3 une mission d'appui des services de l'État dans la modernisation et le développement des ESAT dont le rapport<sup>16</sup> explicite les facteurs d'évolution et les enjeux :

- **une évolution du cadre législatif** qui modifie le cahier des charges des ESAT et impacte durablement leurs finalités, leur organisation et leur système de relations interne et externe (projet personnalisé de travail rattaché au projet de vie, encouragement des apprentissages, promotion de l'égalité des chances, valorisation des acquis professionnels) ;
- **une évolution des publics** : un accueil de personnes plus lourdement handicapées, dont l'arrivée massive d'un public handicapé psychique, le vieillissement des travailleurs avec l'allongement de la durée de vie, qui posent des questions multiples en termes d'organisation de la prise en charge, du travail, de la mise en œuvre du droit des usagers ; un environnement économique en pleine évolution qui remet en cause les pratiques traditionnelles (mondialisation, professionnalisation des marchés, intensification de la concurrence), le positionnement géographique de certaines structures isolées dans leur enceinte qui rend l'accès des travailleurs handicapés à des formes de travail hors les murs difficile.

Ces problématiques se situent au cœur de la double dimension des ESAT d'accompagnement socioprofessionnel et d'équilibre économique. La contrainte est forte en termes d'articulation entre la stratégie économique et le projet médico-social fondé sur les besoins et les projets des usagers. Dans ce contexte, le renforcement de l'action médico-sociale constitue clairement un enjeu.

La cohérence des solutions proposées et des parcours individuels avec l'activité économique rend nécessaire une évolution des postures et des compétences de l'encadrement de l'ESAT et la mise en place si nécessaire d'un organigramme plus conforme à la mission médico-sociale.



Les actions de formation professionnelle des usagers s'intègrent dans une démarche d'offre de service en plein développement. À l'instar de certains d'entre eux qui l'ont déjà mise en pratique dans la région<sup>17</sup>, les ESAT sont tenus de favoriser l'accès des travailleurs handicapés à la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et à la validation des acquis de l'expérience visant à favoriser dans le respect de chaque projet individuel la professionnalisation, l'épanouissement personnel et social des travailleurs handicapés et leur mobilité au sein de l'ESAT qui les accueille, ou vers d'autres

établissements ou services de même nature ou vers le milieu ordinaire de travail<sup>18</sup>. La maîtrise de cette démarche revêt un double enjeu : pour la personne, le développement de l'estime de soi et l'appui à la mise en œuvre de son projet professionnel ; pour l'établissement, l'adaptation de ses travailleurs à l'évolution des marchés et la mise en filières avec des partenaires de l'insertion du milieu ordinaire.

L'allongement de la durée de vie dont bénéficient les personnes handicapées interpelle les ESAT : en Bourgogne, plus de 47 % des travailleurs d'ESAT ont 40 ans et plus, 32 % ont 45 ans et plus. La question du vieillissement des usagers vient interroger le travail au quotidien des équipes encadrantes : ces usagers sont considérés comme « fatigables » c'est-à-dire réalisant dans des conditions moindres leur production. La fatigabilité des usagers pose la question des alternatives à la prise en charge : travail à temps partiel, articulation avec d'autres dispositifs de jour, accès à des dispositifs de retraite adaptés.

<sup>16</sup> OPUS 3 - direction générale de l'action sociale - appui des services de l'État à la modernisation et au développement des établissements et services d'aide par le travail dans leurs missions médico-sociale et économique - rapport final - novembre 2009

<sup>17</sup> projet expérimental en Côte-d'Or pour la certification par la VAE des personnes handicapées travaillant en ESAT et en EA - Richard Pavaux - bulletin d'informations n°303 - CREA Bourgogne - mai 2010

<sup>18</sup> décret n° 209-565 du 20 mai 2009 relatif à la formation, à la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et à la validation des acquis de l'expérience des travailleurs handicapés accueillis en établissements ou service d'aide par le travail

/// **Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale, dans l'emploi et dans la perte d'autonomie** ● ● ● ●

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 14.1</b>  <b>Renforcer l'accompagnement</b> (travail, soins, accompagnement social) des travailleurs handicapés <b>en développant les partenariats entre les ESAT et les SAMSAH ou en faisant évoluer les qualifications des professionnels des ESAT</b> (travailleurs sociaux, paramédicaux, professionnels d'éducation à la santé)</p>	Inscrire dans les CPOM et les projets d'établissement l'évolution des recrutements et le développement des plans de formation
<p><b>Objectif spécifique n° 14.2</b>  <b>Développer la reconnaissance des acquis professionnels</b> des travailleurs handicapés</p>	Inscrire dans les CPOM et les projets d'établissement le développement des plans de formations pour les travailleurs handicapés et la démarche de reconnaissance des savoir-faire professionnels et des compétences et de VAE
<p><b>Objectif spécifique n° 14.3</b>  <b>Favoriser l'adaptation des ESAT au vieillissement des personnes handicapées</b> (temps partiels, zone de répit...), <b>et préparer avec les personnes handicapées leur orientation au moment de la retraite</b></p>	Inscrire dans les CPOM et les projets d'établissement le développement d'activités adaptées et des actions de préparation à la retraite

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	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

**2.2.9 Objectif général n° 15 : traiter les situations où la réponse apportée est inadéquate**

L'ajustement de l'offre médico-sociale aux besoins des personnes en situation de handicap est un enjeu permanent. Cet ajustement s'entend à la fois en terme de projet d'établissement, de constitution de plateau technique ou de la définition de la population accueillie.

L'inadéquation des réponses apportées à certaines situations individuelles résulte principalement d'un défaut, ponctuel ou structurel, de cet ajustement de l'offre aux besoins des personnes en situation de handicap (en dehors de la question des handicaps rares ou de handicap nécessitant des accompagnements spécifiques).

Cette inadéquation peut se concrétiser sous plusieurs formes. Elle peut rendre plus difficile l'entrée de la personne handicapée présentant des besoins particuliers, liés à une pathologie associée par exemple, dans les établissements médico-sociaux d'un territoire ou bien mettre en difficulté l'établissement ayant admis la personne. Elle peut également avoir pour conséquence le maintien d'une personne dans une structure de soin (ou établissement annexé) sur une période très longue alors que le projet de vie devient plus prégnant que le projet de soin et que ce maintien n'est que la résultante de l'absence d'un dispositif relais adapté.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 15.1</b>  <b>Systématiser dans tous les projets d'établissement la prise en compte des troubles du comportement</b> des résidents afin d'assurer l'accueil des populations présentant ce type de pathologie associée</p>	Inscrire dans les CPOM et les projets d'établissement un objectif spécifique relatif aux modalités d'accueil des personnes avec troubles du comportement associés.



Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 15.2</b>  <b>Développer une offre adaptée pour accueillir des personnes handicapées</b> actuellement prises en charge au sein d'établissements de santé</p>	<p>Lancer une étude spécifique sur les personnes prises en charge dans le secteur sanitaire de manière inadéquate en lien avec les MDPH.</p> <p>Développer les projets médico-sociaux nécessaires en envisageant les redéploiements de moyens possibles du sanitaire vers le médico-social.</p>

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Nombre de places médico-sociales financées à partir d'un transfert de crédits du sanitaire.	ND	173 places de MAS

### 2.2.10 Objectif général n° 16 : promouvoir la continuité des soins entre les établissements de santé et les FAM/MAS

En fonction des besoins des personnes accueillies en établissement, le recours à une hospitalisation, programmée ou en urgence, peut constituer une étape courante du parcours de vie des résidents des FAM et MAS.

La coordination des établissements est alors prépondérante pour faciliter la prise en charge dans l'établissement de santé en assurant la transmission des informations à caractère médical et celles liées aux habitudes de vie de la personne<sup>19</sup>.

De même, la coopération des établissements à la sortie de l'hospitalisation (échange des informations médicales, suivi post-hospitalisation par les personnels de l'hôpital) doit permettre un retour dans l'établissement médico-social dans les meilleures conditions possibles afin de limiter les risques de ré-hospitalisation.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 16.1</b>  <b>Systématiser une convention de partenariat avec l'établissement de santé de proximité</b> visant à l'échange des informations médicales, au traitement des situations de crise, au suivi des soins post-hospitalisation, à l'admission en ESMS et à la facilitation des « séjours alternés »</p>	<p>Élaborer un modèle type de convention de partenariat entre ESMS et établissements de santé (centres hospitaliers et CH psychiatrique) tenant compte notamment des obligations posées par le décret du 20 mars 2009.</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 16.2</b>  <b>Développer des actions de formation conjointes des personnels hospitaliers et des professionnels des ESMS</b> à l'accompagnement des personnes handicapées</p>	<p>Inscrire dans les CPOM des objectifs croisés de coopération et d'échanges de pratiques.</p>

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	% de FAM/MAS ayant conclu une convention de partenariat avec des établissements de santé	ND	100 %

<sup>19</sup> Le décret du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie prévoit les modalités de transmission de ces informations.

### 2.2.11 Objectif général n° 17 : accompagner le vieillissement des personnes handicapées vivant à domicile ou en établissement

En 2006, le rapport du sénateur Paul Blanc<sup>20</sup> a mis en avant l'ampleur du phénomène de vieillissement des personnes handicapées et les questions que pose ce phénomène au dispositif existant d'accompagnement de ces personnes.

Les principales recommandations de ce rapport portaient sur la nécessité d'assurer une continuité des accompagnements en supprimant notamment la barrière d'âge de 60 ans (pour l'accueil en établissement spécialisé du handicap) et de développer la prise en compte des besoins spécifiques liés au vieillissement en particulier par le développement des coopérations entre les champs de la gérontologie et du handicap :

Sur la base de ces recommandations, la circulaire du 21 juillet 2006 a rappelé aux préfets la nécessité de garantir le maintien des prises en charge en établissements et services médico-sociaux au-delà de 60 ans<sup>21</sup>.

Bien que le seul critère de l'âge ne soit pas suffisant pour en déduire les besoins d'accompagnement et de compensation, les FAM et les MAS sont confrontés à ce phénomène continu, potentiellement générateur de rupture dans le parcours de vie des personnes.

La fonction « observation » établie par les ESMS est essentielle pour prévenir ces ruptures. Cette observation spécifique doit faire l'objet d'un regard croisé de la gériatrie et du champ du handicap.

Les réponses apportées doivent être multiples, modulables en fonction des projets personnalisés des personnes en situation de handicap et reposer, le cas échéant, sur une coopération entre les secteurs de la gérontologie et du handicap aussi bien en établissement qu'au domicile des personnes.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 17.1</b> Favoriser les coopérations et les échanges de professionnels des FAM/MAS/SAMSAH avec les EHPAD et les SSIAD de proximité.	Inscrire dans les CPOM, les projets d'établissement et les conventions tripartites des objectifs croisés de coopération et d'échanges de pratiques.
<b>Objectif spécifique n° 17.2</b> Former les professionnels des établissements FAM/MAS et SAMSAH à la problématique du vieillissement et à l'accompagnement de la fin de vie.	Inscrire dans les CPOM et les projets d'établissement un objectif spécifique visant à la prise en compte, dans les plans de formation des ESMS, de la problématique du vieillissement et de l'accompagnement de la fin de vie en ESMS.
<b>Objectif spécifique n° 17.3</b> Développer les coopérations avec les équipes mobiles de gériatrie, les équipes mobiles de soins palliatifs et les structures d'HAD des établissements de santé, et favoriser leurs interventions en établissements médico-sociaux (FAM/MAS)	Inscrire les modalités d'intervention dans les conventions de coopération ES/ESMS
<b>Objectif spécifique n° 17.4</b> Renforcer la prise en charge médicale et paramédicale pour des places en foyers de vie	Intervention des SSIAD Médicalisation de places Sous réserve de financement

<sup>20</sup> « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge » Paul Blanc- 2006.

<sup>21</sup> « Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes » dossier technique -CNSA- octobre 2010.

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	% de FAM/MAS/SAMSAH ayant conclu un partenariat avec un EHPAD/département	ND	100 % des structures confrontées au vieillissement de leurs usagers

**La partie ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (SROS)** comprend un objectif visant à « rendre plus cohérent le parcours de soins des patients en améliorant les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les structures médico-sociales ».

**La partie hospitalière du SROS** prévoit par ailleurs les objectifs suivants :

**/// Pour les personnes présentant une maladie neurologique :**

➤ **améliorer la fluidité de la filière en amont et en aval du SSR, notamment l'articulation entre le sanitaire et le médico-social. Cet objectif général se décline en objectifs spécifiques :**

- développer la concertation avec les MDPH afin de généraliser le principe de reconnaissance du bilan effectué par les professionnels de santé du secteur sanitaire pour l'évaluation des droits à compensation et le contrôle a posteriori des aides apportées (modalités de mise en œuvre : travaux conjoints avec les 4 MDPH),
- identifier des structures médico-sociales pouvant accueillir en sortie de SSR des sujets jeunes lourdement handicapés suite à une affection neurologique (modalités de mise en œuvre : étude prospective pour définir le nombre de places - information sur le dispositif existant),
- développer le soutien des structures médico-sociales par des professionnels de santé du secteur sanitaire (ergothérapeute, MPR, psychiatre),
- promouvoir/développer l'accompagnement à domicile des patients, notamment via les SAMSAH,
- développer une offre de structure de répit (hébergement temporaire dans les structures médico-sociales).

**/// Dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale :**

➤ **fluidifier le parcours des patients entre intra et extrahospitalier et entre établissements publics et privés. Cet objectif général se décline en objectifs spécifiques :**

- adapter les structures et coordonner les interventions pour soutenir la réponse médico-sociale en pédopsychiatrie et en psychiatrie (Cf. SROS 4,3. Articulation ville - établissement de santé - médico-social),
- articuler les dispositifs de maintien dans la cité des personnes atteintes de troubles psychiques en termes de participation à la vie sociale et d'accompagnement vers le logement (Cf.SROS 4,3. Articulation ville – établissement de santé – médico-social).

**/// Dans le champ des soins de suite et de réadaptation :**

➤ **améliorer la fluidité de la filière en amont et en aval du SSR, notamment l'articulation entre le sanitaire et le médico-social avec en objectifs spécifiques :**

- créer des places et identifier des établissements médico-sociaux (ex : MAS) pouvant accueillir des sujets jeunes lourdement handicapés en sortie de SSR (modalités de mise en œuvre : étude prospective pour définir le nombre de places - Information sur le dispositif existant),
- développer la concertation avec les MDPH afin de généraliser le principe de reconnaissance du bilan effectué par les professionnels de santé du secteur sanitaire pour l'évaluation des droits à compensation et le contrôle a posteriori des aides apportées (modalités de mise en œuvre : travaux conjoints avec les 4 MDPH).

**/// En soins palliatifs**

- améliorer la prise en charge palliative dans le secteur médico-social et au domicile
- favoriser le maintien des patients au sein des établissements médico-sociaux (ESMS), notamment pour éviter les hospitalisations en urgence ou injustifiées (modalités de mise en œuvre : formation du personnel soignant - mise en place de partenariats entre ESMS, équipes mobiles de soins palliatifs et réseaux et hospitalisation à domicile).

## 2.3 Organisation et objectifs de répartition de l'offre

La mise en œuvre des objectifs généraux et spécifiques précédemment définis sur le secteur des adultes se traduit par une évolution de l'offre médico-sociale régionale sur les cinq prochaines années, qui répond aux principaux enjeux de ce secteur, notamment :

- un rééquilibrage de l'offre régionale par la réduction des inégalités territoriales, afin d'assurer une réponse de proximité sur l'ensemble de la région ;
- une logique de diversification de l'offre, avec le développement des alternatives à l'hébergement complet (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil séquentiel, services d'accompagnement...) pour favoriser la mise en œuvre effective du projet individualisé et le soutien aux aidants (formules de répit) ;
- la recherche de solutions à des situations particulières (personnes handicapées prises en charge dans le secteur sanitaire de manière « inadéquate » : handicap psychique, filière pour les personnes cérébrolésées) ;
- l'adaptation des prises en charge à l'évolution du public accueilli (vieillesse des personnes en ESAT ou foyers de vie...);
- le développement de réponses pour améliorer le dispositif d'insertion professionnelle (notamment pour les jeunes, les personnes handicapées psychiques, les personnes cérébrolésées...);
- le développement des actions de coopération, de mutualisation et de regroupement d'activité (GCSMS...).

Les principaux indicateurs quantitatifs disponibles, permettant de cadrer ces différentes évolutions de l'offre médico-sociale en faveur des adultes, sont les suivants.

- les taux d'équipement départementaux déclinés par type d'équipement et de handicap,
- la répartition des ressources au sein de la région (euros par habitant), en faveur des différents équipements et départements,
- la proportion entre accueil institutionnel et accompagnement en milieu ordinaire,
- les perspectives démographiques à 2015.

Ces évolutions seront mises en œuvre à partir :

- de redéploiements de crédits au sein de l'enveloppe médico-sociale,
- de redéploiements de crédits de l'enveloppe sanitaire vers l'enveloppe médico-sociale,
- ou sous réserve de l'attribution par le niveau national de mesures nouvelles à la région.

Afin de chiffrer les évolutions à inscrire dans le cadre de ce premier SROMS, les objectifs généraux et spécifiques sont déclinés par territoire, à partir d'une analyse croisée de ces indicateurs et des caractéristiques propres à chaque département.

### 2.3.1 La stratégie d'évolution de l'offre médico-sociale en faveur des adultes sur les cinq prochaines années

#### /// Prioriser les mesures nouvelles en faveur du secteur des adultes

Conformément aux orientations du plan pluriannuel de création de places sur le secteur du handicap, et au regard des données inscrites dans le tableau suivant, une priorisation des mesures nouvelles en faveur du secteur des adultes doit être poursuivie au cours des cinq prochaines années.

Si les ressources de la région (dotation régionale handicap au 31 décembre 2010) génèrent un montant moyen de 161 € par personne de moins de 60 ans, ce montant est très inégalement réparti entre le secteur enfance (374 € par enfant) et le secteur adulte (65 € par adulte âgé de 20 à 59 ans).

Enveloppe MS régionale 2011	Situation en 2011			
	Enveloppe régionale Médico-sociale 2011 (en K€)	Répartition de l'enveloppe régionale	pop 2011	€ par hab
Enfants (0 à 19 ans)	138 005 €	72 %	369 031	374 €
Adultes (20 à 59 ans)	53 136 €	28 %	823 700	65 €
Prestations régionales (CRA...)	789 €			
<b>Total (enfants + adultes)</b>	<b>191 930 €</b>	<b>100 %</b>	<b>1 192 731</b>	<b>161 €</b>

Les objectifs chiffrés du SROMS traduisent ce nécessaire rééquilibrage en faveur du secteur adulte.

**/// Assurer un rééquilibrage interdépartemental**

Au sein du secteur adulte, l'objectif de rééquilibrage de l'offre régionale par la réduction des inégalités territoriales conduit à prioriser la Saône-et-Loire, et ensuite la Côte-d'Or, sous dotées par rapport aux deux autres départements de la région, comme en témoigne le tableau suivant, présentant le niveau de ressources par adulte et par département.

Le montant de ressources par adulte varie de 52 € en Saône-et-Loire à 87 € dans l'Yonne.

L'Yonne et la Nièvre bénéficient des moyens les plus importants. Il est à noter l'évolution relativement récente de l'équipement de l'Yonne vers davantage de services (contrairement à la structure de l'offre de ce département sur le secteur de l'enfance). La Saône-et-Loire et la Côte-d'Or présentent un niveau de ressources inférieur à la moyenne régionale, tant sur le secteur financé sur crédits d'assurance maladie, que pour les ESAT financés sur crédits d'État. Le positionnement de la Saône-et-Loire est en lien direct avec le fait que ce département compte la plus forte proportion de places de FAM (qui bénéficient de forfaits soins) par rapport aux places de MAS (entièrement financées sur la dotation régionale).

**Secteur adultes : montant des ressources respectivement consacrées aux établissements et aux services**

	Population 20-59 ans	dotation au 31/12/2010	€ par adulte pour les ESMS financés sur OGD			€ par adultes pour les ESAT (crédits d'État)	
			2011	adultes	total	Dont MAS-FAM	Dont Samsah- SSIAD
<b>Côte-d'Or</b>	277 251	15 803 084 €	57 €	53 €	4 €	11 812 957	42,61
<b>Nièvre</b>	103 938	8 342 831 €	80 €	76 €	4 €	5 380 883	51,77
<b>Saône-et-Loire</b>	271 345	14 125 991 €	52 €	49 €	4 €	12 102 513	44,60
<b>Yonne</b>	171 166	14 864 063 €	87 €	81 €	6 €	7 872 654	45,99
<b>Bourgogne</b>	<b>823 700</b>	<b>53 135 969 €</b>	<b>65 €</b>	<b>60 €</b>	<b>4 €</b>	<b>37 169 007</b>	<b>45,12</b>

La Saône-et-Loire bénéficie ainsi d'un total de 157 places majoritairement en structures (116 places de MAS-FAM et 41 de SAMSAH), et la Côte-d'Or de 164 places dont 134 de services.

Sur la Nièvre, sont programmées 49 places dont 14 en structures pour personnes handicapées vieillissantes et 35 en services. 38 places de MAS sont également prévues par redéploiement de crédits sanitaires.

Pour l'Yonne, 125 places sont programmées, dont 115 en FAM-MAS. L'Yonne présente la particularité d'accueillir un flux plus important d'adultes handicapés provenant notamment de la région parisienne, ce qui contribue à relativiser le taux d'équipement élevé de ce département.

**/// Développer des réponses pour des situations particulières :** filière d'aval pour les personnes cérébrolésés et réponses médico-sociales pour les personnes handicapées psychiques prises en charge de manière inadéquate dans le secteur sanitaire.

Sur les 173 places de MAS inscrites dans le SROMS, 143 d'entre elles sont en faveur de personnes présentant un handicap psychique lourd (financées prioritairement par des redéploiements de l'enveloppe sanitaire), afin d'améliorer le dispositif de prise en charge au sein de la région. Les 38 places de MAS au Centre hospitalier psychiatrique de la Charité-sur-Loire correspondent à un engagement antérieur à l'ARS.

30 places de FAM sont également prévues en Côte-d'Or en faveur des personnes en situation de handicap psychique.

### /// Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale, dans l'emploi et dans la perte d'autonomie ●●●●●

10 places de MAS visent à répondre aux besoins de personnes cérébrolésées et 20 sont consacrées à une structure expérimentale pour personnes autistes ou TED.

/// **Adapter la prise en charge au vieillissement des personnes handicapées** : par médicalisation de places de foyer de vie (par transformation en FAM ou intervention de SSIAD, ou par création d'unités spécifiques au sein de structures personnes handicapées ou personnes âgées).

Sur les 150 places de FAM inscrites dans le SROMS, 120 d'entre elles visent à adapter la prise en charge pour les personnes handicapées vieillissantes (94 par médicalisation de foyers de vie et 26 par création d'unités spécifiques).

### /// Favoriser l'insertion professionnelle des adultes en situation de handicap

Il est programmé dans le schéma la réévaluation de deux filières spécifiques et le développement de places nouvelles favorisant cette insertion professionnelle et l'accompagnement nécessaire :

- réévaluation de la filière d'insertion professionnelle, en lien avec la DIRECCTE : modalités de réorganisation de l'offre de places en CRP pour une meilleure couverture géographique, évaluation du besoin en places de centre de pré-orientation dédiées au handicap psychique, réponse de la région à un éventuel plan national de développement de l'offre CPO/CRP,
- évaluation de la filière de réinsertion sociale et professionnelle des personnes cérébrolésées, pour laquelle la mise en place d'une UEROS serait un maillon important du parcours de ces personnes,
- le développement de places spécifiquement dédiées aux personnes handicapées psychiques en ESAT et en SAMSAH. L'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques représente en effet un enjeu particulier et nécessite une offre de prestations spécifiques.

112 places de SAMSAH sur les 163 programmées sont dédiées au handicap psychique.

110 à 230 places d'ESAT sont inscrites dans le SROMS qui seront dédiées en partie au handicap psychique.



Adultes	Objectifs chiffrés pour les FAM à l'horizon 2016						total places en 2016
	Capacité financée au 31/03/2011	Taux 2011	Nombre de places supplémentaires prévues au SROMS à l'horizon 2016	Taux atteint en 2016 (Pop. 2015)	Commentaires indicatifs	Chiffage financier (coût moyen indicatif : 27 000 €)	
<b>Côte-d'Or</b>	307	1,11	30	1,24	Création de places sur le handicap psychique au FAM du CH psychiatrique La Chartreuse L'objectif de 30 places pourra être révisé en fonction des résultats de l'étude menée par le CG 21 et la MDPH sur le vieillissement des PH à domicile et de leurs aidants	810 000	337
<b>Nièvre</b>	86	0,83	14	1,01	Création de places pour prendre en charge les personnes handicapées vieillissantes	378 000	100
<b>Saône-et-Loire</b>	354	1,30	36	1,50	Médicalisation de 24 places de foyer de vie dont 11 places à Bonnay Création de 12 places pour les personnes handicapées vieillissantes au FAM SIMARD	972 000	390
<b>Yonne</b>	203	1,19	70	1,62	Médicalisation de 70 places de foyers de vie Le taux d'équipement élevé doit être nuancé par le fait que 70 places concernent un public spécifique (traumatisés crâniens...) et venant d'autres départements notamment la région parisienne. Les établissements doivent davantage recruter, au fil des sorties, sur le département et la région	1 890 000	273
<b>Bourgogne</b>	950	1,15	<b>150</b>	1,38		<b>4 050 000</b>	1100

Chiffrage financier sur les FAM		
Chiffage total (coût moyen indicatif 27 000 €)	Dont redéploiement de crédits	Dont mesures nouvelles
<b>4 050 000 €</b>	<b>0</b>	<b>4 050 000 €</b>

/// Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale,  
dans l'emploi et dans la perte d'autonomie ●●●●●

Adultes	Objectifs chiffrés pour les MAS à l'horizon 2016						total places en 2016
	Capacité financée au 31/03/2011	Taux 2011	Nombre de places supplémentaires prévues au SROMS à l'horizon 2016	Taux atteint en 2016 (Pop. 2015)	Commentaires indicatifs	Chiffrage financier en K € (coût moyen indicatif : 72 000 €)	
<b>Côte-d'Or</b>	137	0,49	0	0,51	L'objectif pourra être révisé en fonction des résultats de l'étude menée dans le cadre du schéma handicap	0	137
<b>Nièvre</b>	90	0,87	38	1,29	Places financées prioritairement par redéploiement de l'enveloppe sanitaire	entre 0 et 2 736 K€	128
<b>Saône-et-Loire</b>	114	0,42	80	0,75	60 places sur la MAS du CH psychiatrique de Sevrey dont 12 par redéploiement de l'enveloppe sanitaire psychiatrique qui sont donc exclues des coûts médico-sociaux et 20 places pour une structure expérimentale pour l'autisme	Entre 0 et 5 760 K€	194
<b>Yonne</b>	83	0,48	45	0,76	Création d'une MAS à Auxerre par redéploiement des moyens de l'enveloppe sanitaire psychiatrique qui sont donc exclus des coûts médico-sociaux	Entre 0 et 3 240 K€	128
<b>Région</b>			10		10 places de MAS pour traumatisés crâniens (non localisées actuellement)	Entre 0 et 720 K€	10
<b>Bourgogne</b>	424	0,51	173	0,75		Entre 0 et 12 456 K€	597

La création des places de MAS se fera prioritairement par redéploiement de lits de psychiatrie et de soins de longue durée, le financement de places nouvelles sur l'enveloppe médico-sociale ne pouvant être que résiduel.

Chiffrage financier sur les MAS		
Chiffrage total (coût moyen indicatif 72 000 €)	Dont redéploiement de crédits sanitaires	Dont mesures nouvelles
<b>12 456 000 €</b>	<b>Entre 12 456 000 € et 0</b>	<b>Entre 0 et 12 456 000 €</b>



Adultes	Objectifs chiffrés pour les SAMSAH à l'horizon 2016						
	Capacité financée au 31/03/2011	Taux 2011	Nombre de places supplémentaires prévues au SROMS à l'horizon 2016	Taux atteint en 2016 (Pop. 2015)	Commentaires indicatifs	Chiffage financier indicatif (coût moyen indicatif : 14 000 €)	total places en 2016
Côte-d'Or	42	0,15	92	0,49	Conforter l'agglomération dijonnaise et développer une offre sur le nord-ouest du département pour la prise en charge du handicap psychique	1 288 000	134
Nièvre	20	0,19	30	0,51	20 places pour la prise en charge du handicap psychique 10 places pour la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes	420 000	50
Saône-et-Loire	62	0,23	41	0,40		574 000	103
Yonne	40	0,23	55	0,56		770 000	95
<b>Bourgogne</b>	<b>164</b>	<b>0,20</b>	<b>218</b>	<b>0,48</b>		<b>3 052 000</b>	<b>382</b>

Chiffage financier sur les SAMSAH		
Chiffage total Coût moyen indicatif : 14 000 €	Dont redéploiement de crédits	Dont mesures nouvelles
<b>3 052 000 €</b>	<b>0</b>	<b>3 052 000 €</b>

Adultes	Objectifs chiffrés pour les SSIAD PH à l'horizon 2016						
	Capacité financée au 31/03/2011	Taux 2011	Nombre de places supplémentaires prévues au SROMS à l'horizon 2016	Taux atteint en 2016 (Pop. 2015)	Commentaires	Chiffage financier indicatif (coût moyen indicatif : 14 000 €)	total places en 2016
Côte-d'Or	54	0,19	42	0,35		588 000	96
Nièvre	19	0,18	5	0,24		70 000	24
Saône-et-Loire	45	0,17	0	0,17	L'objectif pourra être révisé suite à une étude spécifique	0	45
Yonne	45	0,26	10	0,33		140 000	55
<b>Bourgogne</b>	<b>163</b>	<b>0,20</b>	<b>57</b>	<b>0,28</b>		<b>798 000</b>	<b>220</b>

Chiffage financier sur les SSIADPH		
Chiffage total (coût moyen indicatif : 14 000 €)	Dont redéploiement de crédits	Dont mesures nouvelles
<b>798 000 €</b>	<b>0</b>	<b>798 000 €</b>

/// Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale,  
dans l'emploi et dans la perte d'autonomie ●●●●●

Adultes	Objectifs chiffrés pour les ESAT à l'horizon 2016						Chiffage financier indicatif (coût moyen indicatif : 12 000 €)	total places en 2016
	Capacité financée au 31/03/2011	Taux 2011	Nombre de places supplémentaires prévues au SROMS à l'horizon 2016	Taux atteint en 2016 (Pop. 2015)	Commentaires indicatifs			
Côte-d'Or	1 034	3,73	50 à 90	4,00 à 4,14		600 000 à 1 080 000	1084 à 1124	
Nièvre	458	4,41	0 à 20	4,63 à 4,83		0 à 240 000	458 à 478	
Saône-et-Loire	1 028	3,79	20 à 50	4,03 à 4,14		240 000 à 600 000	1048 à 1078	
Yonne	636	3,72	40 à 70	4,01 à 4,19	Les places supplémentaires d'ESAT ne conduiront pas à la création de places supplémentaires en foyer d'hébergement car le public accueilli sera accompagné par les SAVS existants	480 000 à 840 000	676 à 706	
<b>Bourgogne</b>	3 156	3,83	<b>110 à 230*</b>	4,10 à 4,24		<b>1 320 000 à 2 760 000 €</b>	3266 à 3386	

\* Cette fourchette permettra de s'adapter au développement d'autres dispositifs d'insertion professionnelle et à l'évolution des modes de prise en charge par les ESAT

Chiffage financier sur les ESAT		
Chiffage total (Coût moyen indicatif : 12 000 €)	Dont redéploiement de places d'établissements	Dont mesures nouvelles
<b>1 320 000 à 2 760 000 €</b>	<b>0</b>	<b>1 320 000 à 2 760 000 €</b>

<b>Chiffage financier indicatif pour le développement de dispositifs d'insertion au sein de la région (UJERS et/ou CPO)</b>	<b>450 000 à 950 000 €</b>
---	----------------------------

	Montant total	Dont redéploiement de crédits d'assurance maladie de l'enveloppe sanitaire vers l'enveloppe médico-sociale	Dont mesures nouvelles (crédits d'assurance maladie)	Dont crédits d'État (ESAT)
<b>Chiffage financier total indicatif sur le secteur Adultes</b>	<b>De 22 126 000 € à 24 066 000 €</b>	<b>de 12 456 000 € à 0 €</b>	<b>8 350 000 € à 21 306 000 €</b>	<b>de 1 320 000 € à 2 760 000 €</b>

### 2.3.2 Projets innovants et expérimentaux

Rappel : le projet d'extension de 25 places du Service d'Accompagnement à l'Insertion Professionnelle (SAIP) en Côte-d'Or qui s'adresse aux jeunes 14-24 ans est explicité dans la 1<sup>re</sup> partie.

Par ailleurs, la mise en œuvre du SROMS sera l'occasion de développer des prises en charge innovantes.

# 3<sup>e</sup> partie :

## /// Soutenir l'autonomie des personnes âgées

### 3.1 Diagnostic

#### 3.1.1 Besoins

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

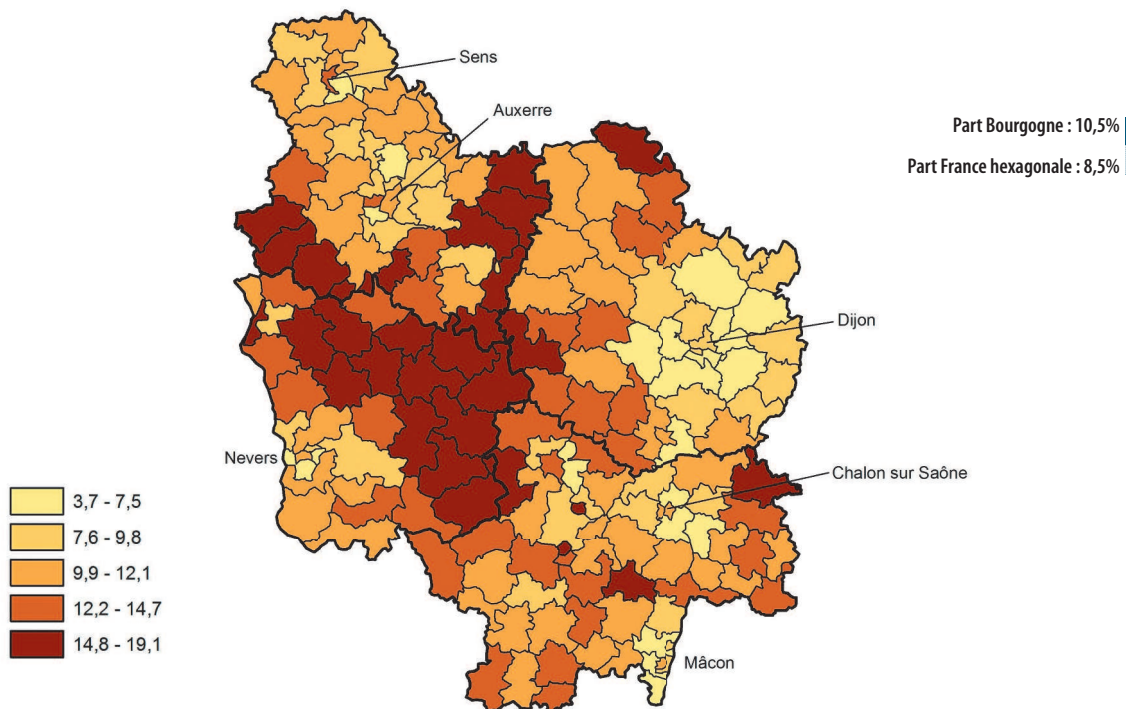
**E**n 2006, elle se situe au 4<sup>e</sup> rang des régions pour la proportion des plus de 75 ans dans la population totale (10,3 % contre 8,3 % au plan national). Au sein de la région, l'indice de vieillissement au 1/1/2008 distingue la Nièvre et la Saône-et-Loire nettement plus vieillissantes que la Côte-d'Or et l'Yonne.

	Indice de vieillissement (65 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	86,2
France métropole	67,3

Source : STATISS 2010

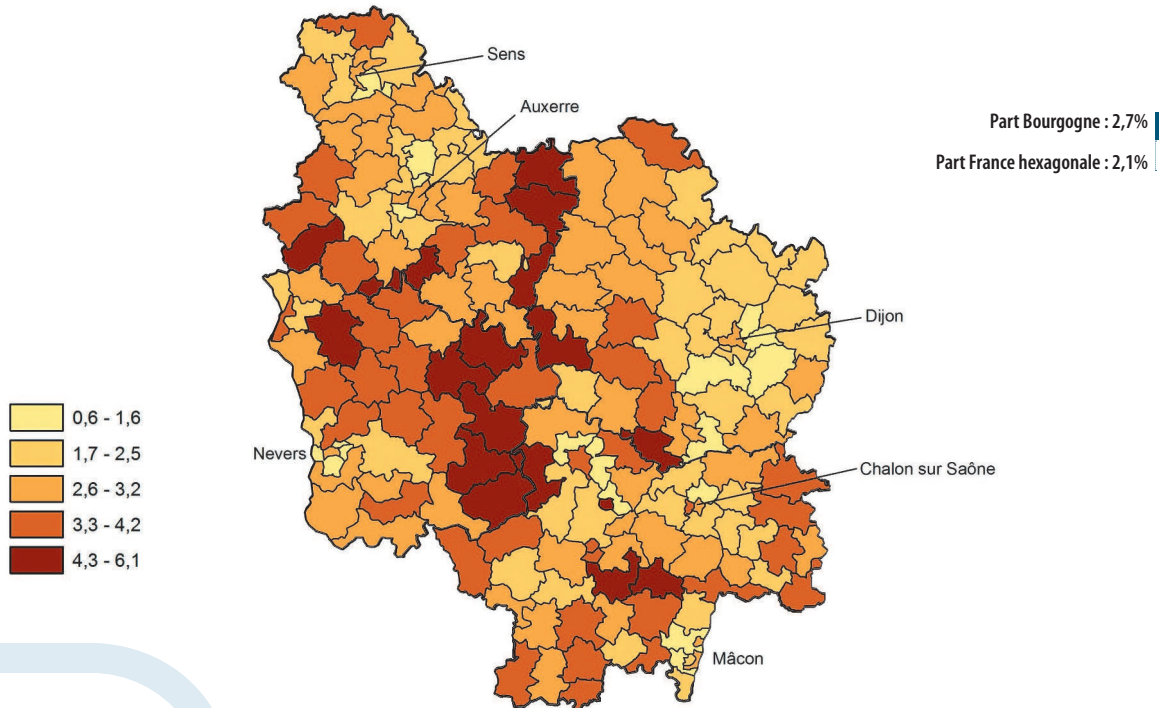
Les cartes ci-dessous détaillent la répartition par canton des 75 ans et plus et des 85 ans et plus en 2007

#### Part des 75 ans et plus dans les cantons de Bourgogne en 2007 (Pour 100 habitants)



Source : Insee (RP 2007), exploitation ORS Bourgogne

Part des 85 ans et plus dans les cantons de Bourgogne en 2007 (Pour 100 habitants)



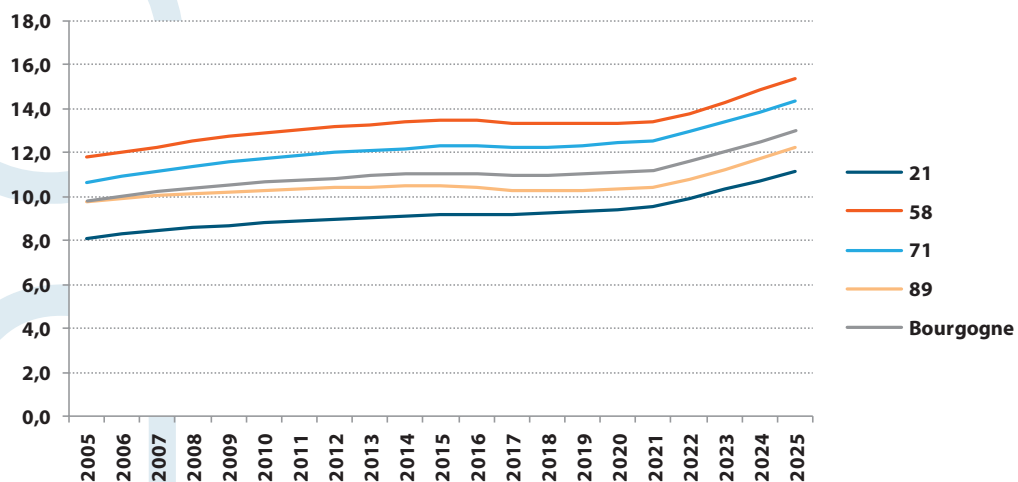
Source : Insee (RP 2007), exploitation ORS Bourgogne

40 % des plus de 75 ans vivent en milieu rural (58 % dans la Nièvre et notamment dans le Morvan), contre 33 % pour l'ensemble de la population bourguignonne. Potentiellement plus isolées, ces personnes peuvent ainsi connaître des difficultés de transports et d'accès aux services.

/// L'évolution de la population âgée est contrastée entre 2005 et 2025 et selon les tranches d'âges.

Les projections INSEE jusqu'en 2025 démontrent la part importante des 75 ans et + dans la population totale de la Nièvre et de la Saône-et-Loire.

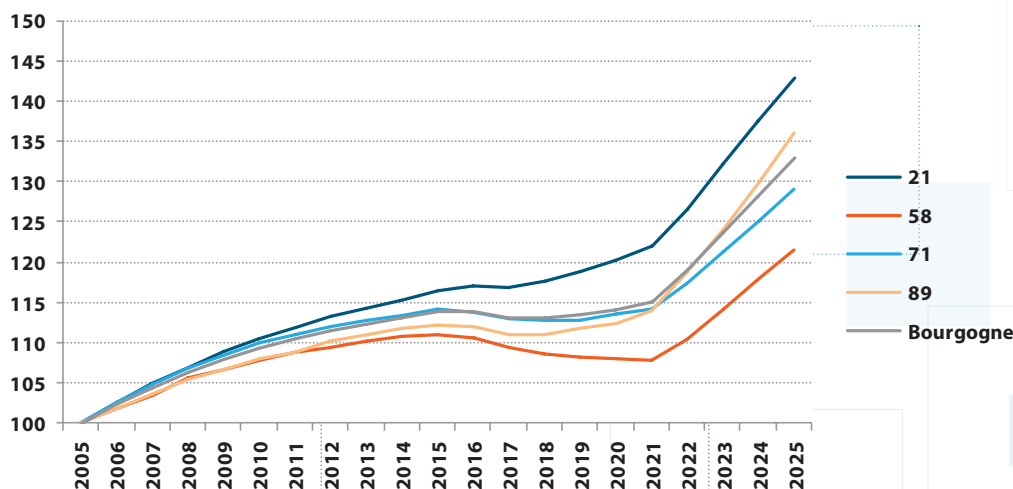
Graphique 1 : Part des 75 ans ou plus dans la population totale des départements de Bourgogne, entre 2005 et 2025, selon les projections de l'Insee



Source : Insee - Exploitation ORS

Cette part stagne cependant 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. Cette tendance correspond aux classes creuses de la seconde guerre mondiale.

Graphique 2 : Évolution du nombre d'habitants de 75 ans et plus dans les départements de Bourgogne, entre 2005 et 2025, 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-dessus. La progression de la population âgée de l'Yonne dépassera cependant celle de la Saône-et-Loire à partir de 2021 : dans son schéma gérontologique 2009/2014, l'Yonne, département attractif pour les retraités de la région parisienne s'attend en effet à une forte augmentation des plus de 60 ans.

À noter 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 de 75 ans et + est le plus important en 2015 comme le montre le tableau ci-dessous.

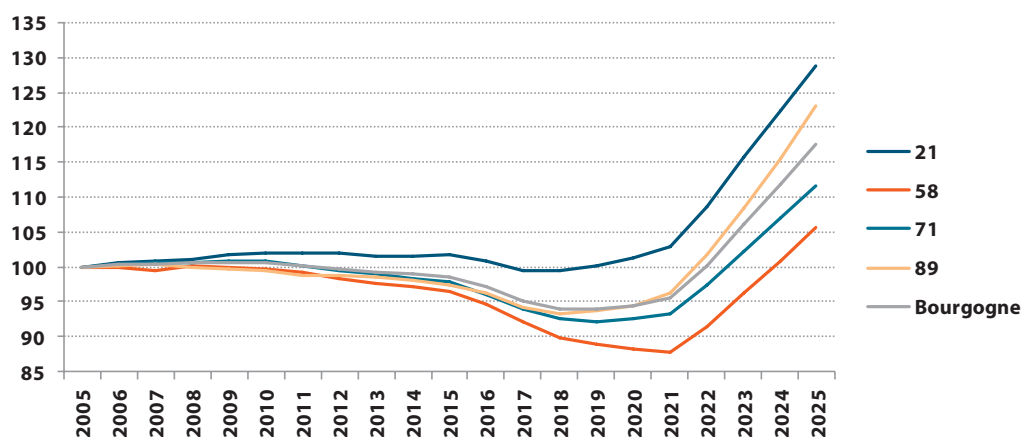
Projection de population de 75 ans et plus et de 85 ans et plus en 2015

	Nombres de personnes de plus de 75 ans en 2015	Nombres de personnes de plus de 85 ans en 2015
Côte-d'Or	50 411	16 636
Nièvre	29 901	9 826
Saône-et-Loire	67 152	22 408
Yonne	39 205	13 152
<b>Bourgogne</b>	<b>186 669</b>	<b>62 022</b>

Source : INSEE (estimations de population 2009 et modèle OMPHALE scénario tendanciel) repris dans le PRIAC 2011/2013

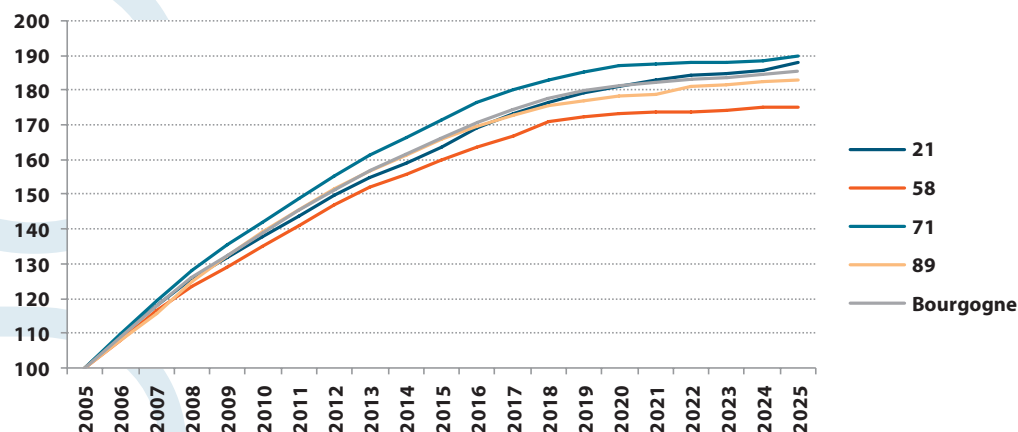
L'augmentation du nombre des personnes âgées masque de fortes différences selon les groupes d'âge : le nombre des 75-84 ans devrait rester stable jusqu'en 2021, voire diminuer, pour progresser nettement à partir de 2022. C'est la population des 75-84 ans de la Nièvre et de la Saône-et-Loire qui diminue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

Graphique 3 : Évolution du nombre d'habitants de 75-84 ans dans les départements de Bourgogne, entre 2005 et 2025, selon les projections de l'Insee



Source : Insee - Exploitation ORS

Graphique 4 : Évolution du nombre d'habitants de 85 ans et plus dans les départements de Bourgogne, entre 2005 et 2025, selon les projections de l'Insee



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.

Ces évolutions montrent les enjeux sur la prévention de la dépendance pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé et sur la prise en charge des personnes très âgées.

Au final, l'augmentation de la part des 75 ans et plus dans la population totale est attendue plutôt sur le moyen terme, à partir de 2021/2022, en passant 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.

**La très grande majorité des personnes âgées vit à domicile et on constate des écarts dans les conditions de vie**

En Bourgogne, 89 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent à leur domicile. Cette situation diminue cependant avec l'âge puisqu'elle concerne 96 % des 75-79 ans et 83 % des plus de 80 ans<sup>22</sup>. D'après l'enquête DRASS EHPA 2007, la proportion de personnes âgées résidant en établissement d'hébergement concerne surtout les 90-94 ans (35,9 % des résidents) et les 95 ans et plus (62 %).

<sup>22</sup> Rapport « Vieillesse et santé » de l'ORS Bourgogne de septembre 2010

40 % des plus de 75 ans vivent en milieu rural (58 % dans la Nièvre), ce qui peut entraîner des problèmes d'accessibilité aux services et établissements de soins et médico-sociaux.

Le tableau ci-dessous croise des indicateurs de précarité, d'accès aux soins et de taux d'équipement, bien que la disponibilité des données ne permette pas des comparaisons à une date de référence identique.

	Part des personnes âgées vivant seules en 2006	Part des foyers fiscaux non imposés en 2007	Taux d'allocataires 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'équipement en SSIAD au 31/3/2011	Taux d'admission en ALD en 2007 (nbre de nouvelles admissions pour 1000 personnes de 75 ans et +)
<b>Côte-d'Or</b>	39 %	36 %	3,5 %	126,7 ‰	19,98	70 ‰
<b>Nièvre</b>	40 %	44 %	4 %	102,7 ‰	21,40	64 ‰
<b>Saône-et-Loire</b>	39 %	43 %	4 %	116,4 ‰	18,40	67 ‰
<b>Yonne</b>	37 %	40 %	3,5 %	134,6 ‰	18,66	88 ‰
<b>Région</b>	<b>39 %</b>	<b>41 %</b>	<b>3,8 %</b>	<b>120,8 ‰</b>	19,36	72 ‰
<b>France</b>			<b>4,9 %</b>		19,2 (en 2009)	

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

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.

En 2005, les revenus des personnes âgées variaient de 14 400 à 25 500 € par an selon les cantons. C'est en Saône-et-Loire que les revenus des retraités sont les plus modestes.

59 % des 38 300 bénéficiaires bourguignons de l'allocation personnalisée d'autonomie vivent à domicile, surtout dans la Nièvre et en Saône-et-Loire.

#### Bénéficiaires de l'APA selon le lieu de vie au 1/1/2009

	À domicile		En établissement	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
<b>Côte-d'Or</b>	5 244	119,5	4 396	100,2
<b>Nièvre</b>	4 547	<b>165,1</b>	2 585	93,9
<b>Saône-et-Loire</b>	8 920	<b>147,2</b>	5 245	86,6
<b>Yonne</b>	3 726	104	3 610	100,7
<b>Bourgogne</b>	22 437	133,7	15 836	94,3

Parmi les aides et prestations individuelles pour les personnes âgées, l'APA représente 97 % des dépenses de la région en 2007, soit 141,5 millions € (sur un total de 146,1 millions d'€ avec l'ACTP et la PCH pour les plus de 60 ans).

### /// État de santé des 75 ans et plus

Si l'espérance de vie en bonne santé augmente, le nombre d'affections croît avec l'âge, avec une part importante des poly-pathologies issues de trois groupes principaux de maladies : les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et les maladies de l'appareil respiratoire.

En 2007, plus de 86 500 personnes de 75 ans et plus sont en ALD motivées par les maladies cardiovasculaires, les cancers, la maladie d'Alzheimer et le diabète, avec des admissions en ALD inférieures à la moyenne régionale dans la Nièvre et en Saône-et-Loire et supérieures dans l'Yonne.

#### Hospitalisation de bourguignons de 75 ans et + en court séjour par département en 2007

	Nombre d'hospitalisations	Taux standardisés d'hospitalisation *
<b>Côte-d'Or</b>	29 598	671,1
<b>Nièvre</b>	16 132	<b>584,8</b>
<b>Saône-et-Loire</b>	37 202	612,9
<b>Yonne</b>	21 661	<b>603,3</b>
<b>Bourgogne</b>	<b>104 593</b>	<b>621,5</b>

\* écart au taux régional statistiquement significatif

Source : PMSI MCO ATIH 2007, exploitation ORS pour rapport vieillissement et santé en Bourgogne

Le tableau ci-dessus montre les disparités dans les recours à l'hospitalisation entre les départements, faibles dans la Nièvre et dans l'Yonne : il est difficile de déterminer si cette situation est liée à des différences d'état de santé, de pratiques médicales, à des problèmes de précarité, d'accessibilité aux soins.

Enfin, en extrapolant les résultats d'une enquête nationale (PAQUID), la région compterait 28 500 personnes atteintes de démence plus ou moins avancée en 2009 ; ce chiffre passerait à 31 230 personnes en 2012 : la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire seraient les plus touchées. Par ailleurs, 6 600 bourguignons suivent un traitement lié à la maladie d'Alzheimer en 2007 et ce sont surtout des femmes. En septembre 2008, 6400 personnes sont reconnues en ALD au titre de cette maladie, soit 13 % de plus qu'en août 2007 mais nettement moins que les chiffres de l'enquête PAQUID. Au total, l'INVS estime à 10 300 (données 2007) le nombre de patient suivant un traitement spécifique et/ou exonéré par l'Assurance Maladie pour pathologie démentielle. Il reste ainsi difficile de dénombrer les personnes atteintes de cette maladie ou troubles apparentés.

D'après l'enquête EHPA 2007, 13 700 résidents (soit 56 %) sont considérés comme pouvant être démentes selon certains logiciels utilisés par les EHPA (englobant cependant d'autres pathologies liées à des troubles psychiatriques ou neurologiques) et près d'un quart des résidents sont sous protection juridique.

### 3.1.2 Offre

Par rapport à la moyenne nationale, la Bourgogne est une région bien dotée en matière d'offre médico-sociale pour les personnes âgées, mais avec des inégalités territoriales selon le type de structure ou de dispositif.

#### 3.1.2.1 Une offre d'hébergement importante

Début 2011, la Bourgogne compte 350 établissements pour personnes âgées 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	
	Nb établis.	Capacités financées	Nb établis.	Capacités financées	Nb établis.	Capacités financées	Nb établis.	Capacités financées	Nb établis.	capacités financées
<b>maisons de retraite (EHPA et EHPAD...)</b>	87	6 242	32	3 011	96	7 739	73	5 177	288	22 169
<b>logements foyer</b>	4	251	8	374	32	1 817	1	32	45	2 474



	Côte-d'Or		Nièvre		Saône-et-Loire		Yonne		Bourgogne	
	Nb établis.	Capacités financées	Nb établis.	Capacités financées	Nb établis.	Capacités financées	Nb établis.	Capacités financées	Nb établis.	capacités financées
unités de soins de longue durée	6	192	6	270	3	255	2	100	17	817
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>6 685</b>	<b>46</b>	<b>3 655</b>	<b>131</b>	<b>9 811</b>	<b>76</b>	<b>5 309</b>	<b>350</b>	<b>25 460</b>
<b>dont EHPAD</b>	<b>81</b>	<b>6 153</b>	<b>35</b>	<b>3 011</b>	<b>93</b>	<b>7 604</b>	<b>73</b>	<b>5 131</b>	<b>282</b>	<b>21 899</b>

Source : données ARS DOSA Organisation, FINESS

La répartition géographique des établissements figure en annexes 11 à 13.

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. À noter que la capacité en EHPAD début 2011 représente le tiers du nombre prévisionnel de personnes de 85 ans et plus en 2015 (62 000).

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. À noter ici que d'après l'enquête EHPA 2007, un quart des résidents des EHPA de l'Yonne vient d'un autre département et notamment ceux de de l'Île de France (11 %) : d'après les services du Conseil général de l'Yonne, cette situation peut poser des problèmes d'accès aux établissements pour les ressortissants de la région.

Par rapport aux EHPAD, la Saône-et-Loire et la Nièvre sont les moins dotées. À 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 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
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	2,62	4,51	
<b>Total</b>	<b>137,72</b>	<b>124,74</b>	<b>150,21</b>	<b>139,34</b>	<b>140,46</b>	<b>121,7</b>
<b>dont EHPAD</b>	<b>126,76</b>	<b>102,76</b>	<b>116,42</b>	<b>134,66</b>	<b>120,81</b>	<b>101,3</b>

Source : Données Ars Bourgogne Dosa Organisation

1 : statiss 2010 données finesse au 01/01/2009 ; données de population au 01/01/2008

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).

### 3.1.2.2 Les dispositifs de maintien à domicile pour les personnes âgées dépendantes : les SSIAD, l'accueil de jour (AJ) et l'hébergement temporaire (HT)

Entre le 31/12/2007 et le 31/3/2011, l'offre en places de SSIAD est passée de 2 924 à 3 510 places, soit une progression de 20 %, sous l'impulsion notamment du Plan Solidarité Grand Âge, dans le cadre du libre choix du domicile.

#### 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 à 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	22,86
Yonne	38 102	711	18,66	116	3,04	76	1,99	23,69
Bourgogne	181 262	3 510	19,36	474	2,61	373*	2,06	24
France <sup>1</sup> au 1/1/2009	5 373 701	103 230	19,2	9043	1,69	8944	1,66	22,55

Source ARS Bourgogne Dosa Organisation, statiss 2010

1 : statiss 2010 données finess 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.

La répartition géographique des SSIAD, AJ et AT, figure en annexes 14 et 15.

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 places d'hébergement et infirmiers libéraux (79 infirmiers pour 100 000 habitants au 1/1/2009 contre 95 en Côte-d'Or, 110 en Saône-et-Loire et 96 dans l'Yonne pour une moyenne régionale de 98 et nationale de 118)<sup>23</sup>. L'annexe 16 rapproche les bassins de vie déficitaires en infirmiers en 2009 et la localisation des SSIAD.
- pour l'accueil de jour, la Saône-et-Loire et surtout la Nièvre sont sous-dotées alors que pour l'hébergement temporaire, ce sont plutôt la Nièvre et l'Yonne.

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

### 3.1.2.3 L'offre pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Le tableau page suivante, fait un point sur les places dédiées à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, étant précisé qu'il s'agit de dispositifs dont la montée en charge est encadrée par le Plan Alzheimer 2008/2012. On constate de fortes disparités territoriales, notamment dans la Nièvre et dans l'Yonne.

<sup>23</sup> Source DREES / ARS / ADELI dans STATISS 2010

Accueil personnes âgées Alzheimer en EHPAD, centre de jour, résidence d'hébergement temporaire médicalisée : places financées au 31/3/2011

	hébergement complet	Hébergement temporaire		accueil de jour		Total Alzheimer	Ratio pour 1 000 de 75 ans et plus
	EHPAD	EHPAD	Résidence médicalisée	EHPAD	Centre de jour et résidence médicalisée		
<b>Côte-d'Or</b>	437	57	0	91	66	<b>651</b>	13,41
<b>Nièvre</b>	32	7	0	47	6	<b>92</b>	3,14
<b>Saône-et-Loire</b>	334	53	0	142	0	<b>529</b>	8,10
<b>Yonne</b>	49	50	7	104	3	<b>213</b>	5,59
<b>Bourgogne</b>	852	167	7	384	75	<b>1485</b>	8,19

**3.1.2.4 La coordination gérontologique**, fondamentale, est assurée par de nombreux dispositifs :

- 10 réseaux gérontologiques et 1 réseau Alzheimer, particulièrement développés en Bourgogne mais qui ne couvrent que 49 % du territoire,
- groupements de professionnels de santé avec un volet gérontologie
- 18 centres locaux d'information et de coordination (CLIC) relevant des conseils généraux : 0 en Côte-d'Or car repris par le CG21 avec en projet, la création d'antennes relais de la maison départementale de l'autonomie, 3 dans la Nièvre, 9 en Saône-et-Loire, 6 dans l'Yonne mais tous les territoires ne sont pas couverts (Saône-et-Loire) et leurs degrés de labellisation varient
- des guichets uniques, mutualisant les compétences des CLIC, services à domicile...
- les futures maisons départementales de l'autonomie...

La multiplicité des structures pose un problème de lisibilité pour le public et la question de leur rôle qui doit être évalué pour améliorer la complémentarité des dispositifs en fédérant l'existant. Une cartographie consolidée des instances de coordination et de leurs périmètres d'intervention reste à réaliser.

À noter qu'une réflexion est en cours au niveau national sur la redéfinition des dispositifs de coordination et sur la mission des réseaux gérontologiques.

**3.1.2.5 L'offre de soins**

Le SROS hospitalier et ambulatoire fait un diagnostic précis de l'offre des soins. Ne sont repris ici succinctement que les principaux éléments touchant le secteur médico-social :

- **une démographie inquiétante des professionnels de santé** avec une densité très inférieure à la moyenne nationale pour tous les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, chirurgiens dentistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers. Ce déficit de professionnels de santé est aggravé par leur répartition inégale sur le territoire avec des fragilités dans les zones enclavées telles que le Morvan. Le vieillissement des médecins généralistes (42 % des 1508 médecins ont plus de 55 ans en 2010) et les perspectives limitées de remplacement pourraient faire chuter leur effectif de 21 % en 2015. (voir la partie ambulatoire du SROS)
- **9 filières gériatriques** (service de court séjour gériatrique + hôpital de jour + consultation mémoire + SSR pré-conisé) dont 2 restent incomplètes (Nièvre et Yonne) : les liens avec le secteur médico-social sont à développer.
- **sur les soins de suite et de réadaptation (SSR)**, le SROS révisé pour la période 2009/2011 a identifié des mentions « personnes âgées » (PA) pour chacun des territoires de santé. Actuellement 8 établissements disposant d'une autorisation d'activité de SSR ont une mention PA en Côte-d'Or, 5 dans la Nièvre, 8 en Saône-et-Loire et 5 dans l'Yonne. La coordination entre les services de court séjour, les soins de suite et le secteur médico-social conditionne l'orientation du patient âgé dans la structure la plus adéquate à ses besoins : son développement doit être favorisé.

➤ **l'hospitalisation à domicile** (HAD) assure au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés : le SROS 2006-2011 avait notamment pour objectifs de créer une structure d'HAD dans chaque territoire de santé. Il existe actuellement 21 structures d'HAD mais 5 autorisations ne sont pas encore mises en œuvre. On note des difficultés de couverture des zones rurales et l'HAD apparaît comme insuffisamment prescrite par les médecins traitants et les médecins hospitaliers. Là encore, les liens sont à développer entre les professionnels de santé libéraux, les maisons médicales, les réseaux, les SSIAD, les hôpitaux...

➤ la région dispose de 160 lits identifiés de **soins palliatifs** ce qui paraît suffisant et 12 équipes mobiles de soins palliatifs financées sur les Missions d'Intérêt Général, crédits en baisse : pourtant l'objectif serait de conforter leur fonctionnement pour leur permettre de mieux intervenir au domicile et en milieu médico-social, notamment en EHPAD.; 4 réseaux de soins palliatifs dont 2 seulement ont un ressort territorial départemental (Nièvre et Yonne). Le maillage de la région reste à parfaire, que celui-ci soit assuré par une équipe mobile ou un réseau. Enfin, une seule unité de soins palliatifs existe au sein du CHU de Dijon.

### 3.1.2.6 L'évolution de l'offre médico-sociale en 2007 et 2009

places installées	au 31/12/2007	au 31/12/2009	évolution
<b>SSIAD</b>	2 924	3 259	11,5 %
<b>AJ</b>	133	378	184,2 %
<b>HT</b>	90	323	258,9 %
<b>EHPAD</b>	19 052	21 448	12,6 %
<b>Total Bourgogne</b>	<b>22 199</b>	<b>25 408</b>	<b>14,5 %</b>

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

L'offre globale pour personnes âgées connaît une progression importante entre 2007 et 2009, sous l'impulsion notamment du Plan Solidarité Grand Âge (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.

### 3.1.2.7 Les ressources humaines : un secteur en difficultés

Les ressources humaines constituent une condition essentielle de mise en œuvre de la programmation, alors que la région connaît de réelles difficultés de recrutement de personnels qualifiés, en particulier sur le secteur des personnes âgées.

#### /// Un secteur d'emploi important mais un marché difficile à analyser

Dans le projet de contrat d'objectifs des métiers du social 2011/2015, le Conseil régional de Bourgogne souligne qu'en 2010, ce sont près de 50 000 personnes qui sont employées comme travailleurs sociaux, aides à domicile, salariés des établissements et services sociaux en Bourgogne. Tous métiers confondus, les 3 premiers secteurs d'emploi sont : l'aide à domicile (21 % des emplois), les personnes âgées (20 %) et la petite enfance (16 %).

Il constate aussi la difficulté de quantifier et d'analyser le marché du travail du secteur social partagé entre de nombreux sous-secteurs (dont personnes âgées, personnes handicapées, petite enfance, aide à l'enfance en difficultés, lutte contre les exclusions...) et de nombreux statuts (associatif, fonction publique territoriale, hospitalière, privé commercial...). Par ailleurs, l'évaluation des besoins en emplois et en personnels qualifiés au niveau régional est complexe compte tenu de la multiplicité des publics, des types d'établissements et du fort impact des grandes politiques publiques qui créent des emplois dédiés et déterminent de nouvelles professionnalités (ex : autisme, Alzheimer...).

Un dispositif d'observation dynamique et partenarial des emplois des métiers et des qualifications du secteur a donc été confié au C2R Bourgogne pour contribuer à l'analyse des besoins et à la formalisation des attentes des employeurs du social en termes d'emplois et de qualifications : le financement est assuré par le conseil régional et l'État pour la période 2011/2015.

Globalement les métiers du social sont attractifs pour les jeunes et les demandeurs d'emploi, ce qui explique qu'il y ait peu de tension du marché du travail pour ces professions à l'exception du secteur des personnes âgées et de certains territoires moins attractifs que d'autres (zones rurales notamment de l'Yonne et de la Nièvre touchées pour les infirmiers [IDE], les aides-soignants [AS] mais aussi les médecins et les kinésithérapeutes).

**/// Un secteur en difficulté pour les personnes âgées**

Dans l'ensemble de la région se posent de réelles difficultés de recrutement de personnel qualifié tant en EHPAD que pour les services de soins infirmiers à domicile (AS, AMP, IDE mais aussi kinésithérapeutes, médecins coordonnateurs.).

Ce constat est valable pour les autres professionnels de santé, notamment les médecins, les chirurgiens dentistes, les masseurs kinésithérapeutes, les pédicures/podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens...

Le SROS ambulatoire aborde ce problème de déficit de l'offre ambulatoire.

Selon l'enquête DRASS EHPA 2007, début 2008, près de 14 900 personnes travaillent en Bourgogne dans les établissements et services pour personnes âgées dont 84 % en maison de retraite, 10 % en USLD et 6 % en centres d'accueil de jour : par rapport à l'enquête EHPA 2004, l'effectif est en hausse de +17 % pour une augmentation de 2 % des capacités d'accueil.

Au début 2008, les établissements pour personnes âgées déclarent environ 272 postes non pourvus depuis 6 mois et plus (2 % du total des postes) ; plus des ¾ de ces postes sont en maisons de retraite.

La répartition des postes non pourvus concerne 71 postes infirmiers, 69 postes aides soignantes, 5 aides médico-psychologiques et 126 postes « autres ».

Ces postes vacants sont répartis pour : 27 % en Côte-d'Or, 15 % dans la Nièvre, 38 % en Saône-et-Loire, 20 % dans l'Yonne.

À titre indicatif, une étude publiée en novembre 2009<sup>24</sup> a évalué les besoins en emplois complémentaires de personnels liés à la programmation du PRIAC de l'époque, dans le secteur du handicap et des personnes âgées : 250 ETP d'aides-soignants et 75 ETP d'infirmiers.

Il n'y a pas de problème de flux de formation des aides médico-psychologiques (AMP) mais une problématique de positionnement de cette formation notamment dans le secteur des personnes âgées où elle est en concurrence avec les AS souvent préférés par les employeurs. Elle est pourtant bien adaptée aux pathologies cognitives telles que la maladie d'Alzheimer et les suites d'AVC.

La poursuite de la collaboration avec le Conseil régional est indispensable pour résoudre ces problèmes de qualification et d'attractivité.

**3.1.2.8 Le financement des établissements et services pour personnes âgées**

Les établissements et services pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont financés par l'assurance maladie (AM), la CNSA et les conseils généraux, conjointement ou exclusivement. Ces financements complexes sont détaillés à la fin de l'annexe 17.

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

	<b>EHPA + EHPAD + SSIAD</b>	<b>USLD</b>	<b>AIS 75 ans et +</b>	<b>total</b>
<b>Dépenses AM et CNSA 2009 tous régimes pour les personnes âgées</b>	281 885 000	26 985 000	12 171 000	321 041 000

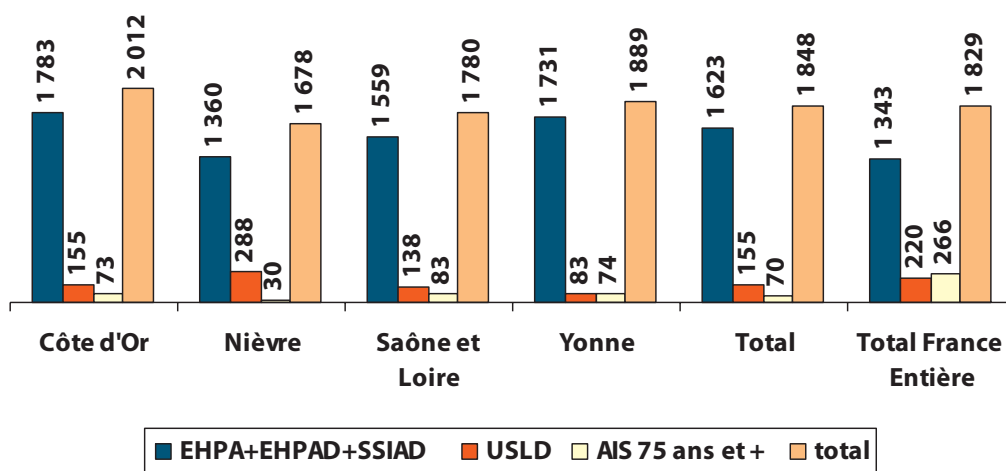
Sources : CNSA (dépense AM en euro/hab), INSEE, CNAMTS/SNIIRAM, ARS

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.

La dépense globale par habitant de la région (1 848 €) pour les personnes âgées est proche de la moyenne nationale (1829 €).

<sup>24</sup> Étude menée par le cabinet Ithaque sur « l'adéquation entre les besoins en emplois identifiés et l'offre de formation paramédicale et sociale régionale dans le cadre de l'évolution du secteur médico-social en Bourgogne » : financée par la DRASS, elle a porté sur 566 établissements et services dans le champ du PRIAC et a été publiée en novembre 2009.

### Dépense 2009 par habitant pour les structures pour personnes âgées en euros



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

Les chiffres de la campagne budgétaire 2010 montrent la forte prépondérance des structures d'hébergement par rapport aux structures de maintien à domicile car 83 % de l'enveloppe régionale 2010 dédiée aux personnes âgées finance des EHPAD et seulement 17 % des structures de maintien à domicile (SSIAD, AJ et HT).

### Part des différentes structures dans la campagne budgétaire 2010

Structure	Bourgogne	
	En euros	En % âge de l'enveloppe 2010 (déc. 2010)
EHPAD	250 918 479 €	83 %
SSIAD	44 315 409 €	15 %
AJ	4 132 558 €	1 %
HT	2 772 878 €	1 %
<b>total 2010</b>	<b>302 139 324 €</b>	<b>100 %</b>

En Bourgogne, la dépense 2009 en actes infirmiers de soins (AIS) est très inférieure à la moyenne nationale ce qui signifie que les infirmiers libéraux (IDEL) font peu d'actes de nursing. La Nièvre, déficitaire en IDEL, a développé les SSIAD et son taux d'équipement est le plus élevé de la région.

Ces comparaisons de dépenses par habitant complètent l'appréhension du besoin par les taux d'équipement qui varient selon l'évolution du nombre de personnes âgées. À noter que les projections de population montrent sur le moyen terme une stabilisation voire une baisse des plus de 75 ans liée aux classes creuses de la 2<sup>e</sup> guerre mondiale : cette tendance va augmenter mécaniquement les taux d'équipement. À noter cependant la hausse continue des 85 ans et plus jusqu'en 2018.

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

### 3.2 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

#### 3.2.1 Objectif général n° 18 : promouvoir la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées tant à domicile qu'en EHPAD

L'espérance de vie de la population bourguignonne est en progression comme dans le reste de la France (84,3 ans pour les femmes et 76,8 ans pour les hommes en 2007), avec une augmentation de l'espérance sans incapacité. En 2008, d'après l'INSEE, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance, c'est-à-dire sans limitation d'activités, est de 64,2 ans pour les femmes et de 63,1 ans pour les hommes : il y a donc encore des marges de progrès. Comme l'indique le Conseil de la CNSA « *la promotion de l'espérance de vie sans incapacité est un enjeu majeur* »<sup>25</sup>. Dans ce contexte, la prévention de la perte d'autonomie commence dès le plus jeune âge et s'adresse à l'ensemble de la population (nutrition, sédentarité, tabagisme...) pour limiter les cancers, maladies cardio-vasculaires... Elle concerne aussi, de façon plus ciblée, les personnes âgées de plus de 75 ans fragilisées par le vieillissement, qu'elles soient ou non touchées par la perte d'autonomie, afin qu'elles aient accès aux dispositifs de prévention, d'éducation pour la santé et de soins.

Les débats sur la réforme dite de la dépendance ont également mis l'accent sur le développement de la prévention.

Enfin, le groupe de travail sur le parcours de vie des personnes âgées a confirmé l'importance de la prévention, de l'éducation thérapeutique et de la promotion de la santé tant à domicile qu'en EHPAD, à destination des personnes elles-mêmes, des aidants naturels et des professionnels.

Sur un plan plus général, la prévention passe également par la gestion du risque infectieux lié aux soins (IAS), avec l'élaboration de plans et programmes de prévention des IAS.

La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées s'inscrit aussi dans la politique des conseils généraux à travers leurs schémas départementaux qui soutiennent la politique de prévention des caisses retraite, notamment les ateliers « mémoire, équilibre, médicaments et alimentation » du dispositif « Santé Séniors », les ateliers du « Bien Vieillir », le « Pack Eurêka » d'entretien de la mémoire, des ateliers « conduite séniors et visio test »... Le Conseil général de l'Yonne finance aussi des activités physiques avec un éducateur sportif à domicile et en établissement.

L'un des 10 objectifs du schéma prévention de l'ARS concerne le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, orientation stratégique du PSRS : il est à l'origine de l'objectif spécifique n° 18.6 ci-dessous.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 18.1</b>  <b>Promouvoir la culture de la prévention de la perte d'autonomie dans les formations</b> initiales et continues des professionnels de santé</p>	<p>Formations initiales : cf. SROS À : objectif d'insertion dans les cours et informations aux étudiants de thèmes sur l'éducation à la santé, la connaissance des handicaps, la gérontologie</p> <p>Formations continues : inscription de la formation à la prévention dans les contrats avec les SSIAD, EHPAD...</p> <p>Sensibilisation des unions régionales des professionnels de santé (URPS)</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 18.2</b>            Veiller à la <b>formation des intervenants à domicile</b> (SSIAD, aidants naturels) à la <b>prévention au quotidien</b> (alimentation, nutrition, hygiène bucco-dentaire, incontinence, logement, accidents de la vie courante, dégradation de l'état de santé...). Leur intervention doit s'inscrire en continuité, complémentarité et coordination avec le suivi médical des personnes aidées.</p>	<p>Formation à inscrire dans les contrats avec les SSIAD (avenants systématiques) qui pourraient aussi informer les aidants naturels</p> <p>Sensibilisation de l'URPS médecin</p> <p>S'appuyer sur l'expérience des caisses retraite, dont la MSA et notamment la CARSAT qui forme ses évaluateurs des plans d'aide à la prévention (santé, habitat, précarité énergétique, sensibilisation des personnes âgées aux risques</p> <p>Voir si les conseils généraux acceptent d'inclure ce type de formation dans les conventions de modernisation des SAD/CG/CNSA</p> <p>Association des CCAS/CIAS (services de portage de repas, actions de prévention menées...)</p>

<sup>25</sup> la conférence de presse du 27 avril 2011 du Conseil de la CNSA «pour une politique de prévention au service de l'autonomie

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 18.3</b>  <b>Développer des actions de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse</b>                      notamment en sensibilisant les médecins traitants et les pharmaciens</p>	<p>Sensibilisation des URPS médecins et pharmaciens (rôle des pharmaciens notamment sur la bonne utilisation des génériques, dossier pharmaceutique mis en place par l'Ordre des pharmaciens... rôle aussi sur la gestion de l'incontinence)</p> <p>Programme régional de gestion du risque : les priorités fixées aux ARS concernent la qualité et l'efficacité de la prescription dans les EHPAD.</p> <p>Intégration dans les CPOM, conventions tripartites avec les EHPAD, contrats locaux de santé</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 18.4</b>  <b>Promouvoir la culture de la gestion des risques notamment des infections liées aux soins</b></p>	<p>En attente du plan national de prévention des infections liées aux soins (IAS) en ESMS, dans le cadre du plan stratégique de prévention des IAS, avec notamment des auto-évaluations prévues</p> <p>Programme régional qualité des soins et gestion des risques</p> <p>Plan local de lutte contre les IAS à élaborer par les ESMS</p> <p>Programme de renforcement des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) qui vont se déplacer dans des ESMS</p> <p>Programme annuel de contrôle des règles d'hygiène (DASRI, légionnelles)</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 18.5</b>  <b>Généraliser l'évaluation gériatrique standardisée lors de la réalisation de bilans d'entrée en EHPAD</b></p>	<p>Intégration du thème dans les CPOM, conventions tripartites avec les EHPAD</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 18.6</b>  <b>Promouvoir le développement d'une stratégie de prévention au sein des établissements accueillant des personnes âgées s'appuyant sur des actions de santé publique notamment sur l'hygiène bucco-dentaire et la prévention des chutes mais aussi sur des actions de santé environnementale</b></p>	<p>Élaboration d'un programme par établissement de sensibilisation des professionnels sur l'hygiène bucco-dentaire et instauration d'un service de prise en charge effective</p> <p>Réalisation d'audits énergétiques pour améliorer le confort d'été</p> <p>En lien avec les maisons départementales de l'autonomie</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 18.7</b>  <b>Développer des coopérations/ partenariats avec des professionnels de santé (exemple : dentistes, ophtalmologistes, spécialistes des appareillages auditifs) pour des actions de prévention ou de suivi en EHPAD</b></p>	<p>Sensibilisation des URPS médecins et dentistes pour que les professionnels de santé se déplacent dans les EHPAD</p> <p>Intégration du thème dans les CPOM, conventions tripartites avec les EHPAD</p>



Le schéma régional de prévention a, par ailleurs, un objectif général sur le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, avec l'ambition de doubler le nombre de personnes de 70 ans et plus à domicile bénéficiant d'au moins deux modules de prévention des pertes d'autonomie liées au vieillissement, ces actions étant ouvertes au public handicapé à domicile ; cet objectif se décline ainsi :

- Valoriser le dispositif « Santé Séniors » comme référentiel en matière d'intervention pour la prévention de la perte d'autonomie ;
- Développer de nouveaux types d'intervention : ex : préparation à la diminution de la vision, de l'audition, soutien psychologique ou accompagnement de l'état dépressif ;
- Poursuivre les activités physiques adaptées organisées par les communes ; possibilité d'étendre ses séances au domicile des personnes dépendantes ;
- Promouvoir un carnet de liaison senior des professionnels intervenant au domicile de la personne encore autonome sur des territoires expérimentaux ;

D'autres objectifs plus larges du schéma prévention concernent aussi le secteur médico-social :

- Développer l'éducation thérapeutique pour améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques et poly pathologies ;
- Inscrire 75 % de la population des 50-75 ans dans la démarche organisée de dépistage des cancers du sein et 60 % de la population dans le dépistage du cancer colorectal ;
- Augmenter de 50 % les crédits de prévention à l'horizon 2015, pour financer notamment les actions de prévention relevant d'opérateurs du secteur médico-social.

La partie ambulatoire du SROS prévoit enfin un objectif d'insertion dans les cours et les informations aux étudiants de thèmes sur l'éducation à la santé, la connaissance des handicaps, la gérontologie.

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Indicateur de suivi de l'objectif général	% 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 %

### 3.2.2 Objectif général n° 19 : privilégier le maintien et l'accompagnement à domicile

D'après le rapport « Vivre chez soi »<sup>26</sup>, remis en juin 2010 à la Secrétaire d'État en charge des Aînés, 90 % des personnes de plus de 60 ans vivent à domicile et l'immense majorité souhaite vivre chez soi le plus longtemps possible. C'est de la responsabilité des pouvoirs publics de permettre la liberté de ce choix de vie et de faire en sorte qu'il puisse s'accomplir dans les meilleures conditions.

La politique nationale favorise depuis longtemps le maintien à domicile des personnes âgées, avec notamment le Plan Solidarité Grand Âge (PSGA) 2007/2012 qui comporte un important volet de maintien à domicile (59 % des places nouvelles prévues), avec la création de places de SSIAD, d'hébergement temporaire (HT) et d'accueil de jour (AJ). Le Plan Alzheimer prévoit une prise en charge spécialisée (équipes spécialisées en SSIAD) avec des assistants de soins en gérontologie, un psychomotricien ou un ergothérapeute dans le cadre des SSIAD, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou de groupements de coopérations sociales ou médico-sociales (GCSMS).

Dans le bilan détaillé des plans de création de places<sup>27</sup>, la CNSA estime qu'à l'issue de la 4<sup>e</sup> année du Plan Solidarité Grand Âge (PSGA) 2007/2012, la cible de créations de places d'hébergement permanent a été dépassée, au détriment des SSIAD et offres de répit (AJ et HT) qui doivent donc être désormais privilégiés. Il faut cependant remarquer que le développement des AJ et HT est difficile car ils sont insuffisamment financés d'après les établissements, souvent vécus comme une porte d'entrée vers l'hébergement complet, et sans projet de service spécifique au sein de structures à vocation principale d'hébergement permanent : le fonctionnement de ces dispositifs est souvent opaque et disparate, marqué par des attentes et des pratiques diverses<sup>28</sup>.

<sup>26</sup> Rapport « Vivre chez soi » rédigé par Alain FRANCO Professeur de médecine à Nice, président du Centre National de Référence – Santé à Domicile et Autonomie, présenté en juin 2010 à Mme Nora BERRA, Secrétaire d'État en charge des Aînés

<sup>27</sup> Dossier de presse du conseil de la CNSA du 5 juillet 2011 sur le bilan détaillé des plans de création de places

<sup>28</sup> Accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer : atteintes, freins, et facteurs de réussites, GERONTO-CLEF, mars 2010, étude financée par la CNSA

Par ailleurs, le groupe de travail national « accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie »<sup>29</sup> recommande de faire passer progressivement la proportion domicile/établissement de 60/40 à 70/30 d'ici 2030/2040. Il estime aussi qu'il faut redécouvrir le potentiel de l'hébergement intermédiaire (foyers logement, petites unités de vie, résidences services...).

Cette priorité sur le maintien ou le soutien à domicile fait partie des objectifs du PSRS et du CPOM de l'ARS. Elle est partagée par tous les schémas départementaux qui répondent de manière plus large aux besoins sociaux de l'ensemble de la population âgée et de la population handicapée (accès aux droits, logement, transports, insertion...) et permettent d'apprécier au plus près leurs besoins. Ils financent en particulier les services d'aide à domicile prestataires.

À l'occasion de l'élaboration de son schéma autonomie 2010/2014, le conseil général de Saône-et-Loire a fait une enquête auprès des habitants du département qui a recueilli 662 réponses, dont une majorité de 50 à 80 ans : 63 % favorisent le maintien à domicile et 39 % le soutien aux aidants<sup>30</sup>.

En Bourgogne, près de 89 % des personnes de 75 ans et plus vivent à domicile et parmi les 38 300 bénéficiaires bourguignons de l'APA en 2009, 59 % vivent à domicile, notamment dans la Nièvre et en Saône-et-Loire.

Plus les Bourguignons âgés vivant à domicile avancent en âge, plus ils vivent seuls : c'est le cas de 22 % des 60-74 ans, de 34 % des 75-79 ans et de 42 % des 80 ans et plus. Les effectifs de personnes âgées vivant seules sont plus élevés dans et à proximité des pôles urbains.

En moyenne, 40 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent dans un espace à dominante rurale (33 % pour l'ensemble de la population de la région), avec des écarts selon les départements de la région (58 % dans la Nièvre contre 32 % en Côte-d'Or).

Le maintien à domicile doit s'appuyer sur une offre de proximité diversifiée, adaptable et en réseau avec les autres dispositifs, gérés notamment par les conseils généraux (aides à domicile...) qui doivent être des partenaires privilégiés, sans oublier les centres d'action sociale (CCAS/CIAS) à propos desquels une étude<sup>31</sup> montre qu'ils gèrent un important volet de soutien à l'autonomie (portage de repas à domicile, téléalarme, prévention, aides à domicile, engagement dans un CLIC, transports adaptés, gestion de foyers restaurant...).

Enfin, la télémédecine peut favoriser l'accès aux soins dans les zones fragiles en professionnels de santé, et contribuer au maintien des personnes sur leur lieu de vie tant à domicile qu'en EHPAD, en limitant les hospitalisations non justifiées.

Au final, il s'agit de développer un accueil séquentiel et souple dans les structures pour favoriser le maintien à domicile et permettre un égal accès aux SSIAD.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 19.1</b>  <b>Développer et restructurer l'offre d'Accueil de Jour (AJ) de la région</b> (évaluation du fonctionnement, maillage du territoire, mise en conformité avec le cahier des charges du Plan Alzheimer)</p>	<p>Évaluation sur place de tous les AJ de moins de 6 places selon des directives nationales.</p> <p>Voir cahiers des charges déjà existants</p> <p>Développement des liens entre les réseaux et les AJ</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 19.2</b>  <b>Développer l'offre d'Hébergement Temporaire (HT) de la région</b> (évaluation, maillage du territoire, élaboration d'un projet de service pour un retour à domicile)</p>	<p>Évaluation des HT dans le cadre des conventions tripartites et aussi sur place</p> <p>Développement des liens entre les réseaux et les HT</p> <p>Places d'HT systématiques dans les appels à projet d'EHPAD</p> <p>Étude sur les possibilités de restructuration de places d'hébergement complet</p> <p>Élaboration d'un cahier des charges régional sur l'HT (cf. Yonne) prévoyant un projet de service spécifique à l'HT</p>

<sup>29</sup> Groupe de travail animé par Mme Evelyne Ratte dans le cadre de la réflexion sur la réforme de la dépendance

<sup>30</sup> Source: annexes du schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées de Saône-et-Loire

<sup>31</sup> Enquête réalisée par l'UNCASS, parue en mai 2011 « panorama des domaines d'intervention des CCAS et des CIAS »

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 19.3</b>  <b>Développer des expérimentations de nouvelles formules souples d'accueil</b> (baluchonnage, accueil de nuit, équipes mobiles intervenant au domicile)</p>	Appels à projet
<p><b>Objectif spécifique n° 19.4</b>  <b>Assurer un maillage effectif du territoire par les SSIAD</b></p>	<p>Enquête sur les zones d'intervention effective des SSIAD à partir notamment des codes postaux des usagers ou de recueil d'informations auprès des caisses d'assurance maladie</p> <p>Articulation avec les zones sur/sous dotées en IDEL</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 19.5</b>  <b>Favoriser l'articulation des SAD et des SSIAD notamment au sein des SPASAD</b></p>	<p>Identification des opérateurs gérant à la fois des SAD et des SSIAD (cf. projet de SPASAD de la Mutualité en milieu rural)</p> <p>Conventions SSIAD/SAD</p> <p>Liens avec le SROS pour l'HAD</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 19.6</b>  <b>Promouvoir la télémédecine dans les zones fragiles en professionnels de santé pour favoriser le maintien des personnes à domicile ou en EHPAD en évitant notamment les hospitalisations non justifiées</b></p>	Cf Programme Télémédecine avec notamment l'équipement des maisons de santé et des EHPAD en zones fragiles

Par ailleurs, **le Plan régional santé environnement 2, inclus dans le schéma régional de prévention**, comporte une action sur le repérage des caractéristiques de l'habitat des personnes âgées en milieu rural pour mieux prendre en compte ces populations fragiles. À partir du constat de 10 % de logements potentiellement indignes et d'un taux important d'insalubrité en milieu rural, il s'agit de préciser les déterminants pour qualifier les conditions d'habitat des personnes âgées en milieu rural, de les analyser et de faire des propositions d'amélioration ; ces déterminants seront élargis à l'urbanisme, à l'offre en équipements et en services. Cette étude doit être conduite en collaboration avec la DRJSCS, la DREAL, les conseils généraux, l'ANAH, l'ORS.

À noter que le **Pôle de gérontologie interrégional Bourgogne Franche-Comté (PGI)**, travaille sur la consommation alimentaire des séniors avec le recensement de leurs besoins et attentes et de l'offre existante sur le marché. Il s'agit de développer une adaptation des produits et services ou des solutions innovantes au sein des entreprises (ex. : pain sénior répondant aux besoins nutritionnels des personnes âgées, pour la prévention de la dénutrition).

Enfin, **la partie ambulatoire du SROS** prévoit d'améliorer la diffusion de l'information à destination des professionnels de santé sur les dispositifs existants de maintien à domicile de droit commun, afin de repositionner le professionnel de 1er recours dans le maintien à domicile.

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Part des services (dispositifs de maintien à domicile) dans les ESMS pour personnes âgées (SSIAD, AJ, HT)/ département (CPOM ARS)	<p>Côte d'Or : 17,01 %</p> <p>Nièvre : 16,64 %</p> <p>Saône et Loire : 16,68 %</p> <p>Yonne : 13,94 %</p> <p>Région : 16,11 %</p>	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

### 3.2.3 Objectif général n° 20 : assurer une bonne articulation entre les différents acteurs engagés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées

Selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)<sup>32</sup>, il n'existe pas d'étude de synthèse sur le nombre moyen de professionnels de santé intervenant régulièrement auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, qui sont, par ailleurs, souvent atteintes de poly-pathologies. Il considère cependant que « pour plus de la moitié des personnes de plus de 85 ans, interviennent au domicile au moins un médecin généraliste et un infirmier, et pour 1/3 au moins un médecin généraliste et un kinésithérapeute ». À ces intervenants médicaux ou paramédicaux, il faut ajouter les intervenants de la sphère sociale puisque 97 % des bénéficiaires de l'APA à domicile ont un plan d'aide prévoyant une aide humaine et 78 % des bénéficiaires d'un service d'aide à domicile ont un autre intervenant à domicile.

La coordination entre les établissements sanitaires et les structures médico-sociales est par ailleurs insatisfaisante pour une bonne information mutuelle sur la situation des personnes.

Dans le cadre des réflexions sur la réforme de la dépendance, le groupe de travail national « accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie »<sup>33</sup> a relevé « une coordination largement insuffisante, une problématique ancienne, des réponses expérimentales puis difficilement généralisées (CLIC, MAIA, réseaux...), des structures de coordination qui existent et même se surajoutent les unes aux autres sans avoir rationalisé et amélioré pour autant la coordination ». Le système apparaît ainsi fragmenté et peu lisible, sans pilotage clair.

Le groupe de travail sur le parcours de vie des personnes âgées réuni par l'ARS, a relevé lui aussi la multiplicité des intervenants à domicile et l'insuffisance, voire l'absence de coordination entre eux ; cette situation a aussi été remarquée entre les structures sanitaires et médico-sociales : ce sujet a été considéré comme une cause importante de rupture dans le parcours des personnes âgées.

Cette problématique est aussi partagée par les schémas départementaux.

Le développement des liens entre les services à domicile, les aidants familiaux, le médecin traitant, les établissements hospitaliers et les établissements et services médico-sociaux fait partie des priorités du PSRS.

Pour tous, c'est un enjeu majeur de l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et de l'efficacité des dispositifs mis en œuvre. Il s'agit de partager et clarifier l'information des particuliers et des professionnels pour favoriser la pertinence des choix d'accompagnement ou de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 20.1</b>  <b>Soutenir la mise en place d'un dossier de suivi partagé</b> et des outils de transmission des informations pouvant être utilisés par l'ensemble des intervenants, du domicile au médecin traitant, à l'hôpital et aux structures médico-sociales à partir des expériences existantes</p>	<p>Objectif partagé avec le SROS A et le Schéma régional de prévention</p> <p>Recensement, évaluation et comparaison des expériences existantes (CODERPA 71, pays beaunois, PGI...) pour aboutir à un outil simple et efficace, type carnet/classeur de liaison, en attendant la mise en place du dossier médical partagé, lourd à développer.</p> <p>Développer les projets de vie (ex. : projet de soins individualisé de France Alzheimer)</p> <p>Travail en liaison étroite avec les différents intervenants et les conseils généraux (groupe de travail). Lien avec le dossier pharmaceutique des pharmacies</p>

<sup>32</sup> Rapport du HCAAM « Vieillesse, longévité et assurance maladie » adopté le 22 avril 2010 et rapport « Assurance maladie et perte d'autonomie » adopté le 23 juin 2011

<sup>33</sup> Groupe de travail animé par Mme Evelyne Ratte dans le cadre de la réflexion sur la réforme de la dépendance

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 20.2</b>  <b>Rendre lisible et simplifier la couverture du territoire en structures de coordination notamment en fédérant l'existant</b> (réseaux, CLIC, MAIA, guichets uniques, maisons de l'autonomie, filières gériatriques)</p>	<p>État des lieux, évaluation et comparaison des dispositifs existants, de leurs compétences et cartographie de leurs zones d'intervention. Partir des expériences qui marchent bien.</p> <p>Étude sur les modalités de coopération, les simplifications possibles à partir de l'existant, sans création de structures nouvelles et en s'appuyant sur les réflexions nationales en cours (étude ministérielle sur les réseaux...), en lien avec le SROS A.</p> <p>Idée de guichet unique</p> <p>Réaliser au moins une expérimentation par territoire de santé</p> <p>En lien avec les maisons départementales de l'autonomie</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 20.3</b>  <b>Favoriser l'information des professionnels et des aidants en lien avec les conseils généraux</b></p>	<p>État des lieux de l'existant, repérage des lacunes.</p> <p>Campagne d'information...</p> <p>Objectif partagé avec le SROS A</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 20.4</b>  <b>Renforcer le rôle des médecins coordonnateurs en EHPAD, notamment pour assurer la continuité de la prise en charge</b> (valorisation, mutualisation des postes entre EHPAD, réunions...)</p>	<p>Réseaux professionnels de médecins coordonnateurs (réseau de gériatres...)</p> <p>Formation des médecins coordonnateurs</p> <p>Conventions entre EHPAD pour partage de postes à temps plein</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 20.5</b>  <b>Améliorer la connaissance des lits disponibles en EHPAD et des listes d'attente en lien avec les conseils généraux</b></p>	<p>État des lieux des projets des conseils généraux</p> <p>Accompagner les conseils généraux dans le développement d'outils informatiques favorisant la lisibilité de l'offre disponible et des tarifs pour les particuliers, les structures de coordination... avec interface remplie par les établissements</p>

Par ailleurs, **la partie ambulatoire du SROS** vise le développement des coopérations professionnelles pour améliorer la cohérence du parcours de soins des patients, donc également celui des personnes âgées, avec les objectifs suivants :

- Favoriser l'inter professionnalité dans les enseignements permettant le partage des cultures, pour aider aux coopérations futures entre les professionnels ;
- Développer la mise en place de protocoles de coopération sur des thèmes prioritaires, en cohérence avec les orientations stratégiques du PRS ;
- Rendre plus cohérent le parcours de soins des patients en améliorant les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les structures médico-sociales ;
- Améliorer les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé (PS) libéraux et les établissements de santé pour décloisonner les relations ville/hôpital : rapprochement des réseaux de proximité avec le ou les centres hospitaliers de référence et avec les structures d'exercice regroupé du territoire ; évolution des réseaux de santé vers des réseaux pluri-thématiques ; convergence des dispositifs existants vers une plateforme de coordination territoriale des professionnels pour une prise en charge globale de la santé ; appui sur les ex-hôpitaux locaux ou hôpitaux de proximité pour consolider l'offre de 1<sup>er</sup> recours (exercice regroupé, télé-médecine...);
- Améliorer les dispositifs de coordination entre les établissements de santé et les structures médico-sociales : meilleure diffusion de l'information à destination des PS sur les dispositifs existants d'aide à domicile.

Auparavant, un travail de réévaluation des besoins à couvrir est nécessaire pour redéfinir les missions assignées aux différents dispositifs de coordination : cela recoupe l'objectif spécifique n° 20.2 sur la lisibilité et la simplification de la couverture du territoire en structures de coordination.

Dans le cadre des nouvelles technologies de l'information et de la communication, pour fluidifier la prise en charge des patients, le schéma prône le déploiement du dossier médical partagé et la poursuite du développement des portails d'information ville/établissements de santé, ainsi que le partage de l'information et des connaissances (dossiers médicaux, annuaires...) entre les PS grâce à des systèmes d'information sécurisés (messagerie sécurisée...).

À noter le rôle important que peuvent jouer les maisons de santé et les hôpitaux de proximité dans le développement de la télémédecine, notamment en milieu rural.

Enfin, le **Schéma régional de prévention** veut promouvoir un carnet de liaison sénior des professionnels intervenant au domicile de la personne encore autonome sur des territoires expérimentaux.

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Nombre d'ESMS pour personnes âgées ayant un objectif de développer les coopérations, les mutualisations, dans leur CPOM	ND	En développement, sans cible prédéfinie

### 3.2.4 Objectif général n° 21 : limiter les hospitalisations en urgence et favoriser la préparation des sorties d'hospitalisation

Dans son avis du 22 avril 2010 <sup>34</sup>, le HCAAM constate la surreprésentation des personnes très âgées aux urgences; le taux des admissions en hospitalisation ayant transité par un service d'urgence atteint plus de 40 % après 85 ans alors qu'il n'est que de 15 % pour les tranches d'âge entre 30 et 70 ans. Pour le HCAAM, cette différence ne peut pas s'expliquer que par la complexité des polyopathologies liées à l'âge; elle est le résultat de « *demandes de soins qui n'ont pas su ou pu trouver à temps, soit une réponse préventive adaptée, soit un cheminement plus direct vers l'intervention requise en services aigus de médecine ou de chirurgie* ». On est donc ici surtout face à « *un dysfonctionnement dans l'organisation des soins à l'égard des personnes les plus âgées* », qui est dangereux pour ces personnes fragiles et engendre des dépenses inutiles pour le système de santé. La notion d'efficacité trouve donc ici toute sa place dans la recherche d'une qualité des soins coordonnés à organiser autour de la personne âgée qui devrait entraîner une diminution des dépenses individuelles moyennes de soins au grand âge, alors qu'elles sont actuellement en constante augmentation à partir d'un seuil de 75/85 ans.

Le rapport du HCAAM avait retenu la durée moyenne de séjour (DMS) comme « marqueur » des difficultés dans le parcours du patient au sein et en aval de l'hôpital. Le secrétariat du HCAAM a approfondi cette notion sur la base de données PMSI 2009 et pour 6 affections<sup>35</sup> fortement invalidantes touchant en particulier les personnes âgées, par lieux de résidence des patients. Il en résulte pour la région, que la Nièvre et la Saône-et-Loire, départements les plus vieillissants, ont une forte augmentation de la DMS avec l'âge, alors que la Côte-d'Or et l'Yonne ont une augmentation proche de la moyenne nationale. Ces écarts qui existent déjà pour tous les âges, sont donc amplifiés avec l'avancée en âge. Les explications sont difficiles à dégager : une DMS plus longue serait en lien avec une faible densité de professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes), mais aussi avec une densité plus importante d'EHPAD, de SSIAD et d'USLD, ce qui paraît surprenant.

Le groupe de travail sur le parcours de vie des personnes âgées a lui aussi souligné l'importance de rationaliser l'accès aux urgences et à l'hospitalisation car celles-ci sont souvent à l'origine d'une dégradation de l'autonomie des personnes.

<sup>34</sup> Rapport du HCAAM « Vieillesse, longévité et assurance maladie » adopté le 22 avril 2010

<sup>35</sup> 6 affections qui touchent particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie : affections du système nerveux, de l'appareil respiratoire en médecine, de l'appareil circulatoire en médecine, de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif en médecine et chirurgie, les maladies et troubles mentaux en médecine; cf. p.127 du rapport du HCAAM sur Assurance maladie et perte d'autonomie



En tant que financeurs de services d'aide à domicile, les conseils généraux sont également impactés par ce problème de la sortie d'hospitalisation des personnes âgées.

En Bourgogne/Franche-Comté, suite à une expérimentation sur l'aide à la sortie d'hospitalisation conduite en 2007 par la CNAVTS, la MSA et le RSI, le GIE regroupant les 3 régimes met en œuvre pour leurs assurés en GIR 5 et 6, un dispositif « sortie d'hospitalisation » (SH) avec une aide de très courte durée aux sorties d'hospitalisation (3 semaines hors week-end, 25 h d'aide ménagère, pour un montant de 530 € maximum en 2011), avec une évaluation des besoins dans les 48 h avant la sortie pour une intervention de l'aide à domicile dès la sortie de l'hôpital. Le dispositif a été inscrit dans les CPOM des établissements sanitaires qui ont donc mis en place des procédures spécifiques.

Une évaluation médico-économique sur quelques dossiers montre que la durée d'hospitalisation est réduite dans plus d'une situation sur 5 et que par extrapolation, l'économie nette (=journée d'hospitalisation évitée - coût par personne aidée) est de 540 € / bénéficiaire. Le dispositif concerne actuellement pour la seule CARSAT, 3000 sorties par an et avec plus de 100 signalements par semaine, il est en plein développement.

Parallèlement, la CNAVTS a mis en place une aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) pouvant atteindre jusqu'à 1800 € d'aide sur 3 mois et qui est un plan d'urgence accéléré par rapport aux plans d'aide classiques aux assurés. La SH et l'ARDH sont appelées à fusionner d'ici fin 2011 dans des conditions qui sont en cours de discussion.

Par ailleurs, l'ARS a commandé au pôle gérontologique interrégional (PGI) une étude sur les hospitalisations évitables (non médicalement justifiées) des résidents en EHPAD pour répondre à deux constats : le caractère déstabilisant de l'hospitalisation sur les personnes âgées et les conditions d'accueil dans des services d'urgence souvent surchargés. Cette étude doit être menée à partir d'un protocole centré sur une grille de critères médicaux validés par l'HAS, étendue à des critères sociaux et médico-sociaux. Les points de vue des services des urgences et des EHPAD seront recueillis. Les résultats de l'étude, prévus pour début 2012, serviront d'appui aux solutions à privilégier et à généraliser.

La gestion intra-hospitalière des entrées, hospitalisations et sorties des personnes âgées sera aussi à renforcer et à professionnaliser, à côté des progrès attendus dans les structures médico-sociales qui doivent pouvoir prendre en charge certains résidents « lourds » ne nécessitant pas d'hospitalisation complète, en recourant notamment à l'hospitalisation à domicile (HAD)<sup>36</sup>.

Enfin, dans son rapport sur la mort à l'hôpital<sup>37</sup>, l'IGAS constate que les décès de personnes âgées sont loin d'être tous des fins de vie pathologiques nécessitant une hospitalisation complète alors que près de 50 % des 85 ans et plus meurent à l'hôpital ou en clinique, 20,5 % en maison de retraite et 28 % à domicile.

Dans le volet HAD du SROS, il a été constaté que les soins palliatifs ont constitué l'activité la plus importante de l'HAD : une articulation avec les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) est nécessaire.

Au final, il s'agit de réduire les recours aux urgences et les hospitalisations non médicalement justifiés pour les personnes âgées à domicile ou en EHPAD.

<sup>36</sup> Rapport IGAS de novembre 2010 sur l'hospitalisation à domicile

<sup>37</sup> Rapport IGAS 2009 «la mort à l'hôpital»

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 21.1</b>  <b>Améliorer la prise en charge en EHPAD</b>, pour notamment éviter les hospitalisations ou réduire leur durée,</p>	<p>Orientations des mesures nouvelles dans le cadre des conventions tripartites.                      Augmentation du temps médical et paramédical                      Organisation d'astreintes d'IDE partagé                      Recours à la Télémédecine                      Renforcement des équipes mobiles de gériatrie                      Mise en service d'un numéro d'appel en gériatrie 24 h/24                      Expérimentation de plateformes de service</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 21.2</b>  <b>Développer des réponses adaptées aux situations d'urgence sociale</b> lors des sorties d'hospitalisation (préparation des sorties d'hôpital par le biais d'une coordination renforcée, dispositifs relais d'aide à domicile, accueil en urgence dans les hébergements temporaires, ou en EHPAD...)</p>	<p>S'appuyer sur l'expérience des caisses retraite pour les sorties d'hospitalisation                      Liens avec les conseils généraux et notamment les plans d'aide APA                      Liens avec la filière gériatrique                      Développer les hébergements temporaires dans des EHPAD ayant une astreinte d'IDE 24 h/24                      Voir objectif général 20 sur l'articulation des différents acteurs.</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 21.3</b>  <b>Développer le recours à l'hospitalisation à domicile, aux équipes mobiles de gériatrie et aux équipes mobiles de soins palliatifs à domicile et en EHPAD, en recherchant les articulations entre ces différents intervenants</b></p>	<p>Sensibilisation des médecins traitants                      Liens avec le SROS                      Conventions entre HAD, établissements de santé et EHPAD en fixant des objectifs de réduction des hospitalisations en nombre et en durée                      Liens avec la filière gériatrique                      Conventions de partenariat entre établissements de santé et ESMS avec réunions interdisciplinaires</p>

Par ailleurs, **la partie hospitalière du SROS** comporte des orientations complémentaires à celles du SROMS qui peuvent concerner ou concernent les personnes âgées :

### /// Pour la médecine d'urgence

- Mieux articuler la ville (PDSA) et les urgences pour garantir la bonne organisation territoriale en amont de l'arrivée aux urgences, en privilégiant l'implantation de la régulation libérale au sein des centres 15 ;
- Veiller au développement des organisations alternatives de prise en charge dans le premier recours ;
- Élaborer une filière spécifique « personnes âgées » pour chaque territoire en s'appuyant sur plusieurs recommandations visant à favoriser la présence d'équipes mobiles de gériatrie aux urgences, les conventions entre les dispositifs de coordination et les services des urgences, ainsi que le développement des structures d'hébergement temporaire au sein des EHPAD en procédure d'urgence.

### /// Pour l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR)

- Articuler les SSR avec mention « personne âgée » avec les autres structures de la filière gériatrique selon des modalités à inscrire dans la convention constitutive de la filière ;
- Articuler l'offre de SSR avec l'offre médico-sociale ;
- Renforcer les structures de SSR en personnel médical et paramédical ;
- Développer et structurer les équipes mobiles de gériatrie dans leurs missions d'évaluation et d'orientation pour les personnes âgées qui le nécessitent, avant leur admission en SSR ;
- Améliorer le rôle d'expertise et de recours des SSR avec mention « personne âgée », dans le cadre de leurs compétences rééducatives, par le développement de l'HDJ ;
- Permettre aux sites référents identifiés et/ou préconisés dans le volet relatif à la prise en charge des personnes âgées du SROS 2006-2011, de disposer d'une unité de SSR avec mention « personne âgée » en hospitalisation complète et en en hospitalisation de jour (HDJ) ;
- Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation complète (hôpital de jour, HAD...).



**/// Pour l'hospitalisation à domicile**

- Prévoir une organisation de structures HAD dont le rayon d'intervention ne dépasserait pas 30 km à partir d'un site référent ou d'une antenne afin de faciliter la prise en charge des patients ;
- Prévoir en zones rurales la mise en place d'antennes HAD, dépendantes de structures autorisées référentes ;
- Prendre en charge les patients dans le cadre d'une filière de soins à domicile par des conventions entre structures HAD autorisées, SSIAD, maisons de santé, centres infirmiers, établissements hospitaliers, établissements médico-sociaux, professionnels libéraux, réseaux, permettant l'organisation de cette filière, le recours aux compétences médicales et paramédicales nécessaires ;
- Favoriser le recours à la prescription de soins en HAD dans les EHPAD pour éviter le recours à l'hospitalisation ;
- Développer le recours à la télémédecine en HAD (ex. : télésurveillance, téléconsultation) afin d'améliorer le suivi du patient.

**/// Pour les unités de soins de longue durée**

- Revoir la répartition des implantations au sein de la région en fonction des besoins ;
- Permettre aux 9 centres référents de gériatrie de disposer de filières gériatriques complètes ;
- Développer la prise en charge spécifique des patients atteints de maladie d'Alzheimer (via la création d'Unités d'Hébergement Renforcées dans les USLD) ;
- Favoriser au sein d'un établissement le transfert interne des patients ne relevant plus de la réanimation vers les services USLD ;
- Favoriser le transfert entre les USLD et les structures médico-sociales (EHPAD, SSIAD) afin de permettre une prise en charge adéquate des patients.

**/// Pour les soins palliatifs**

- Mettre en place un réseau de soins palliatifs dans chacun des territoires de santé ;
- Renforcer le rôle des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ;
- Mettre en place des formations spécifiques et organiser le recours à des spécialistes de la prise en charge de la douleur ;
- Assurer la prise en charge des soins palliatifs, notamment en EHPAD et à domicile, sur les zones non couvertes (notamment Côte-d'Or et Saône-et-Loire), en développant les interventions des équipes mobiles de soins palliatifs et/ou des réseaux ;
- Favoriser le maintien à domicile des patients requérant des soins palliatifs ;
- Améliorer la connaissance de la culture palliative des professionnels de santé, libéraux et médico-sociaux ;
- Favoriser le maintien des patients au sein des établissements médico-sociaux (ESMS), notamment pour éviter les hospitalisations en urgence ou injustifiées ;
- Améliorer l'aide aux aidants.

**/// Pour la santé mentale**

Le vieillissement général de la population concerne également les malades mentaux dont la prise en charge va nécessiter de :

- Mettre en place des équipes mobiles de gérontopsychiatrie (sur la base de celles déjà existantes) pour favoriser le maintien à domicile ou en EHPAD des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. Ces équipes contribueront à l'organisation des soins (filiales de soins, réseaux) et formeront les équipes professionnelles, en particulier des EHPAD ;
- Développer le partenariat secteurs psychiatriques/équipes mobiles de gérontopsychiatrie/EHPAD et réserver du temps d'hôpital de jour pour l'accueil des personnes âgées ;
- Définir des unités spécifiques dans les structures d'accueil de longue durée existantes (psychiatrie ou gériatrie) ou des EHPAD spécifiques pour les patients vieillissants souffrant de troubles psychiatriques anciens ;
- Définir des organisations spécialisées pour l'accueil en urgence des patients dans les unités de gérontopsychiatrie existantes, permettant la réalisation de soins de gérontopsychiatrie aigus ;

### /// Soutenir l'autonomie des personnes âgées ● ● ● ●

- S'appuyer sur les structures institutionnelles gériatriques actuelles ou à venir pour les patients souffrant de démences : UCC (unités cognitivo comportementales) et UHR (unités d'hébergement renforcé);
- Poursuivre la formation des personnels médicaux et paramédicaux (diplôme interuniversitaires – DIU de gérontopsychiatrie).

### /// Pour le cancer

- Consolider et formaliser les complémentarités entre les établissements autorisés à traiter le cancer et la filière d'aval (SSR, EHPAD, SSIAD, HAD, réseaux...) pour le suivi du patient et articuler le dispositif de traitement du cancer avec les champs médico-social et social.

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Nombre de personnes de + de 80 ans accueillies en services de médecine d'urgence	Indicateur national en cours de construction	

#### 3.2.5 Objectif général n° 22 : accompagner et soulager les aidants familiaux

La place des aidants dans le secteur médico-social et notamment des personnes âgées est particulièrement centrale. Dans son avis sur la réforme de la dépendance, le Haut Conseil pour la Famille estime à 2,8 millions le nombre d'aidants familiaux dont 700 000 à 750 000 en relation avec un bénéficiaire de l'APA.

L'un des enjeux est de prévenir l'épuisement des aidants, il est « d'aider l'aidant pour qu'il aide mieux ».

Le Plan Solidarité Grand Âge a prévu un soutien aux aidants familiaux par le développement d'une offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour faciliter le maintien à domicile.

Le Plan Alzheimer 2008/2012 développe notamment les AJ et HT mais aussi des formules diversifiées de répit et d'accompagnement pour les aidés et les aidants (plateformes de répit et d'accompagnement), la labellisation de portes d'entrée uniques que sont les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), la formation des aidants (2 jours par France Alzheimer). La première attente des aidants est l'accès à l'écoute individuelle, à un lien avec un professionnel, ce qui implique que les prestations de coordination et d'offre de répit ne suffisent pas.

Le Plan de développement des soins palliatifs 2008/2012 met en place un soutien des proches et des aidants en proposant un accompagnement et des formations en soins palliatifs et l'intervention de gardes malades à domicile

La réalisation d'un diagnostic des besoins des aidants est un exercice nouveau et difficile car les aidants constituent une population nombreuse et diverse, dont les besoins de soutien et de relais varient selon la lourdeur des cas aidés, le contexte familial, financier et territorial, une proportion importante ne réclamant aucune aide.

Le PGI envisage donc de démarrer d'ici un an une étude sur une cohorte de 2500 à 8000 aidants, selon les moyens financiers et humains mobilisés, en partenariat avec le Canada. Il s'agit de suivre les personnes aidant un proche de Bourgogne/Franche-Comté âgé de 60 ans ou plus, atteint d'une des 6 pathologies suivantes : AVC, cancer du sein, de la prostate ou du colon-rectum, dégénérescence maculaire liées à l'âge, insuffisance cardiaque, maladie d'Alzheimer ou apparenté, maladie de Parkinson.

Par ailleurs, le PGI a organisé le 6 octobre 2010 la 1<sup>re</sup> journée nationale des aidants. Il prévoit également une campagne de communication permanente sur 3 ans en direction des aidants sur l'identification de la position d'aidant, la lutte contre l'isolement de l'aidant et les alternatives de répit offertes.

Le soutien aux aidants fait également partie des priorités des schémas départementaux.

Au final, il s'agit d'offrir aux aidants une information accessible et claire ainsi que des dispositifs de répit diversifiés

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 22.1</b>  <b>Développer l'offre de répit AJ/HT (cf. restructurer l'offre existante pour privilégier le maintien et l'accompagnement à domicile)</b></p>	<p>Reprendre l'expérience de la MSA qui a développé un service de remplacement des aidants                      Voir objectifs sur le maintien à domicile</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 22.2</b>  <b>Développer les lieux d'échanges pour les aidants</b>                      (« bistrot » des aidants, café Alzheimer, groupe de parole...)</p>	<p>Section 4 de la CNSA                      Voir propositions du groupe de travail 1 du débat sur la dépendance                      n° de téléphone unique dans chaque département, plateformes de répit, postes de gestionnaires de cas...                      Formations France Alzheimer                      Financement de l'étude du PGI sur les aidants</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 22.3</b>  <b>Contribuer à la formation des aidants à l'accompagnement de la fin de vie</b></p>	<p>S'appuyer sur les mesures du plan de développement des soins palliatifs                      Rapprochement avec les EMSP                      Travail avec le PGI</p>

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<p><b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b></p>	<p>Part des AJ et HT dans l'offre globale pour personnes âgées</p>	<p>Côte d'Or : 4,26 %                      Nièvre : 2,05 %                      Saône et Loire : 3,46 %                      Yonne : 3,06 %                      Région : 3,37 %</p>	<p>Côte d'Or : 4,58 %                      Nièvre : 2,70 %                      Saône et Loire : 3,76 %                      Yonne : 3,64 %                      Région : 3,80 %</p>

### 3.2.6 Objectif général n° 23 : améliorer la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées

La notion de qualité de la prise en charge est très vaste : ici elle reprend surtout les orientations du PSRS sur la prise en charge des situations insuffisamment prises en compte ainsi que la qualification des personnels.

Dans l'ensemble de la région se posent de réelles difficultés de recrutement de personnel qualifié tant en EHPAD que pour les services de soins infirmiers à domicile (aides-soignantes, AMP, IDE mais aussi kinésithérapeutes, médecins coordonnateurs...).

Contrairement à l'offre hospitalière et médico-sociale qui place la Bourgogne parmi les régions les mieux dotées, l'offre ambulatoire situe la région en dessous de la médiane des régions françaises : en effet, la densité des médecins généralistes, des chirurgiens dentistes mais aussi des masseurs-kinésithérapeutes et d'infirmiers y est inférieure à la majorité des régions et ceci malgré l'augmentation des quotas de formation. La progression des effectifs se heurte notamment au vieillissement des professionnels et à un problème de répartition géographique. Il constitue la problématique de la partie ambulatoire du SROS qui répond de manière directe à la première des cinq priorités du PSRS « l'organisation de l'offre de santé de proximité, dont les soins de premier recours et leur articulation avec la prévention, les soins de second recours et le domaine médico-social ».

Pour l'avenir, le problème du recrutement de personnels formés (infirmières, aides-soignants, AMP, psychomotriciens, ergothérapeutes...) doit impérativement être résolu pour accompagner les créations de places nouvelles prévues dans la programmation. À titre d'exemple, le tableau ci-dessous retrace les postes créés dans les EHPAD dans le cadre de la campagne budgétaire régionale 2010.

**Nombre de postes (en ETP) créés sur 2010 pour les EHPAD en Bourgogne :**

professions	nombre de postes
Médecin coordonnateur	2,75
AS-AMP	140,35
IDE	42,43
Ergothérapeute	5,4
Kinésithérapeute	4,15
Psychomotricien	2,3
Pharmacien	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>198,68</b>

Il est constaté une qualification insuffisante des professionnels et des connaissances insuffisantes pour accéder aux formations qualifiantes et notamment passer les épreuves de sélection, ce qui est le cas pour les aides-soignants.

C'est ainsi que le contrat d'objectif 2011/2015 des métiers du social du conseil régional apporte un soutien particulier à la VAE et à l'apprentissage et expérimente avec l'ARS et la DRJSCS des tronc communs aide-soignant/auxiliaire de vie, une formation préparatoire de demandeurs d'emploi au concours d'entrée à la formation d'aide-soignant...

Enfin, dans le cadre de la prise en charge des malades d'Alzheimer ou maladies apparentées, il faut relever le besoin en compétences professionnelles nouvelles (psychologue, psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute, assistant de soins en gérontologie...) pour adapter les stratégies de prises en charge (activités structurées, rééducation de l'orientation, groupes de validation cognitive...).

La qualification des personnels fait également partie des schémas départementaux et concerne tant les établissements que les services d'aide à domicile (58 % des aides à domicile sont sans qualification <sup>38</sup> Les conseils généraux de la Nièvre, Saône-et-Loire et de l'Yonne ont mobilisé la section IV du budget de la CNSA qui dispose de ressources spécifiquement dédiées à la modernisation et à la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile, par signature de conventions sur 3 ans.

Le Plan national Alzheimer très cadré, dégage des objectifs et des moyens financiers ciblés qu'il s'agit de mettre en œuvre dans les délais selon la feuille de route transmise à la directrice générale de l'ARS. L'enjeu est ici de trouver des promoteurs de projets correspondant aux cahiers des charges, d'assurer le maillage du territoire et d'évaluer les modes de fonctionnement des structures existantes.

Enfin, le groupe de travail thématique du SROMS sur les personnes âgées au domicile a soulevé les difficultés d'accueil en EHPAD rencontrées par certaines personnes nécessitant des prises en charge particulières : soins médicaux coûteux, obésité...

Au final, il s'agit d'assurer une prise en charge adéquate grâce à des personnels qualifiés et à une adaptation des organisations aux problématiques des personnes âgées.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 23.1</b>  <b>Favoriser la qualification et la formation</b> des personnels en EHPAD et dans les SSIAD (Alzheimer, bien-être, fin de vie...)</p>	<p>Plans de formation des établissements et services et des grands opérateurs (Uniformation, ANFH...)</p> <p>Mobilisation de la section 4 de la CNSA pour la professionnalisation du secteur</p> <p>Exigence de recrutement de personnel qualifié dans les conventions tripartites et contrats</p> <p>Poursuite de la collaboration avec le conseil régional, la DRJSCS...</p>

<sup>38</sup> Enquête nationale Uniformation en 2008 sur l'aide à domicile

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 23.2</b>  <b>Favoriser le recours à des médecins et paramédicaux salariés en EHPAD</b> pour faciliter les recrutements, améliorer les prises en charge, rationaliser les dépenses</p>	<p>Valoriser le salariat en EHPAD                      À inscrire dans les révisions des conventions tripartites et contrats</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 23.3</b>  <b>Mettre en œuvre sur la région les orientations du plan Alzheimer</b> (SSIAD spécialisés, plateformes de répit, Accueil de jour, UHR, PASA...) en recherchant un maillage territorial</p>	<p>Mise en œuvre de la feuille de route d'avril 2011 sur les objectifs du plan en Bourgogne                      Réseau RESEDA                      Comité régional Alzheimer</p>
<p><b>Objectif spécifique n° 23.4</b>  <b>Promouvoir l'accès aux EHPAD des personnes nécessitant des dispositifs et des soins médicaux coûteux ou des prises en charge particulières</b> (ex. : personnes obèses)</p>	<p>Appui des réseaux spécialisés sur certaines pathologies                      Formation des personnels</p>

Par ailleurs, à côté du développement des terrains de stage en ambulatoire, des aides à l'installation et de l'information des professionnels, **la partie ambulatoire du SROS** a des objectifs qui concernent notamment le secteur médico-social :

- s'assurer de l'insertion dans les cours et les informations aux étudiants des thèmes relatifs à l'éducation à la santé, à la connaissance des handicaps et à la gérontologie
- favoriser l'inter-professionnalité dans les enseignements

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	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

### 3.3 Organisation et objectifs de répartition de l'offre

La mise en œuvre des objectifs généraux et spécifiques précédemment définis se traduit par une évolution de l'offre médico-sociale régionale, qui répond aux principaux enjeux de ce secteur, notamment :

- Une logique de diversification de l'offre et de rééquilibrage entre l'offre institutionnelle et l'offre de services, pour favoriser le maintien à domicile et le respect des choix de vie,
- Un rééquilibrage de l'offre régionale par la réduction des inégalités territoriales, afin d'assurer une réponse de proximité sur l'ensemble de la région,
- Le développement des actions de coopération, de mutualisation et regroupement d'activité (GCSMS...)

Les principaux indicateurs quantitatifs disponibles, permettant de cadrer ces différentes évolutions de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées, sont les suivants :

- les taux d'équipement départementaux déclinés par type de structure,
- la répartition des ressources au sein de la région (euros par habitant), en faveur des différents équipements et départements,
- la proportion entre accueil institutionnel et dispositifs de maintien à domicile,
- les perspectives démographiques à 2015.

### 3.3.1 La stratégie d'évolution des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

En Bourgogne, entre le 31/12/2007 et le 31/3/2011, l'offre en places de SSIAD est passée de 2 924 à 3510 places, soit + 586 places, en progression de 20 %, sous l'impulsion du Plan Solidarité Grand Âge (PSGA) et du plan Alzheimer, mais des besoins subsistent dans une région très vieillissante et en manque d'infirmiers libéraux, en particulier dans les zones rurales.

À noter que le bilan du PSGA montre que la cible de 36 000 places de SSIAD ne serait atteinte qu'à 65 % au niveau national, ce qui laisserait un potentiel important de création de places nouvelles.

Actuellement, 2 équipes de SSIAD spécialisées Alzheimer sont reconnues en Côte-d'Or, 1 dans la Nièvre, 1 en Saône-et-Loire et 1 dans l'Yonne.

Le tableau ci-dessous présente le niveau de ressources consacré aux SSIAD, par référence à la campagne budgétaire 2010, au regard de la densité d'infirmiers libéraux et des taux d'équipement :

SSIAD	75 ans et plus en 2011	dotations SSIAD au 31/12/2010	Montant en euros par hab en 2011	taux d'équipement 2011	Densité en infirmiers libéraux au 1/1/2009 (source STATISS 2010)
Côte-d'Or	48 542	14 338 642 €	295	19,98	95
Nièvre	29 301	7 803 724 €	266	21,4	79
Saône-et-Loire	65 317	14 655 445 €	224	18,4	110
Yonne	38 102	7 517 598 €	197	18,66	96
Région	<b>181 262</b>	<b>44 315 409 €</b>	<b>244</b>	<b>19,36</b>	<b>98</b>
France métropolitaine				19,2 en 2009	118

Source : ARS Bourgogne : campagne budgétaire 2010

#### /// La stratégie de l'ARS est la suivante :

- L'orientation du SROMS de Bourgogne vers le maintien à domicile pour le respect des choix de vie des personnes âgées tend à développer les places de SSIAD pour rendre effectif le maillage du territoire ;
- En effet, si la couverture de l'ensemble de la région par les SSIAD est assurée en termes d'arrêtés d'autorisation, dans les faits, on constate des zones mal couvertes, les SSIAD n'intervenant pas dans les zones éloignées qui pourtant relèvent de leur secteur parfois très vaste, ou n'intervenant pas 7 jours sur 7 ;
- Des études sont nécessaires pour affiner les besoins locaux, revoir les modes d'organisation de certains services et approfondir la question des zones frontalières entre départements. En effet, la taille critique de certains SSIAD pose des questions d'efficacité et pousse à la restructuration du secteur ;
- Il est nécessaire d'articuler les SSIAD et l'HAD, notamment pour les prises en charge de personnes âgées présentant des poly pathologies. On constate aussi des glissements de tâches des SSIAD vers les services d'aide à domicile ;
- La coordination entre les SAD et les SSIAD est nécessaire et doit être développée ;
- Une partie des créations de places complémentaires de SSIAD devra être financée par redéploiement :
  - de places vacantes d'EHPAD
  - de l'enveloppe sanitaire dans le cadre de la fongibilité asymétrique prévue par la loi HPST.

Le CPOM de l'ARS prévoit un taux de 16.4 % de services dans l'offre globale pour personnes âgées : cette part régionale est de 13.37 % de SSIAD en 2011, avec des inégalités territoriales allant de 16.96 % dans la Nièvre à 11.78 % dans l'Yonne.

461 à 546 places sont prévues au SROMS, avec un objectif de réduction des écarts territoriaux, prioritairement en Saône-et-Loire et dans l'Yonne, le taux d'équipement régional passant à plus de 21 ‰ au lieu de 19,3 ‰ en 2011. L'hypothèse basse réduit davantage les écarts entre les départements mais éloigne de l'objectif du CPOM, l'hypothèse haute favorise un peu la Côte-d'Or mais elle est dans la logique du développement des SSIAD. La part des services dans l'offre passerait ainsi à plus de 14 %, hors SSIAD spécialisés Alzheimer.

	Écart en TE à la moyenne en SSIAD en 2011	écart à la moyenne en 2011 en SSIAD si + 461 places de SSIAD : hypothèse basse	Ecart à la moyenne obtenu en 2016 si + 546 places de SSIAD : hypothèse haute
<b>Côte-d'Or</b>	0,62	-0,05	1,18
<b>Nièvre</b>	2,04	1,37	0,91
<b>Saône-et-Loire</b>	-0,96	-0,42	-0,88
<b>Yonne</b>	-0,7	-0,26	-0,71
<b>Bourgogne</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Le détail des objectifs en places de SSIAD par territoire à l'horizon 2016 figure ci-dessous ; les coûts ont été estimés à partir de coûts de référence actualisés (11 000 €) :

	Capacité financée au 31/03/2011	Taux 2011	Nb de places supplémentaires prévues au SROMS à l'horizon 2016	Taux atteint en 2016 (Pop. 2015)	Commentaires	chiffage financier (coût moyen indicatif : 11 000 €)	total places en 2016
<b>Côte-d'Or</b>	970	19,98	100 à 185	21,23 à 22,91	L'objectif de 185 places fait suite à une étude de besoins, notamment sur l'agglomération dijonnaise mais accentue les inégalités entre départements	1 100 000 à 2 035 000	1 070 à 1155
<b>Nièvre</b>	627	21,40	50	22,64	Renforcement des SSIAD PA existants	550 000	677
<b>Saône-et-Loire</b>	1 202	18,40	198	20,85	Pas de ciblage des bassins concernés mais priorité à ceux qui sont déficitaires en infirmiers libéraux ou pour permettre la création de petites unités de vie	2 178 000	1 400
<b>Yonne</b>	711	18,66	113	21,02	Projet du CG 89 de CPOM avec l'UNA pour une articulation obligatoire entre les SSIAD et les SAD, voire à terme le développement de SPASAD	1 243 000	824
<b>Bourgogne</b>	3 510	19,36	<b>461 à 546</b>	21,27 à 21,73		<b>5 071 000 à 6 006 000</b>	3 971 à 4 056

Chiffrage financier SSIAD		
Chiffrage total (coût moyen : 11 000 €)	Dont redéploiement de crédits sanitaires	Dont mesures nouvelles
<b>5 071 000 à 6 006 000 €</b>	<b>2 000 000 €</b>	<b>3 071 000 à 4 006 000 €</b>

### 3.3.2 La stratégie d'évolution de l'offre de répit accueil de jour (AJ) et de l'hébergement temporaire (HT)

Les AJ/HT, dispositifs favorisant le maintien à domicile, sont financés de façon conjointe par l'assurance maladie, les conseils généraux (par le biais de l'APA et de l'aide sociale) et les usagers.

Des études nationales les présentent comme des dispositifs parfois opaques, sans projet précis et rattachés pour la plupart à des EHPAD dont ils sont les portes d'entrée. C'est ainsi que le SROMS prévoit une évaluation de ces dispositifs. Ce sont les accueils de jour autonomes qui fonctionnent le mieux.

Il faut souligner ici l'importance de l'organisation des transports pour la fréquentation des accueils de jour dont le développement doit impérativement tenir compte.

Par ailleurs, on retrouve le même problème que dans le secteur du handicap où certains gestionnaires ont des difficultés pour maintenir des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire pour des raisons financières (frais de transport, absence de recettes en cas de vacance temporaire); la tarification des places d'accueil temporaire n'est pas incitative et cela freine leur développement.

Le SROMS et les schémas départementaux incitent au développement des structures d'AJ et HT pour promouvoir le maintien à domicile des malades d'Alzheimer et soulager les aidants familiaux.

#### /// L'accueil de jour (AJ)

En Bourgogne, entre le 31/12/2007 et le 31/3/2011, l'offre en places d'AJ est passée de 133 à 474 places, soit + 341 places, en progression de 256 %, sous l'impulsion notamment du Plan Alzheimer.

Si la Bourgogne (2,61 ‰ en 2011) est mieux dotée que la moyenne nationale (1,69 ‰ en 2009), on constate des inégalités territoriales entre milieu urbain et milieu rural le maillage est inégal avec des zones blanches, la Nièvre (1,81 ‰) et la Saône-et-Loire (2,19 ‰) étant les moins dotées.

429 places d'AJ ont été autorisées sur plus de 80 établissements mais une quarantaine d'établissements ne sont pas en conformité avec la circulaire du 25 février 2010 (6 places minimum dans les EHPAD ou 10 places pour un AJ autonome, 30 % de majoration du forfait journalier de transport financé par l'assurance maladie pour organiser des transports adaptés ou atténuation du tarif journalier si les familles assurent elles-mêmes les transports). Un état des lieux national des régions est en cours pour fixer des objectifs de mise en conformité, en concertation avec les conseils généraux : cela se traduira par des augmentations de capacité, des fermetures, des regroupements ou des dérogations dans le cas où l'éloignement géographique justifie le maintien d'une structure de moins de 6 ou 10 places.

La circulaire du 30 juin 2011 sur la généralisation des plateformes de répit, portées par des accueils de jour d'au moins 10 places, précise le cahier des charges et prévoit 4 plateformes à installer en 2011 et 2012 en Bourgogne.

#### Objectifs en places d'accueil de jour et chiffrage financier à l'horizon 2016

	Capacité financée au 31/03/2011	Taux 2011	Nombre de places supplémentaires prévues au SROMS à l'horizon 2016	Taux atteint en 2016 (Pop. 2015)	chiffrage financier (coût moyen indicatif : 11 000 €)	total places en 2016
<b>Côte-d'Or 5(*)</b>	162	3,34	16	3,53	176 000	178
<b>Nièvre</b>	53	1,81	20	2,44	220 000	73
<b>Saône-et-Loire</b>	143	2,19	30	2,58	330 000	173
<b>Yonne</b>	116	3,04	15	3,34	165 000	131
<b>Bourgogne</b>	474	2,61	<b>81</b>	2,97	<b>891 000</b>	555

(\*) Le schéma gérontologique départemental est en cours d'élaboration (fin 2012). Cet objectif pourra être révisé en fonction des objectifs arrêtés dans le schéma du CG 21



Chiffrage financier Accueil de jour		
Chiffrage total (coût moyen : 11 000 €)	Dont redéploiement de places d'établissements en places de services	Dont mesures nouvelles
<b>891 000 €</b>	<b>0</b>	<b>891 000 €</b>

### /// L'hébergement temporaire (HT)

En Bourgogne, entre le 31/12/2007 et le 31/3/2011, l'offre en places d'HT est passée de 90 à 373 places, soit + 283 places, en progression de 314 %.

#### Objectifs en places d'hébergement temporaire et chiffrage financier à l'horizon 2016

	Capacité financée au 31/03/2011	Taux 2011	Nombre de places supplémentaires prévues au SROMS à l'horizon 2016	Taux atteint en 2016	chiffrage financier (coût moyen indicatif : 11 000 €)	total places en 2016
<b>Côte-d'Or (*)</b>	142	2,93	30	3,41	330 000	172
<b>Nièvre</b>	7	0,24	25	1,07	275 000	32
<b>Saône-et-Loire</b>	148	2,27	45	2,87	495 000	193
<b>Yonne</b>	76	1,99	18	2,40	198 000	94
<b>Bourgogne (**)</b>	<b>373</b>	<b>2,06</b>	<b>118</b>	<b>2,63</b>	<b>1 298 000</b>	<b>491</b>

(\*) Le schéma gérontologique départemental est en cours d'élaboration (fin 2012). Cet objectif pourra être révisé en fonction des objectifs arrêtés dans le schéma du CG 21

(\*\*) Une évaluation du fonctionnement des places actuelles d'HT doit être réalisée

Chiffrage financier Hébergement temporaire		
Chiffrage total (coût moyen : 11 000 €)	Dont redéploiement de places d'établissements en places de services	Dont mesures nouvelles
<b>1 298 000 €</b>	<b>0</b>	<b>1 298 000 €</b>

### 3.3.3 La stratégie d'évolution des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

L'offre en EHPAD est passée de 19 052 places au 31/12/2007 à 21 899 places au 30/3/2011, soit + 2847 places, en progression de 14,9 %, sous l'impulsion notamment du Plan Solidarité Grand Âge (PSGA) et de la médicalisation des maisons de retraite.

À noter que la capacité en EHPAD début 2011 (21 900 lits) représente le tiers du nombre prévisionnel de personnes de 85 ans et plus en 2015 (62 000).

Les tableaux ci-dessous présentent le niveau de ressources consacré aux EHPAD puis aux EHPAD et USLD par référence à la campagne budgétaire 2010.

EHPAD	75 ans et plus en 2011	Dotation EHPAD au 31/12/2010	Montant en euros par hab en 2011	taux d'équipement 2011
<b>Côte-d'Or</b>	48 542	71 230 567 €	1 467	126,76
<b>Nièvre</b>	29 301	32 914 946 €	1 123	102,76
<b>Saône-et-Loire</b>	65 317	86 992 200 €	1 332	116,42
<b>Yonne</b>	38 102	59 780 766 €	1 569	134,66
<b>Région</b>	<b>181 262</b>	<b>250 918 479 €</b>	<b>1 384</b>	<b>120,81</b>

EHPAD + USLD	75 ans et plus en 2011	Dotation USLD + EHPAD au 31/12/2010	Montant en euros par hab en 2011
Côte-d'Or	48 542	77 004 450 €	1 586
Nièvre	29 301	40 531 748 €	1 383
Saône-et-Loire	65 317	93 555 596 €	1 432
Yonne	38 102	62 925 322 €	1 651
Région	<b>181 262</b>	<b>274 017 116 €</b>	<b>1 512</b>

Si la région est bien dotée en EHPAD, de fortes inégalités territoriales persistent.

Dans le bilan détaillé des plans de création de places<sup>39</sup>, la CNSA estime qu'à l'issue de la 4<sup>e</sup> année du Plan Solidarité Grand Âge (PSGA) 2007/2012, la cible de créations de places d'hébergement permanent a été dépassée, au détriment des SSIAD et offres de répit (AJ et HT) qui doivent donc être désormais privilégiés.

Au niveau des conseils généraux, les schémas sont adoptés à l'exception de celui de la Côte-d'Or :

➤ **En Côte-d'Or** : le schéma départemental étant en cours d'élaboration, les objectifs pourront être révisés en fonction de ses conclusions. L'objectif du SROMS de 58 places correspond à des extensions pour conforter des EHPAD existants.

Jusqu'à présent, les efforts ont porté sur la médicalisation des établissements non ou peu médicalisés, avec des créations de postes et la professionnalisation des personnels. La 2<sup>e</sup> vague de conventionnement a renforcé les EHPAD accueillant la plus forte dépendance. On note aussi le choix de la diversification des personnels (ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, art-thérapeutes, musicothérapeutes...) pour promouvoir l'accompagnement individuel et la stimulation des personnes hébergées.

Les restructurations ou reconstructions se sont accompagnées d'une incitation à une organisation du travail en petites unités de vie.

➤ **Dans la Nièvre** : le nouveau schéma 2010/2014 prévoit la création de 85 places d'EHPAD par appel à projet. Le département est par ailleurs bien doté en lits d'USLD et en SSIAD mais il reste le moins équipé en structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et en infirmiers libéraux, avec une dépense d'assurance maladie 2009 par habitant (EHPA/EHPAD/USLD/SSIAD/AIS), qui est la plus faible de la région.

200 places d'EHPAD vont ouvrir prochainement, surtout dans le Val de Loire, et il convient d'en voir les répercussions sur l'accessibilité géographique et financière.

Par contre, des EHPAD doivent être rénovés et réhabilités pour les adapter à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. D'autres sont de taille critique et des regroupements sont à envisager pour favoriser leur viabilité économique.

➤ **En Saône-et-Loire** : le schéma départemental autonomie 2010/2014 qui vient d'être adopté est dans une logique de rattrapage du retard en places d'EHPAD.

Le schéma départemental pointe 2 zones « blanches » en EHPAD : dans une vaste partie ouest du département, et dans le territoire d'action sociale de Louhans, à l'est de l'agglomération chalonaise.

Il relève aussi des besoins sur Louhans et sur le secteur de Montceau-Le Creusot-Autun

Au regard de la vétusté d'une partie du parc des EHPAD, le schéma départemental prévoit aussi la poursuite de la modernisation des établissements avec notamment le développement des lieux de vie, l'adaptation aux malades d'Alzheimer. Il envisage la création d'un label départemental qualité pour les établissements et services.

Enfin, des directions communes d'établissements se développent mais elles se limitent aux postes de direction sans toucher les autres fonctions. Il faudrait aboutir à des fusions, avec un relais permanent sur place de la direction.

➤ **Dans l'Yonne** : d'après le schéma départemental gérontologique 2009/2014, le nombre d'établissements est élevé et leur répartition est homogène : l'objectif porte donc sur l'amélioration de la qualité des services apportés.

L'inadaptation de l'architecture d'établissements anciens explique une baisse des taux d'occupation et nécessite des travaux pouvant entraîner des augmentations des tarifs.

À noter qu'un quart des résidents des EHPAD de l'Yonne vient d'un autre département, notamment de la région parisienne.

<sup>39</sup> Dossier de presse du conseil de la CNSA du 5 juillet 2011 sur le bilan détaillé des plans de création de places

/// **Sur un plan général, la stratégie de l'ARS Bourgogne, est la suivante :**

- Une étude approfondie sur les EHPAD est nécessaire, prenant en compte la répartition des GIR tant en EHPAD qu'en USLD, ainsi que les éventuelles transformations de lits sanitaires en lits médico-sociaux et l'évolution démographique des 75 ans et plus ainsi que des 85 ans et plus. Les résultats de l'enquête EHPA qui doit être actualisée en 2012 seront aussi à exploiter. Les possibilités de médicalisation par les SSIAD doivent être examinées;
- Les extensions de capacité des EHPAD existants de petite taille seront privilégiées par rapport à la création d'EHPAD, compte tenu du nombre très important de structures qui maillent le territoire;
- Les projets d'amélioration architecturale de certains EHPAD vétustes connaissant des problèmes de taux d'occupation devront être l'occasion de restructurations éventuelles, notamment par des regroupements de petits EHPAD;
- Les créations de places complémentaires en EHPAD devront être en partie financées par redéploiement :
  - des places vacantes financées dans les EHPAD existants,
  - de l'enveloppe sanitaire dans le cadre de la fongibilité asymétrique prévue par la loi HPST;

Une révision des objectifs en EHPAD pourra être faite à mi-parcours du SROMS, à mettre au regard des effets de l'accentuation de la politique de maintien à domicile préconisée par le SROMS.

**Objectifs en places d'EHPAD et chiffrage financier à l'horizon 2016**

EHPAD	Capacité financée au 31/03/2011	Taux 2011	Nombre de places supplémentaires prévues au SROMS à l'horizon 2016	Taux atteint en 2016 (Pop. 2015)	Commentaires	chiffrage (coût moyen : 11 000 €)	total places en 2016
<b>Côte-d'Or</b>	6 153	126,76	58	123,21	Le schéma gériatologique départemental est en cours d'élaboration (fin 2012). L'objectif de 58 places correspond à des extensions de capacité pour conforter les établissements existants. Il pourra être révisé en fonction des objectifs arrêtés dans le schéma du CG 21	Entre 0 et 638 000	6 211
<b>Nièvre</b>	3 011	102,76	85	103,54	Évaluation de l'impact sur les besoins, de l'ouverture de plus de 200 places d'EHPAD d'ici 2012. Les structures de petites tailles devront réfléchir à leur devenir et à des regroupements éventuels lorsqu'il y a nécessité d'une rénovation architecturale	Entre 0 et 935 000	3 096
<b>Saône-et-Loire</b>	7 604	116,42	341	118,31	Projet de création de 3 EHPAD sur Le Creusot, Louhans et Montceau-les-Mines. Extension de capacités des EHPAD du Chalonnois pour atteindre la capacité de 80 places. Voir la possibilité de redistribution de places financées mais non installées (50 places environ)	Entre 0 et 3 751 000	7 945
<b>Yonne</b>	5 131	134,66	0	130,88		0	5 131
<b>Bourgogne</b>	21 899	120,81	<b>484</b>	119,91		<b>Entre 0 et 5 324 000</b>	22 383

Chiffrage financier EHPAD		
Chiffrage total	Dont redéploiement de places d'établissements vacantes	Dont mesures nouvelles
<b>5 324 000 €</b>	<b>1 650 000 €</b>	<b>3 674 000 € à 5 324 000 €</b>

### 3.3.4 La réduction des inégalités territoriales

Observée sur les 2 principaux dispositifs que sont les EHPAD et les SSIAD, la réduction des inégalités territoriales doit être poursuivie, notamment en Saône-et-Loire et dans l'Yonne, dans un contexte financier contraint.

#### Réduction des inégalités territoriales : taux d'équipement en 2011 et 2016

	2011		Cible 2016	
	Taux équipement en places en EHPAD	Taux d'équipement SSIAD	Taux équipement en places en EHPAD	Taux d'équipement SSIAD
<b>Côte-d'Or</b>	126,76	19,98	123,21	21,23 à 22,91
<b>Nièvre</b>	102,76	21,4	103,54	22,64
<b>Saône-et-Loire</b>	116,42	18,4	118,31	20,85
<b>Yonne</b>	134,66	18,66	130,88	21,02
<b>Bourgogne</b>	120,81	19,36	119,91	21,27 à 21,73

À noter que malgré la prévision d'augmentation du nombre de places d'EHPAD, le taux d'équipement 2016 diminue du fait de l'augmentation de la population âgée de 75 ans et plus.

Par contre, l'effort significatif prévu sur les SSIAD permet une progression importante du taux d'équipement, dans la logique de la priorité du SROMS sur le maintien à domicile.

#### Réduction des inégalités territoriales : écarts à la moyenne en 2011 et 2016 en EHPAD et SSIAD

	2011		Cible 2016	
	Écart à la moyenne en taux d'équipement en EHPAD	Écart à la moyenne en taux d'équipement en SSIAD	Écart à la moyenne en taux d'équipement en EHPAD	Écart à la moyenne en taux d'équipement en SSIAD
<b>Côte-d'Or</b>	5,94	0,62	3,30	-0,05 à + 1,18
<b>Nièvre</b>	-18,05	2,04	-16,37	1,37 à 0,91
<b>Saône-et-Loire</b>	-4,40	-0,96	-1,59	-0,42 à -0,88
<b>Yonne</b>	13,85	-0,70	10,89	-0,26 à -0,71

Le tableau ci-dessus permet de vérifier la réduction des inégalités territoriales, priorité du SROMS et du PSRS.

#### Réduction des inégalités territoriales : écarts à la moyenne en 2011 et 2016 en offre globale personnes âgées (EHPAD, AJ, HT, SSIAD)

	2011		Cible 2016	
	Taux d'équipement pour 1000 hab. de 75 ans et plus	Écart à la moyenne (arrondi)	Taux d'équipement pour 1000 hab. de 75 ans et plus	Écart à la moyenne (arrondi)
<b>Côte-d'Or</b>	153	8	152 à 153	5 à 6
<b>Nièvre</b>	126	-19	130	-17
<b>Saône-et-Loire</b>	139	-6	145	-2
<b>Yonne</b>	158	14	158	11
<b>Bourgogne</b>	<b>145</b>		<b>147</b>	

La réduction des écarts dans l'offre globale tient surtout au rattrapage de la Saône-et-Loire en EHPAD et au développement des SSIAD en Saône-et-Loire et dans l'Yonne.

### 3.3.5 La maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : objectifs jusqu'en 2012 et chiffrage financier

Les objectifs chiffrés en places d'accueil de jour et hébergement temporaire du plan Alzheimer figurent dans le PRIAC et ont donc déjà été évoqués dans les dispositifs de maintien à domicile.

Le tableau ci-dessous retrace les objectifs qui ont été donnés à la Bourgogne jusqu'en 2012 en plateforme de répit, SSIAD spécialisés, PASA et UHR.

La localisation des dispositifs dépendra des résultats des appels à candidature mais un maillage territorial sera recherché.

Plate de forme de répit	Nombre existant de dispositifs	Nombre supplémentaire prévu	Objectif à fin 2012	Chiffrage financier (coût moyen : 100 000 €)
Côte-d'Or	1			
Nièvre	0			
Saône-et-Loire	1			
Yonne	0			
<b>Bourgogne</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>200 000</b>

SSIAD spécialisé	Nombre existant de dispositifs	Nombre supplémentaire prévu	Objectif à fin 2012	Chiffrage financier (coût moyen : 150 000 €)
Côte-d'Or	2 (20 places)			
Nièvre	1 (10 places)			
Saône-et-Loire	1			
Yonne	1			
<b>Bourgogne</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>1 350 000</b>

PASA	Nombre existant de dispositifs	Nombre supplémentaire prévu	Objectif à fin 2012	Chiffrage financier (coût moyen : 54 000 à 63 000 €)
Côte-d'Or	3			
Nièvre	3			
Saône-et-Loire	1			
Yonne	5			
<b>Bourgogne</b>	<b>12</b>	<b>38</b>	<b>50</b>	<b>2 052 000 à 2 394 000</b>

UHR	Nombre existant de dispositifs	Nombre supplémentaire prévu	Objectif à fin 2012	Chiffrage financier (coût moyen €)
Côte-d'Or	1			
Nièvre	0			
Saône-et-Loire	1			
Yonne	1			
<b>Bourgogne</b>	<b>3</b>	<b>6 (en USLD)</b>	<b>9</b>	<b>Montant variable selon les porteurs de projet</b>

Chiffrage financier Plan Alzheimer jusqu'en 2012		
Chiffrage total	Dont redéploiement de places d'établissements en places de services	Dont mesures nouvelles
<b>3 602 000 à 3 944 000 € + UHR non chiffrés</b>	<b>0</b>	<b>3 602 000 à 3 944 000 € + UHR non chiffrés</b>

➤ **En Côte-d'Or :** 2 projets de Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) de la FEDOSAD et du réseau santé Haute Côte-d'Or ont reçu un avis favorable mais n'ont pas été financés sur 2011.

➤ **Dans la Nièvre :** le schéma départemental 2010 /2014 prévoit le développement des modes d'accueil alternatifs (AJ, HT...) pour restructurer l'offre du département et offrir du répit aux aidants.

➤ **En Saône-et-Loire :** le schéma départemental préconise la poursuite de créations de places spécifiques Alzheimer dans le cadre des futurs appels à projets pour atteindre 10 % de l'équipement médicalisé en 2014, dans un souci de meilleure répartition territoriale.

➤ **Dans l'Yonne :** la Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer du Conseil général de l'Yonne vient d'être labellisée. Guichet unique de traitement pour une prise en charge personnalisée et graduée, la MAIA permet de faire le lien entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Le schéma départemental prévoit le développement de structures de répit innovantes (baluchonnage, accueil de nuit) ainsi qu'une identification et une évaluation des unités Alzheimer pour leur harmonisation sur la base des critères du plan Alzheimer.

De nombreux établissements ont déposé des dossiers de créations de PASA et UHR et sont candidats pour des expérimentations.

Chiffrage financier total secteur « Personnes Agées »		
Chiffrage total	Dont redéploiements	Dont mesures nouvelles
<b>12 584 000 à 13 519 000 € 3 602 000 à 3 944 000 € pour le Plan Alzheimer (UHR non chiffrés)</b>	<b>3 650 000 €</b>	<b>8 934 000 à 9 869 000 € 3 602 000 à 3 944 000 € pour le Plan Alzheimer (UHR non chiffrés)</b>

## 4<sup>e</sup> partie :

# /// Organiser la prise en charge médico-sociale des personnes confrontées aux addictions

### 4.1 Diagnostic

Les **conduites addictives**<sup>40</sup> ont des conséquences sanitaires et sociales multiples et importantes en termes de morbidité, mortalité, délinquance et désinsertion familiale et sociale. Elles constituent donc un enjeu primordial de santé, tant individuel que collectif. C'est pourquoi le schéma régional de prévention consacre une partie conséquente à ce problème.

Il existe un continuum dans les conduites de consommation, de l'usage simple à l'usage à risque, à l'usage abusif et à la dépendance. Les conduites addictives étant plurifactorielles, complexes et inhérentes à notre condition humaine, les acteurs de la prévention primaire rencontrent, lors d'interventions collectives, des personnes, jeunes ou moins jeunes, qui ont déjà un usage à risque, ou nocif, de substances psychoactives. Ils doivent pouvoir les orienter ou les accompagner vers un soin approprié. Des actions de prévention concourent ainsi à la précocité du recours aux soins, facteur de réussite de ces derniers.

Depuis une dizaine d'années, pour des raisons multiples, liées aux progrès de la recherche, à l'évolution des modes de consommation et à celle des pratiques professionnelles, la politique de santé dans ce domaine, tout en reconnaissant des aspects spécifiques - en fonction des produits : alcool, drogues illicites, tabac, médicaments psychotropes ou pour des addictions sans substance - vise une **approche des conduites addictives dans leur ensemble et de façon globale**. Les soins et la prise en charge des patients ayant une conduite addictive conjuguent une double approche, biomédicale et psychosociale. Ils mobilisent donc des ressources pluri-professionnelles : médecins, infirmiers, psychologues, personnel socio-éducatif, diététiciens...

Les **soins addictologiques** relèvent de services et professionnels variés. Les trois secteurs de soins, de suivi et d'accompagnement sont concernés :

- La **ville** (*médecins généralistes et pharmaciens d'officine, autres professionnels de santé, centres de santé, secteur social, associations d'entraide, professionnels pouvant travailler dans des réseaux « addictions »*);
- Les **établissements de santé** avec des hôpitaux généraux dotés de consultations, d'équipes de liaison et de soins en addictologie (*ELSA*), de lits de sevrage et d'unités de soins addictologiques complexes, résidentiels ou en hôpital de jour, des hôpitaux psychiatriques dotés de consultations et d'unités d'hospitalisation spécialisées, des établissements de soins de suite et de réadaptation en addictologie. Les établissements de santé de Bourgogne ayant une activité addictologique sont en cours d'organisation en trois niveaux de soins (niveau 1, de proximité, niveau 2, de recours et niveau 3, universitaire);
- Les **établissements médico-sociaux** que sont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (*CSAPA*)<sup>41</sup> et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (*CAARUD*) (cf. le paragraphe 4.2.1 : Offre).

Un **schéma régional d'addictologie** transversal à ces différents secteurs pour mieux les articuler, arrêté conjointement par le préfet de région (*schéma médico-social*) et par le directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation (*volet addictologie du SROS 3*) le 9 novembre 2009, est en cours de mise en œuvre (2009-2011). Le présent SROMS actualise donc le volet médico-social du schéma régional d'addictologie.

L'**offre médico-sociale en addictologie** a en effet favorablement évolué avec la création, en juin 2010, des CSAPA généralistes prévus par le schéma et l'octroi de mesures nouvelles et l'ouverture du CAARUD de l'Yonne en 2011. Elle reste **insuffisamment répartie sur le territoire, encore fragile et trop peu coordonnée**.

<sup>40</sup> L'addiction est une conduite qui repose sur une envie répétée et irrésistible d'un comportement ou d'un produit, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire.

<sup>41</sup> Les CSAPA ambulatoires généralistes doivent assurer des soins médico-psycho-sociaux pour toute conduite addictive, principalement en alcool et drogues illicites. Ils ont succédé aux anciens établissements spécialisés en drogues illicites (CSST) d'une part et alcool (CCAA) d'autre part.

#### 4.1.1 Besoins

##### /// Mortalité :

On dénombre chaque année **plus de 2 500 décès causés par des pathologies en grande partie liées au tabac** (cancers broncho-pulmonaires, bronchites chroniques, cardiopathies ischémiques maladies vasculaires, autres cancers, de la vessie en particulier). La Bourgogne est en surmortalité pour ces causes par rapport à la moyenne française. La surmortalité est constatée uniquement dans la Nièvre et dans l'Yonne. Chez les femmes, le taux de mortalité par cancer du poumon a fortement augmenté (+71 %). Enfin, malgré leur diminution régulière, les pathologies directement associées à la **consommation excessive d'alcool** causent chaque année en moyenne **645 décès** dans la région (années 2000 à 2007). La surmortalité associée à ces pathologies est essentiellement constatée dans la Nièvre et dans l'Yonne (pour les hommes surtout). La mortalité prématurée masculine directement liée à l'alcool est restée supérieure à la moyenne nationale durant les vingt dernières années. Le fait de ne retenir que les causes de décès directement imputables à l'alcool sous-estime les décès liés à ce produit. La consommation d'alcool est aussi associée à une partie des morts violentes non comptabilisées ici (accidents, suicides...).

##### /// Consommations :

###### ➤ Femmes enceintes (Enquête 2009 menée par l'ORS auprès de femmes enceintes en Bourgogne)

- **Alcool** : Un peu plus du tiers des femmes déclarent ne pas consommer d'alcool en temps normal et n'en consomment pas non plus durant leur grossesse, 40 % ont décidé de s'abstenir de toute consommation d'alcool durant leur grossesse, et 25 % ont consommé au moins une fois une boisson alcoolisée. Le **risque associé à l'alcool est encore sous-estimé** : si 56 % des femmes estiment le seuil de dangerosité au premier verre, 12,5 % l'estiment à partir d'une consommation hebdomadaire, et 15,8 % à partir d'une consommation quotidienne. Près de trois quarts des femmes enceintes (72 %) connaissent le principe d'abstinence de toute consommation d'alcool pendant la grossesse.
- **Tabac** : Selon la même enquête, au total, **17,5 % des femmes fument pendant la grossesse, dont 44 % déclarent n'avoir reçu aucun conseil** de la part de professionnels de santé sur le comportement tabagique à adopter pendant la grossesse. La consommation quotidienne déclarée passe de 11 cigarettes avant la grossesse à 6 en moyenne pendant celle-ci.

###### ➤ Jeunes (Enquête Escapad menée lors de la journée de préparation à la défense en 2008, à 17 ans)

- **Alcool** : 13 % des jeunes Bourguignons consomment **régulièrement de l'alcool** (contre 9 % en France hexagonale). Les proportions de comportements à risque chez les jeunes Bourguignons (forte consommation au cours d'une même occasion ou ivresse pour 31 %) ne diffèrent par contre pas de la moyenne nationale.
- **Tabac** : 31 % des jeunes Bourguignons de 17 ans sont **fumeurs quotidiens**, comme en moyenne nationale, **moins qu'en 2005**.
- **Autres produits** : Enfin, 45 % des jeunes Bourguignons déclarent avoir expérimenté le **cannabis** et 6 % en consommer régulièrement, ces proportions étant en nette baisse, comme en France. Ceci peut être associé à l'augmentation de la consommation d'autres produits dans la région comme en France : 12 % des jeunes Bourguignons interrogés ont déclaré avoir expérimenté des **poppers** (contre 7 % trois ans plus tôt) et 7 % d'autres produits à inhaler (contre 4 %).

###### ➤ Population adulte (Baromètre santé INPES 2005, population âgée de 18 à 75 ans)

- **Tabac** : La Bourgogne est dans la moyenne nationale avec **26 % de fumeurs réguliers**.
- **Alcool** : Le risque des Bourguignons, évalué avec le test DETA (**alcoolisations excessives et dépendance à l'alcool**) ne se distingue pas de la moyenne nationale avec 17 % des hommes et 3 % des femmes. Les **ivresses** au cours des douze derniers mois sont un peu moins fréquentes qu'en moyenne nationale (22 % chez les hommes, 5 % chez les femmes).
- **Drogues illicites** : L'usage de **cannabis** dans le mois (3 %) et au cours de la vie est inférieur en Bourgogne par rapport à la France entière. 2 % des 18-64 ans auraient expérimenté la **cocaïne** et 1 % **l'héroïne**, ce qui correspond à la moyenne nationale. Avec 5 %, **l'ecstasy** est plus expérimentée qu'en moyenne nationale (3,5 %).



- **Médicaments psychotropes** : La consommation au cours de l'année est de 8 % pour les antidépresseurs et/ou anxiolytiques, 5 % pour les hypnotiques et 1 % pour les neuroleptiques, comme en moyenne nationale.
- **Polyconsommation** : La **polyconsommation régulière** d'au moins 2 produits parmi le tabac, le cannabis et l'alcool est comparable à ce qui est observé en France : 7 % des Bourguignons. L'usage de 2 produits illicites hors cannabis au cours de l'année ne diffère pas de la moyenne nationale (*moins de 1 %*).

Aucune donnée n'est disponible à ce jour sur les addictions sans substance.

### /// Au total

On peut estimer la proportion de population adulte de Bourgogne qui relève de conseils, voire de soins addictologiques, assurés par les trois secteurs, à :

- ¼ pour le tabac,
- 17 % pour les hommes et 3 % pour les femmes pour l'alcool.

Pour les femmes enceintes, une action d'aide à l'arrêt de consommation est nécessaire pour environ ¼.

Pour les jeunes de 17 ans, environ 3 sur 10 ont une consommation excessive ou nocive en alcool ou tabac et 6 % un usage de cannabis potentiellement nocif.

Ces données sur les besoins justifient la volonté d'organiser une offre adaptée coordonnée sur le territoire dont une partie relève du secteur médico-social.

#### 4.1.2 Offre

##### /// L'offre départementale

Chaque département est doté, depuis juin 2010, d'au moins un CSAPA généraliste ambulatoire et un CAARUD, avec des insuffisances :

- en **Côte-d'Or**, le caractère généraliste des deux CSAPA est encore à construire sauf pour l'antenne de Beaune, commune aux deux associations (*ANPAA et SEDAP*), installée en avril 2011 tandis que le nord du département est trop faiblement investi ; il existe un CAARUD mobile couvrant le territoire départemental ;
- dans la **Nièvre**, le CSAPA généraliste (*ANPAA*) est une réalité mais son fonctionnement est précaire, faute de recrutement suffisant de médecin addictologue et il existe une zone blanche sur Luzuy et une demande de consultations pour les jeunes sur le nord du département ; il existe un CAARUD fixe à Nevers, géré par AIDES, ayant également une action au-delà de l'agglomération et une convention lie ces deux structures ;
- en **Saône-et-Loire**, les deux associations (*ANPAA et Sauvegarde 71-SDIT*) gestionnaires de CSAPA ont initié un projet de mise en place de deux antennes communes à Louhans et Paray-le-Monial avec la signature d'une convention mais la réalisation de ce travail commun généraliste n'est pas encore effective ; il existe un CAARUD à vocation départementale situé à Chalon-sur-Saône, géré par la Sauvegarde,
- dans **l'Yonne**, le CSAPA généraliste (*ANPAA*) est une réalité ; son fonctionnement est satisfaisant sur le site de Sens où existe avec l'équipe d'addictologie du CH une bonne coopération, il est plus précaire à Auxerre (*l'unité méthadone étant séparée du site principal*) et dans les antennes réparties sur le territoire ; le CAARUD est nouvellement créé mais souffre de difficultés de recrutement du personnel.

Le personnel et les pratiques de ces structures sont variables. Leur mission de prise en charge globale n'est pas encore assurée dans chacune, tant en ce qui concerne la conduite addictive elle-même que ses comorbidités psychiatriques et somatiques.

En effet, la prise en charge globale d'une personne ayant une conduite addictive nécessite une équipe médico-psycho-sociale complète et formée, tandis que le soin aux personnes ayant une comorbidité psychiatrique, somatique ou mixte nécessite l'intervention de médecins spécialistes, que ce soit sur place ou par convention avec d'autres secteurs.

Les rapports d'activité annuels montrent, par exemple, une faible pratique du dépistage des hépatites virales et de la vaccination contre l'hépatite B.

### /// L'offre régionale

En outre, deux CSAPA, situés en Côte-d'Or, reçoivent une population particulière :

- le premier est un CSAPA avec hébergement, spécialisé en drogues illicites, devant recevoir des patients de l'ensemble de la Bourgogne ;
- le second est le CSAPA pénitentiaire de la maison d'arrêt de Dijon, renforcé récemment par un mi-temps de psychiatre, adossé au service médico-psychologique régional, dont la vocation régionale peut s'exercer selon deux axes, d'une part en raison de la présence, dans cette maison d'arrêt, de détenus venant d'autres départements bourguignons que la Côte-d'Or, d'autre part en développant une fonction de conseil auprès du personnel soignant des autres établissements pénitentiaires de la région.

#### Établissements médico-sociaux en addictologie en Bourgogne

	CSAPA	File active CSAPA 2010	File active CJC CSAPA 2010	CAARUD	File active CAARUD 2010 (hors interventions de rue)
<b>Côte-d'Or</b>	4	2 158	49	1	45
<b>Nièvre</b>	1	1 528	27	1	162
<b>Saône-et-Loire</b>	2	2 195	228	1	183
<b>Yonne</b>	1	1 711	126	1	0 <sup>42</sup>
<b>Bourgogne</b>	<b>8</b>	<b>7592</b>	<b>430</b>	<b>4</b>	<b>390</b>

## 4.2 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

### 4.2.1 Objectif général n° 24 : réussir l'approche globale en addictologie

Le Plan national 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions confirme l'approche globale des conduites addictives, intégrant les différents produits psycho actifs comme le tabac, l'alcool, les drogues illicites, les médicaments et les addictions sans substance.

La prise en charge spécialisée par produit telle qu'elle était organisée par les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et les Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST) n'est plus recevable dans le nouveau cadre des CSAPA (*centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie*) ambulatoires. Leur vocation généraliste par rapport aux produits licites ou illicites doit s'étendre aux autres formes d'addiction (*jeu pathologique, Internet, addictions comportementales...*). De même, le CSAPA avec hébergement spécialisé en drogues illicites doit prendre en compte l'ensemble des consommations de ses patients.

La prise en charge globale des usagers s'impose et se concrétise par une prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative ainsi que par la réduction des risques. Le renforcement, sous forme de recrutement supplémentaire ou de mutualisation, des équipes pluridisciplinaires sera favorisé.

L'approche globale est décrite dans les projets institutionnels, projets de service, protocoles de prise en charge des structures autorisées en juin 2010, elle doit se concrétiser au quotidien. Pour favoriser cette évolution ainsi qu'un rapprochement des différents acteurs une action de formation s'est déroulée en 2010 et au 1<sup>er</sup> trimestre 2011 sous l'égide de l'ARS pour l'ensemble des personnels des 4 départements.

L'impact visé est l'accueil et le soin en CSAPA ambulatoire des personnes confrontées à tout type d'addiction, ce qui pourra se mesurer par la répartition des produits dans la file active.

42 Ouverture réalisée en mars 2011

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 24.1</b> Rendre effectif le caractère généraliste des CSAPA ambulatoires autorisés en 2010	Formation Mutualisation des moyens
<b>Objectif spécifique n° 24.2</b> Favoriser la pluridisciplinarité (compétence médicale, compétence psychologique et compétence sociale) au sein des structures	Financement ( <i>mesures nouvelles</i> ) des structures pour recrutement de personnel et, si possible, redéploiement  Formations universitaires des médecins en addictologie

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (rapport 2010)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général et de l'objectif spécifique n° 24.1.1</b>	Évolution de la répartition du produit n° 1 à l'origine de la prise en charge (source rapport d'activité)	ANPAA 21 et 71 : alcool 87 % SEDAP : alcool 15 % SDIT : alcool 1 %	ANPAA 21 et 71 : alcool 60 % SEDAP et SDIT : alcool 30 à 40 %
<b>Indicateur de suivi de l'objectif spécifique n° 24.2</b>	Nombre de structures disposant des 4 compétences (médicale dont psychiatrique, paramédicale, psychologique, socio-éducative)	4	8

#### 4.2.2 Objectif général n° 25 : organiser un parcours de soins cohérent par une bonne articulation avec la médecine de ville et le milieu hospitalier

Toute personne confrontée à un problème d'addiction doit trouver une réponse adaptée, et ce quels que soient sa situation (*personnelle, administrative, sociale, sanitaire...*) et le moment de son parcours de vie et de soins.

L'intervention précoce consiste, d'une part, dans le repérage initial des personnes rencontrant des difficultés attribuables à leur consommation de substances psycho actives et, d'autre part, dans l'intervention auprès de ces personnes en vue de susciter un changement avant que leur comportement ne s'aggrave ou ne devienne chronique, et/ou pour faciliter le recours au système de soins. Elle peut simplifier et réduire la durée du parcours de soins.

Une approche graduée, cohérente, décloisonnée et articulée du système d'accompagnement et de soins doit assurer la continuité de prise en charge entre les dispositifs médico-sociaux, sanitaires et la médecine de ville. Le partenariat sous forme de convention entre les structures ainsi que les actions de communication et de partage d'information des différents acteurs seront organisés.

L'impact visé et mesurable est l'augmentation du nombre de personnes bénéficiaires d'un partenariat sous forme de convention entre les CSAPA et les établissements de santé ainsi que les réseaux.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 25.1</b> Intervenir plus précocement dans la prise en charge avant l'installation de la dépendance	Cf. objectif général n° 26 Consultations de proximité Annuaire des acteurs et réunions de communication sur la connaissance des dispositifs

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 25.2</b> Généraliser le partenariat sous forme de conventions organisant le parcours de soins entre les structures médico-sociales intervenant dans le champ de l'addictologie et les établissements de santé et formalisant les liens avec le secteur social qui s'est spécialisé en alcool; mesurer son effectivité (nombre de bénéficiaires)</p>	Inscrire dans les CPOM hospitaliers et les ROB (conditions d'octroi des mesures nouvelles)
<p><b>Objectif spécifique n° 25.3</b> Promouvoir des actions de communication et de partage d'informations entre la médecine de ville, les structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD) et les équipes d'addictologie des établissements de santé</p>	Réunions d'information en soirée, par bassin de vie Femmes enceintes : cf. SROS périnatalité

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (rapport 2010)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif spécifique n° 25.1</b>	Proportion de la file active non dépendante (source rapport d'activité)	De 16 % (SDIT) à 60 % (CSAPA pénitentiaire)	Pas de valeur cible régionale. Augmentation dans chaque CSAPA
<b>Indicateur de suivi de l'objectif spécifique n° 25.2</b>	Nombre de conventions signées et de personnes bénéficiaires	0	6 conventions
<b>Indicateur de suivi de l'objectif spécifique n° 25.3</b>	Nombre d'annuaires des acteurs par territoire.	0	1 annuaire par territoire de proximité
	Nombre de séances de communication et partage de l'information	0	1 réunion par département au moins en 2012

#### 4.2.3 Objectif général n° 26 : construire une réponse médico-sociale précoce adaptée aux jeunes consommateurs de produits psycho-actifs

Le repérage des jeunes en difficulté suppose un étroit travail de collaboration et d'information entre les personnels des différents lieux que fréquentent les jeunes et les structures pour que l'ensemble des acteurs orientent vers la consultation.

Les consultations pour les jeunes consommateurs et leur entourage sont essentielles dans le parcours qui peut conduire à un usage nocif jusqu'à la dépendance. Il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour éviter son installation : on peut agir plus efficacement lorsqu'il est encore temps.

L'impact visé par cet objectif est l'augmentation du nombre de jeunes reçus dans les consultations de jeunes consommateurs et dans les CSAPA.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n° 26.1</b> Assurer l'accessibilité des consultations « jeunes consommateurs » pour les jeunes et leur entourage sur des zones non couvertes</p>	Réaliser une cartographie sur la connaissance des dispositifs
<p><b>Objectif spécifique n° 26.2</b> Assurer une prise en charge des jeunes consommateurs repérés puis orientés par une infirmière scolaire, un responsable de club sportif, un médecin de ville, des pairs...</p>	Suite donnée à l'orientation du SRP

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (rapport 2010)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif spécifique n° 26.1</b>	Nombre d'habitants (jeunes) couverts		Augmentation, à définir avec DT
<b>Indicateur de suivi de l'objectif spécifique n° 26.2</b>	Proportion des jeunes de moins de 25 ans dans la file active CSAPA (source rapport d'activité)	De 6 % (ANPAA21) à 64 % (SEDAP-Tivoli)	Pas de valeur cible régionale. Augmentation dans chaque CSAPA

### 4.3 Organisation et objectifs de répartition de l'offre

L'organisation actuelle de l'offre ne requiert pas de création de nouvelles structures.

Le nombre important de permanences et d'antennes décrites dans le chapitre 4.3.4 « Accessibilité » montre les efforts déployés pour décentraliser les interventions et offrir des consultations avancées.

Il y a lieu cependant d'étendre les champs d'intervention à partir des sièges, d'où l'objectif de couverture des zones blanches.

#### 4.3.1 Réduction des inégalités territoriales

La mise en œuvre de ce principe requiert un maillage du territoire pour faciliter l'accessibilité aux services d'où une couverture des zones blanches.

<b>Côte-d'Or</b>	Le Nord du département est trop faiblement investi	Le Montbardois mais également le canton de Saulieu notamment
<b>Nièvre</b>	La zone de Luzy doit être couverte à partir de la Saône-et-Loire	
<b>Saône-et-Loire</b>	Travail en cours piloté par la DT pour assurer la couverture de Paray-le-Monial, Louhans et Cluny	Secteur de Cluny, de Pierre-de-Bresse et de Cuiseaux
<b>Yonne</b>	Poursuite de la couverture des secteurs de la Puisaye pour finaliser le maillage territorial	Secteurs de la Puisaye (cantons de St Sauveur, Courson-les-Carières, Coulanges-sur-Yonne, Bléneau)

#### 4.3.2 Coopérations

À la différence de l'objectif général n° 25 qui vise le partenariat entre structures et domaines différents, la coopération s'exerce entre services médico-sociaux de même nature (CSAPA) et à vocation complémentaire (CSAPA/CAARUD).

<b>Côte-d'Or</b>	Le schéma régional des addictions 2009-2011 a mis en exergue la création d'une antenne CSAPA à Beaune gérée conjointement par les deux opérateurs départementaux. Des mesures nouvelles budgétaires conjuguées à la volonté des gestionnaires confirmée par une convention ont permis une ouverture en avril 2011. Cette opération a pour objectif d'expérimenter une coopération par la mutualisation de moyens antérieurs et le renforcement de ceux-ci par des mesures nouvelles.
<b>Nièvre</b>	Une seule association est autorisée pour gérer un CSAPA départemental. Les actions prévues par la convention avec l'association gestionnaire du CAARUD devront être évaluées ou réactivées.
<b>Saône-et-Loire</b>	Les deux associations gestionnaires des CSAPA et du CAARUD ont conclu une convention pour collaborer étroitement compte tenu de leur expérience antérieure spécialisée par produit et construire une antenne de CSAPA généraliste sur Paray-le-Monial et Louhans
<b>Yonne</b>	Une seule association gère un CSAPA et un CAARUD, tous deux à vocation départementale

### 4.3.3 Projets innovants et expérimentaux

Un groupe de travail, au sein du comité restreint des addictions, a été chargé d'étudier les solutions innovantes en matière de prise en charge des addictions.

En s'appuyant sur le développement des maisons de santé, il sera étudié les conditions d'intervention des CSAPA dans ces lieux selon l'exemple de Montsauche les Settons.

### 4.3.4 Objectifs de répartition de l'offre

#### /// Implantations

Le nombre de CSAPA ne devrait pas évoluer à la hausse au cours des 5 prochaines années. La vocation départementale des CSAPA ambulatoires généralistes, affirmée dans le schéma régional d'addictologie, est confirmée. En Côte-d'Or, deux des CSAPA devront affirmer leur vocation régionale. (cf. 4.1.2 : Offre)

#### Implantations des CSAPA :

	Nombre d'implantations existantes (2011)	Nombre d'implantations cible à 5 ans
<b>Côte-d'Or</b>	4	4
<b>Nièvre</b>	1	1
<b>Saône-et-Loire</b>	2	2
<b>Yonne</b>	1	1
<b>Bourgogne</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Comme pour les CSAPA, le nombre de CAARUD restera inchangé. Leur vocation départementale doit être affirmée grâce à une couverture des territoires par les programmes d'échange de seringues en pharmacie d'officine.

#### Implantations des CAARUD :

	Nombre d'implantations existantes (2011)	Nombre d'implantations cible à 5 ans
<b>Côte-d'Or</b>	1	1
<b>Nièvre</b>	1	1
<b>Saône-et-Loire</b>	1	1
<b>Yonne</b>	1	1
<b>Bourgogne</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

#### /// Synthèse des créations, suppressions, transformations et regroupements

Dans les 5 ans, il n'est pas prévu de création ni de suppression de CSAPA et de CAARUD, hormis dans l'éventualité où il y aurait un regroupement entre deux CSAPA dans les départements où deux associations en sont gestionnaires. La transformation récente des centres d'alcoologie et des centres pour toxicomanies en CSAPA, autorisés en 2010, et la mise en œuvre de leur caractère généraliste sera par contre l'enjeu principal de ces prochaines années.

L'expérience de Beaune qu'il conviendra d'évaluer et les travaux en cours en Saône-et-Loire doivent conduire au minimum à un exercice mutualisé voire à des regroupements.

#### /// Synthèse des créations suppression transformation et regroupement de structures ou de services médico -sociaux en Bourgogne

	Structures CSAPA/CAARUD			
	Création	Transformation	Suppression	Regroupement
<b>Côte-d'Or</b>	0	0	0	0 à 1
<b>Nièvre</b>	0	0	0	0
<b>Saône-et-Loire</b>	0	0	0	0 à 1
<b>Yonne</b>	0	0	0	0
<b>Bourgogne</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0 à 2</b>

/// **Accessibilité**

👉 **En Côte-d'Or**

4 CSAPA dont 2 à vocation régionale contribuent à la prise en charge des personnes confrontées aux addictions :

- le CSAPA TIVOLI, généraliste ambulatoire, fonctionne sur 2 sites, le site principal étant implanté sur Dijon et un site secondaire sur Beaune géré en coopération avec l'ANPAA. Ces deux sites proposent une Consultation Jeunes Consommateurs certains jours de la semaine.
- le CSAPA ANPAA, généraliste ambulatoire, dispose d'un site principal sur Dijon, de 4 antennes localisées à Beaune en coopération avec la SEDAP, à Auxonne, à Châtillon-sur-Seine et à Saint-Jean-de-Losne et de 4 permanences implantées à Arnay-le-Duc, Is-sur-Tille, Longvic et Seurre. Ce CSAPA propose également des Consultations Jeunes Consommateurs à Auxonne et Châtillon-sur-Seine.
- le CSAPA généraliste pénitentiaire à vocation régionale implanté à la Maison d'arrêt de Dijon.
- le CSAPA la SANTOLINE spécialisé « drogues illicites » à vocation régionale est un centre avec hébergement de 8 places installées à Dijon (Mirande) et de 2 places en appartement relais à Quetigny.
- 1 CAARUD mobile qui permet de prospecter sur l'ensemble du département et de rencontrer les usagers dans des permanences fixes soit au sein du camping-car, soit au sein de la délégation AIDES à Dijon, ou en dehors de ces permanences sur le lieu de leur choix.

👉 **Dans la Nièvre :**

Le CSAPA généraliste principal est implanté à Nevers et géré par l'ANPAA 58. Treize permanences sociales et 2 permanences médicales (une seule en fonctionnement à l'heure actuelle) sont ouvertes une à deux demi-journées par mois et sont réparties ainsi sur l'ensemble du département :

- permanence sociale de La Charité-sur-Loire, Decize, Corbigny, Château-Chinon, Clamecy, Cosne-Cours-sur-Loire, Montsauche les Settons, Prémery, Saint-Pierre-le-Moûtier, Imphy, Centre Hospitalier de l'agglomération de Nevers, maison d'arrêt de Nevers, Association Nivernaise d'Accueil et de Réinsertion (ANAR).
- permanence médicale de Decize
- le site principal de Nevers assure une « consultation jeune consommateur »
- un CAARUD est implanté à Nevers, géré par l'association AIDES. Il est installé en centre-ville, dans de nouveaux locaux, plus adaptés, depuis 2009.

👉 **En Saône-et-Loire :**

Les deux associations (ANPAA 71 et Sauvegarde 71-SDIT) sont gestionnaires de CSAPA (SDIT : 1 principal et 3 secondaires, ANPAA 71 : 1 principal et 5 secondaires), avec un projet de centre secondaire cogéré par les deux associations à Louhans puis dans un second temps un autre à Paray-le-Monial.

Il existe un CAARUD géré par la Sauvegarde 71, situé à Chalon-sur-Saône, à vocation départementale.

👉 **Dans l'Yonne :**

Le CSAPA généraliste principal, fonctionnant sur deux sites dont un ex-« centre méthadone », est implanté à Auxerre. Un site secondaire généraliste fonctionne à Sens. Ces deux sites proposent également une « consultation jeunes consommateurs ». L'offre du CSAPA est complétée par sept permanences délocalisées au niveau du département : Avallon, Joigny, Tonnerre abritées dans des centres hospitaliers, Ancy-le-Franc, Migennes, Saint-Florentin et Toucy installées dans des locaux appartenant à des collectivités territoriales. Les permanences proposent aussi des visites à domicile et certaines mairies de Puisaye mettent des locaux à disposition en cas de besoin.

- un CAARUD est implanté à Auxerre.

### /// Chiffrage financier

L'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie) prévu à l'article L 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles concerne les structures médico-sociales suivantes :

- CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)
- CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues)
- Les LHSS (lits halte soins santé) et ACT (appartement de coordination thérapeutique) sont traités dans la dernière partie du SROMS « personnes en difficulté spécifiques »

L'ONDAM 2011, pour ces structures progresse de 5,9 %, par rapport à l'année précédente.

Le ministère a rappelé le caractère strictement limitatif des dotations régionales fixées par arrêté ministériel. Sur une enveloppe bourguignonne 2011 de 7 855 592 €, la part consacrée à l'addictologie s'élève à 7 256 792 €.

Des mesures nouvelles reconductibles négociées avec l'administration centrale, en 2009 (510 716 €), 2010 (514 066 €) et 2011 (621 975 €, comprenant la mise en place d'un CSAPA référent par établissement pénitentiaire), ont permis d'accompagner efficacement la mise en œuvre du schéma régional d'addictologie 2009-2011.

Pour les 5 années de mise en œuvre du SROMS, les moyens complémentaires qui seront mis à disposition de la région ne sont pas encore connus. La parution prochaine d'un nouveau plan ministériel pourrait donner quelques indications.

Afin d'aboutir à une mise en œuvre optimale du volet du SROMS pour les personnes confrontées aux conduites addictives, le besoin de financement serait, sur 5 ans, de 1 662 000 €, ainsi répartis :

Action	Financement : source externe ou montant
<b>Objectif général n° 1 : approche globale en addictologie</b>	
Formation	employeur
Accompagnement par l'ARS	40 000 €
Formation pour renforcer la pluridisciplinarité	employeur
Recrutement pour renforcement des équipes	500 000 €
<b>Objectif général n° 2 : parcours de soins cohérent</b>	
Consultations de proximité et amélioration de la couverture territoriale	500 000 €
Annuaire	10 000 €
Réunions de communication	32 000 €
Action femmes enceintes	100 000 €
<b>Objectif général n° 3 : jeunes consommateurs</b>	
Développement des consultations	200 000 €
<b>Projets innovants et expérimentaux</b>	
Interventions dans les maisons de santé/cabinets	200 000 €
<b>CAARUD</b>	
Extension des PES en pharmacie	80 000 €
<b>TOTAL</b>	<b>1 662 000 €</b>

### /// Choix de thèmes nécessitant un approfondissement et une étude

Pour l'observation des consommations, les seules sources nationales exploitées par région concernent uniquement les jeunes de 17 ans (ESCAPAD).

En 2005, l'exploitation du Baromètre santé (INPES-OFDT) au niveau régional avait permis de connaître les consommations de produits psycho actifs dans notre région pour les 18-75 ans (étude ORS).

Pour connaître l'évolution de ces consommations dans le temps, il faudrait disposer d'une exploitation régionale répétée régulièrement, ce qui nécessite d'y consacrer des moyens financiers.



# 5<sup>e</sup> partie :

## /// Organiser la prise en charge médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

### 5.1 Diagnostic

Les personnes en situation de précarité, résidant dans un logement ou un hébergement ou sans-abri présentent souvent des problématiques sanitaires complexes, aggravées par le fait qu'elles recourent peu ou pas aux services de médecine ou de prévention.

**L'absence de logement constitue un frein majeur à l'accès aux soins.**



#### 5.1.1 Besoins

Du fait de leurs conditions de vie, de leurs problématiques qui entremêlent des questions sociales, médicales et/ou psychologiques, les besoins de ces personnes sont à la fois sanitaires et sociaux. Ainsi les trois secteurs (sanitaire, médico-social et social) peuvent-ils concourir au mieux-être de ces personnes.

La réponse impose donc de coordonner l'action de ces trois champs d'intervention et requiert en outre des savoirs faire particuliers au regard notamment du fait que ces personnes n'expriment pas toujours leurs besoins.

Elle sera traitée plus globalement dans le PRAPS en raison de l'approche transversale de ce programme.

La modestie des moyens régionaux (13 Lits Halte Soins Santé sur 2 départements et 9 places d'Appartements de Coordination Thérapeutique) ainsi que les perspectives incertaines de développement sont des éléments supplémentaires pour que la prise en charge médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques soit intégrée dans le PRAPS.

#### 5.1.2 Offre

Des dispositifs médico-sociaux permettent d'assurer conjointement un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique ainsi qu'un accompagnement social. Il s'agit des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) et des Lits Halte Soins Santé (LHSS).

Les appartements de coordination thérapeutique hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion (article D312-154 du code de l'action sociale et des familles). Initialement conçus pour accueillir des personnes atteintes du VIH, ils sont désormais destinés à accueillir également des personnes atteintes de pathologies chroniques sévères comme les cancers et les hépatites chroniques évolutives.

Les lits halte soins santé sont des établissements médico-sociaux dont l'objet est de dispenser aux personnes sans domicile des soins médicaux et paramédicaux et un suivi thérapeutique dont ils bénéficieraient s'ils disposaient d'un domicile.

Leur mission est donc d'offrir une suite ou une alternative à l'hospitalisation aux personnes vivant dans la rue. Les LHSS assurent le lien entre les établissements de santé et les structures sociales qui ne sont pas pourvues de moyens médico-sociaux adaptés et doivent faire face aux à des difficultés de prise en charge et d'orientation de leur public. Celui-ci est essentiellement masculin, isolé, âgé (plus de 15 % des bénéficiaires ont plus de 60 ans) ou ont un vieillissement prématuré) et atteint d'affections dont la gravité apparaît extrêmement variable mais dont plus de 30 % sont des pathologies de longue durée.

### /// Organiser la prise en charge médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques ●●●●

#### Structures pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques

	Nombre de places d'appartement de coordination thérapeutique	Nombre de lits halte soins santé
Côte-d'Or	9	9
Nièvre	0	0
Saône-et-Loire	0	4
Yonne	0	0
<b>Bourgogne</b>	<b>9</b>	<b>13</b>

## 5.2 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

### 5.2.1 Objectif général n° 27 ACT : mieux prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques sévères, en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical

L'offre d'appartements de coordination thérapeutique est concentrée sur Dijon. Elle est limitée à 9 places.

À l'échéance du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de pathologies chroniques lourdes (2007-2011), 1 800 places devront être installées au niveau national.

Sur 190 nouvelles places financées en 2011, 5 places ont été attribuées à la Bourgogne. Un appel à projets, au sens de loi HPST, sera prochainement lancé pour les affecter.

À noter que la Bourgogne ne fait pas partie des 8 régions bénéficiaires de mesures nouvelles 2011 d'ACT pour les personnes sortant de prison (48 places créées).

Compte tenu de son retard en terme de capacité, la région devrait se mobiliser pour développer une offre complémentaire dans le cadre d'un éventuel nouveau plan national d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et faire en sorte qu'elle soit répartie sur l'ensemble des départements.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 27.1</b> Développer l'offre d'Appartements de Coordination Thérapeutique	Nouvelle procédure d'appel à projets médico-social

La création de 5 places en fin d'année 2011, de préférence dans un département autre que la Côte-d'Or, portera la capacité à 14 places. En projetant un renforcement de l'offre dans deux départements ainsi que la création de places dans les deux autres départements de la région, on obtient une cible de 50 places au terme du schéma. Une couverture régionale serait ainsi assurée.

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Nombre de places en Appartement de Coordination Thérapeutique /département	9 places pour 1 département	50 places réparties sur les 4 départements

### 5.2.2 Objectif général n° 28 LHSS : offrir une suite ou une alternative à l'hospitalisation aux personnes sans domicile sur l'ensemble de la région

La conférence interministérielle de lutte contre les exclusions d'avril 2006 avait programmé la création de 1000 lits halte soins santé en 5 ans. En 2011 il restait 188 lits à créer ; 85 l'ont été au 28 février 2011.

Une dernière possibilité était offerte en juin pour les 103 lits restants. À ce titre 3 projets ont été remontés au niveau national pour un examen par une commission nationale.

Le ministère n'a retenu que la création de 6 places au Creusot en Saône-et-Loire. Les dossiers présentés par la Nièvre et l'Yonne n'ont pas fait l'objet d'une suite favorable en raison d'une sélection rigoureuse imposée par le grand nombre de dossiers déposés et de la priorité donnée aux régions qui ne disposaient pas de lits et aux suites d'opération (comme Le Creusot qui avait été validé préalablement sur le principe mais ne disposait pas de locaux).

Malgré cette situation l'objectif reste, au terme du schéma, de créer sur les départements de la Nièvre et de l'Yonne de telles structures. Le ministère a précisé que, suivant les résultats de l'enquête actuellement menée, il fera une éventuelle programmation supplémentaire.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n° 28.1</b> Assurer une couverture territoriale sur les quatre départements bourguignons en matière de Lits Halte Soins Santé, en créant au moins une structure par département	Actualisation des dossiers 58 et 89 dès parution d'un éventuel appel à projets

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Indicateur de suivi de l'objectif général</b>	Nombre de Lits Halte Soins Santé / département	19 lits dans 2 départements	43 lits sur les 4 départements

## 5.3 Organisation et objectifs de répartition de l'offre

### 5.3.1 Réduction des inégalités territoriales

Les objectifs généraux d'amélioration de la prise en charge visent essentiellement à assurer de nouvelles créations de places ou de lits dans les départements qui n'en possèdent pas.

#### Réduction des inégalités territoriales en matière d'appartement de coordination thérapeutique

Appartement de coordination thérapeutique	2010		Cible	
	Nombres de structures	Nombre de lits	Nombres de structures	Nombre de lits
Côte-d'Or	1	9	2	18
Nièvre	0	0	1	10
Saône-et-Loire	0	0	1	12
Yonne	0	0	1	10
<b>Bourgogne</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>50</b>

#### Réduction des inégalités territoriales en matière de lits halte soins santé :

Lits Halte Soins Santé	2010		Cible à 5 ans	
	Nombres de structures	Nombre de lits	Nombres de structures	Nombre de lits
Côte-d'Or	2	9	2	19
Nièvre	0	0	1	6
Saône-et-Loire	1	4	2*	13
Yonne	0	0	1	5
<b>Bourgogne</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>43</b>

\* (1 seul gestionnaire)

### /// Organiser la prise en charge médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques ●●●●

#### 5.3.2 Coopérations

La complémentarité des acteurs doit être organisée pour améliorer les sorties des LHSS et des ACT, dédiés à des personnes rencontrant des difficultés spécifiques, vers les autres dispositifs sociaux (comme les CHRIS ou maisons relais), médico-sociaux (comme les CSAPA pour les personnes souffrant d'addictions et les EHPAD) ou le logement.

Des conventions de coopérations doivent ainsi être conclues ou réactualisées. Leur évaluation annuelle doit permettre de connaître le nombre de patients bénéficiaires

#### 5.3.3 Objectifs de répartition de l'offre de soins médico-sociaux (OROSM)

##### /// Implantations

Cette partie est traitée au chapitre précédent organisation de l'offre.

Synthèse des créations, suppressions, transformations et regroupement

Le tableau ci-dessous regroupe les données sur la création de places ou de lits en ACT et LHSS.

Il n'est pas prévu de transformation, de suppression ou de regroupement.

##### Synthèse des créations, suppression, transformation et regroupement de structures médico-sociales en Bourgogne en lien avec la prise en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Lits Halte Soins Santé et Appartement de coordination thérapeutique	Structures			
	Création	Transformation	Suppression	Regroupement
Côte-d'Or	+1 (ACT)	0	0	0
Nièvre	+ 2 (ACT - LHSS)	0	0	0
Saône-et-Loire	+ 2 (ACT - LHSS)	0	0	0
Yonne	+ 2 (ACT - LHSS)	0	0	0
<b>Bourgogne</b>	<b>+ 7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

##### /// Chiffrage financier

➤ **Les 9 places ACT** (appartements de coordination thérapeutique) sont financées en 2011 à hauteur de 294 954 €. Compte tenu de la création en fin d'année 2011 de 5 nouvelles places, la dotation en année pleine s'élèverait à 448 034 € pour 14 ACT.

Les nouvelles places créées en 2011 sont financées forfaitairement à un coût unitaire annuel de 30 616 €. La création, au terme du schéma, de 36 places supplémentaires nécessiterait une enveloppe de 1 112 176 € (réf. 2011).

➤ **Les LHSS** (lits halte soins santé) sont financés en 2011 à un tarif forfaitaire national de 102 € par jour et par lit. En année pleine (compte tenu de la création prochaine de 6 lits au Creusot) la dotation régionale s'élèverait à 707 370 € pour 19 LHSS.

La création, au terme du schéma, de 24 lits supplémentaires nécessiterait une enveloppe de 893 520 € (réf. 2011).

# 6<sup>e</sup> partie :

## /// Évaluer et suivre la mise en œuvre du schéma

### 6.1 Dispositif d'évaluation du schéma

Le SROMS sera évalué de la manière suivante :

#### 6.1.1 Une évaluation intermédiaire du schéma est proposée en 2013 afin d'identifier les conditions de réussite de sa mise en œuvre.

Il est envisagé d'évaluer les thématiques suivantes :

- la scolarisation en milieu ordinaire des enfants handicapés.
- l'accès à l'emploi des jeunes handicapés.
- les dispositifs d'accueil temporaire des personnes âgées.

Ainsi, pour chaque thématique, seront évaluées :

- **la pertinence** : les objectifs poursuivis répondent-ils toujours aux besoins ?
- **La cohérence des dispositifs organisationnels et fonctionnels** : il s'agit d'apprécier si les actions réalisées (les ressources, les activités, le public-cible...) sont une réponse aux objectifs définis dans le SROMS.
- **L'efficacité des actions** (sur la base des premiers résultats et réalisations), sous l'angle :
  - de la qualité de la prise en charge,
  - de l'intégration et de la satisfaction des usagers et des professionnels (de terrain, institutionnels),
  - économique (suivi financier).

La scolarisation en milieu ordinaire des enfants handicapés	
Questions	Motivation du choix
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les groupes technique départementaux de suivi de la scolarisation ont-ils permis d'améliorer et de faire vivre la coopération Éducation Nationale/ ARS dans chaque département ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluer le niveau de mise en œuvre des objectifs spécifiques du schéma</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le PIA/PPA porté par l'ESMS et le PPS porté par l'équipe de suivi de scolarisation et l'enseignant référent sont-ils complémentaires et assurent-ils la cohérence du parcours scolaire des enfants ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Identifier les freins et difficultés perçus par les partenaires pour développer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Quelles sont les actions mises en place pour préparer la première scolarisation et permettent-elles d'éviter les points de rupture et de réussir la scolarisation ?</li> <li>■ L'accompagnement des SESSAD est-il efficace ?</li> <li>■ La diversification des modalités de scolarisation est-elle effective dans chaque département ?</li> <li>■ Quelles sont les difficultés rencontrées ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Avoir une meilleure lisibilité, pour les familles, des pratiques de scolarisation des enfants en situation de handicap dans la région</li> </ul>

L'accès à l'emploi des jeunes handicapés	
Questions	Motivation du choix
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le rôle et l'utilité du groupe technique départemental ?</li> <li>▪ Quelles sont les modalités mises en œuvre par les ESMS pour améliorer l'insertion professionnelle des jeunes handicapés ?</li> <li>▪ Quelles sont les difficultés rencontrées pour développer l'insertion professionnelle des 16-25 ans ?</li> <li>▪ Quelle est l'utilité des actions mises en place (en termes de qualification, d'insertion professionnelle...)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluer le niveau de mise en œuvre des objectifs spécifiques du schéma</li> <li>▪ Identifier les freins et difficultés perçus par les partenaires</li> <li>▪ Identifier des facilitateurs pour développer l'insertion professionnelle des 16-25 ans</li> </ul>
Les dispositifs d'accueil temporaire des personnes âgées	
Questions	Motivation du choix
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment fonctionnent les AJ et HT ?</li> <li>▪ Comment sont-ils intégrés dans leur environnement (relations avec les SSIAD, les EHPAD, les hôpitaux, les professionnels de santé libéraux...)?</li> <li>▪ Quels sont les besoins et attentes en matière d'accueil temporaire (pour les aidants, pour les établissements, pour les financeurs) ?</li> <li>▪ Quelles sont les difficultés dans la mise en œuvre des projets d'accueil temporaire ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire les modalités de fonctionnement des AJ et HT et mener des réflexions sur leur optimisation pour améliorer la qualité de service (respecter le cahier des charges AJ, fixer un seuil d'activité minimal pour les HT...)</li> <li>▪ Tendre vers une plus grande proximité des réponses</li> <li>▪ Diffuser l'information sur les AJ et les HT notamment pour soutenir les aidants qui assurent la charge d'un conjoint ou d'un parent à domicile</li> </ul>

### /// La scolarisation en milieu ordinaire des enfants handicapés

La loi du 11 février 2005 a redéfini le parcours à suivre pour la scolarisation des enfants en situation de handicap. La scolarisation des jeunes handicapés, qui est l'une des grandes priorités du SROMS dans la recherche de l'inclusion, mobilise trois partenaires : la MDPH, qui statue, entre autres, sur les orientations, l'Éducation nationale, qui a l'obligation d'accueillir tous les enfants, et le secteur médico-social, qui doit favoriser la scolarisation en milieu ordinaire.<sup>43</sup>

Divers acteurs, appartenant à des dispositifs hétérogènes et porteurs de logiques propres, se réunissent donc autour du projet de vie d'un enfant et deviennent ainsi partenaires. Cependant, la mise en œuvre de cette collaboration nécessite une harmonisation des valeurs et des pratiques, ce qui ne va pas sans générer quelques questionnements.

Dans ce contexte, il apparaît opportun d'évaluer la scolarisation en milieu ordinaire des enfants handicapés, en Bourgogne, afin notamment de :

- proposer une meilleure lisibilité des pratiques de scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap dans la région ;
- décrire les différentes modalités de partenariat entre le secteur médico-social et l'Éducation Nationale ;
- identifier des facilitateurs pour développer la collaboration entre les différents partenaires.

Cette évaluation se fondera sur une analyse :

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

<sup>43</sup> CREAL PACA-Corse, État des lieux de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés de la région PACA, mars 2010.

### /// 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.<sup>44</sup>

Pour améliorer l'insertion professionnelle des 16-25 ans, il faut associer l'ensemble des partenaires que sont l'ARS, l'Éducation 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'Éducation nationale, les conseils généraux...)
- qualitative, avec la réalisation d'enquêtes par entretiens menées auprès de représentants de l'ARS, de l'Éducation 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 nécessaire<sup>45</sup>.

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.
- 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

<sup>44</sup> CNSA, Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale, mai 2011

<sup>45</sup> GERONTO-CLEF - Centre Languedocien d'Étude 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

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

## 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
<b>Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la vie sociale et la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap</b>			
<b>1. Favoriser une égalité d'accès au dépistage des handicaps sur l'ensemble de la région</b>	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
<b>2. Assurer la précocité et la qualité du diagnostic par les CAMSP</b>	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 %
<b>3. Assurer le relais de la prise en charge à l'issue de l'accompagnement en CAMSP</b>	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)
<b>4. Faire évoluer l'offre pour davantage d'inclusion des enfants et adolescents en situation de handicap</b>	Part des services dans l'offre globale médico-sociale, dans le champ de l'enfance handicapée/département <sup>46</sup>	Côte-d'Or : 42.8 % Nièvre : 28.2 % Saône-et-Loire : 30.9 % Yonne : 15 % Région : 31.2 %	La cible de 28,3 % du CPOM ARS pour les PH enfants et adultes est atteinte  Objectif d'une poursuite de l'augmentation générale, notamment dans la Nièvre et dans l'Yonne
<b>5. Conforter la coopération entre les ESMS et les établissements scolaires</b>	Nombre de « groupe technique départemental de suivi de la scolarisation » constitué	1 (en Saône et Loire)	4 (1 dans chaque département)
<b>6. Développer des solutions adaptées à certains types de handicap insuffisamment pris en compte</b>	Nombre de SAAAS créés pour l'accompagnement des enfants handicapés visuels  Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (TED) <sup>47</sup> (cf CPOM ARS)	2 (1 en Côte-d'Or et 1 dans la Nièvre)  43 % en 2011 (soit 279 places dédiées à l'autisme au 31/12/2011)	4 (1 dans chaque département)  50 % (soit 310 places dédiées)

<sup>46</sup> L'indicateur reprend le CPOM ARS mais pour les enfants seulement, avec le calcul suivant : nbre de SESSAD / nbre d'IME + ITEP + CME + IEM + SESSAD + établissements expérimentaux. Chiffres des places financées au 31/12/2011

<sup>47</sup> Le taux d'évolution est calculé à partir d'une valeur de référence 2007 (cf CPOM ARS)

Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>Accompagner les adultes en situation de handicap dans la vie sociale, dans l'emploi et la perte d'autonomie</b>			
<b>7. Faciliter l'accès aux soins et aux actions de prévention</b>	% d'établissements accueillant des personnes handicapées ayant élaboré une stratégie de prévention sur l'hygiène bucco-dentaire	ND	70 %
<b>8. Accompagner les personnes handicapées dans leur choix de vie</b>	Part des services dans les ESMS pour adultes handicapés/département <sup>48</sup> (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 %
<b>9. Assurer une meilleure coordination des différents professionnels intervenant auprès de la personne handicapée à domicile</b>	% de SAMSAH utilisant un dossier de suivi partagé	ND	100 %
<b>10. Soutenir les aidants</b>	Part des places en accueil de jour et hébergement temporaire en FAM/MAS/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
<b>11. Améliorer l'insertion professionnelle des 16 - 25 ans</b>	% de jeunes handicapés sortant d'un IME/IMPRO avec une qualification/département	ND	La cible sera fixée après le premier recueil de données
<b>12. Répondre de manière spécifique à l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques</b>	Nombre de places en structures et services spécifiquement dédiés à l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques/département	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 42 places de SAMSAH (dont 22 en 21 et 20 en 89)</li> <li>■ 59 places d'ESAT dont 35 en 21 et 24 en 71)</li> </ul>	+ 112 places de SAMSAH prévues dans le SROMS Création de places d'ESAT
<b>13. Apporter des réponses à des besoins régionaux en matière d'insertion professionnelle des adultes handicapés</b>	Nombre d'implantations CPO et CRP	1 (dans l'Yonne)	4 (1 dans chaque département)

<sup>48</sup> 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.

Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<b>14. Adapter l'évolution des ESAT aux besoins des personnes handicapées et aux réalités économiques</b>	Part des personnels éducatifs et sociaux qualifiés (ETS, ET, MA, ES, ME, AMP, AS, CEF, 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
<b>15. Traiter les situations où la réponse apportée est inadéquate</b>	Nombre de places médico-sociales financées à partir d'un transfert de crédits du sanitaire	ND	173 places de MAS
<b>16. Promouvoir la continuité des soins entre les établissements de santé et les FAM/MAS</b>	% de FAM/MAS ayant conclu une convention de partenariat avec des établissements de santé	ND-	100 %
<b>17. Accompagner le vieillissement des personnes handicapées vivant à domicile ou en établissement</b>	% de FAM/MAS/SAMSAH ayant conclu un partenariat avec un EHPAD/département	ND	100 % des structures confrontées au vieillissement de leurs usagers
<b>Soutenir l'autonomie des personnes âgées</b>			
<b>18. Promouvoir la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées tant à domicile qu'en EHPAD</b>	% 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 %
<b>19. Privilégier le maintien et l'accompagnement à domicile</b>	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 : 16.11 %	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
<b>20. Assurer une bonne articulation entre les différents acteurs engagés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées</b>	Nombre d'ESMS pour personnes âgées ayant un objectif de développer les coopérations, les mutualisations, dans leur CPOM	ND	En développement, sans cible prédéfinie
<b>21. Limiter les hospitalisations en urgence et favoriser la préparation des sorties d'hospitalisation</b>	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
<b>22. Accompagner et soulager les aidants</b>	Part des AJ et HT dans l'offre globale pour personnes âgées	Côte-d'Or : 4.26 % Nièvre : 2.05 % 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 %
<b>23. Améliorer la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées</b>	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
<b>Organiser la prise en charge médico-sociale des personnes confrontées aux addictions</b>			
<b>24. Réussir l'approche globale en addictologie</b>	Nombre de structures disposant des 4 compétences (médicale dont psychiatrique, paramédicale, psychologique, socio-éducative)	4	8
<b>25. Organiser un parcours de soins cohérent par une bonne articulation avec la médecine de ville et le milieu hospitalier</b>	Proportion de la file active non dépendante	De 16 % (SDIT) à 60 % (CSAPA pénitentiaire)	Augmentation dans chaque CSAPA
<b>26. Construire une réponse médico-sociale précoce adaptée aux jeunes consommateurs de produits psycho-actifs</b>	Proportion des jeunes de moins de 25 ans dans la file active CSAPA	De 6 % (ANPAA21) à 64 % (SEDAP-Tivoli)	Augmentation dans chaque CSAPA
<b>Organiser la prise en charge médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques</b>			
<b>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</b>	Nombre de places en Appartement de Coordination Thérapeutique/département	9 places pour 1 département	50 places réparties sur les 4 départements
<b>28. LHSS : offrir une suite ou une alternative à l'hospitalisation aux personnes sans domicile sur l'ensemble de la région</b>	Nombre de Lits Halte 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.

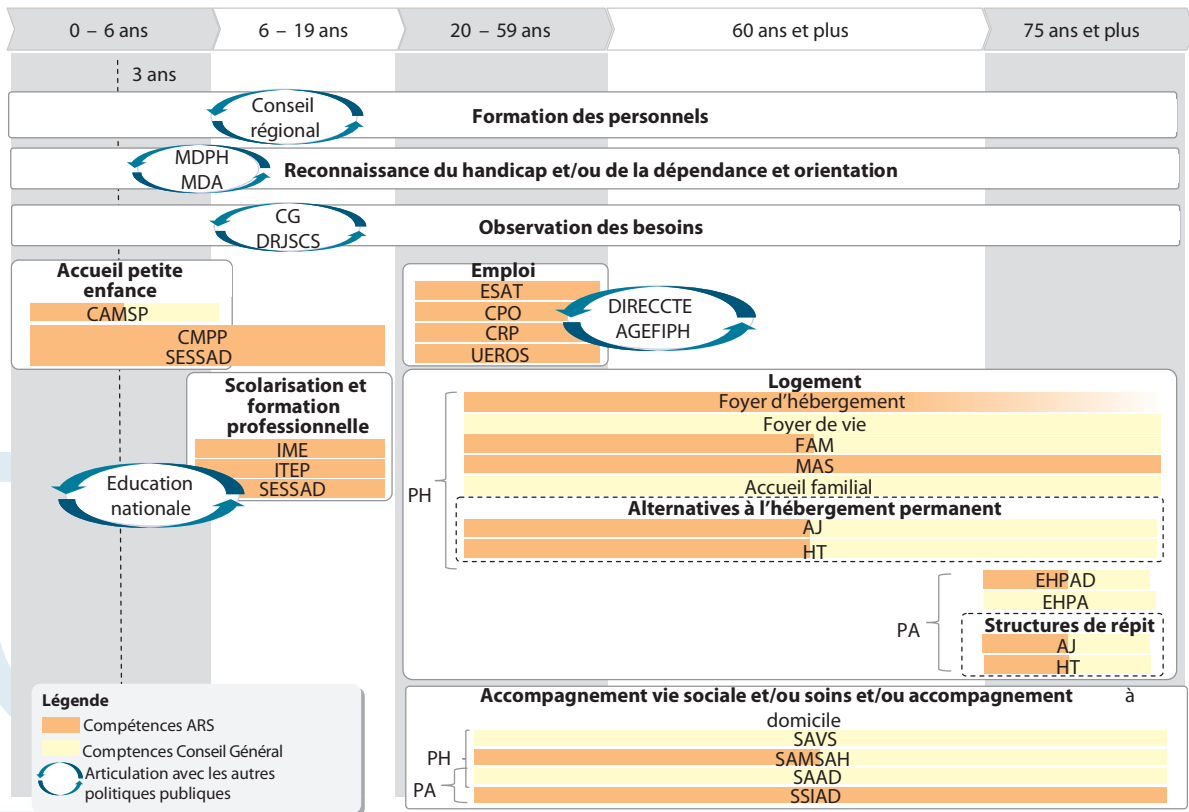
Schéma régional d'organisation médico-sociale de Bourgogne 2012/2016

# /// ANNEXES et GLOSSAIRE

## Sommaire

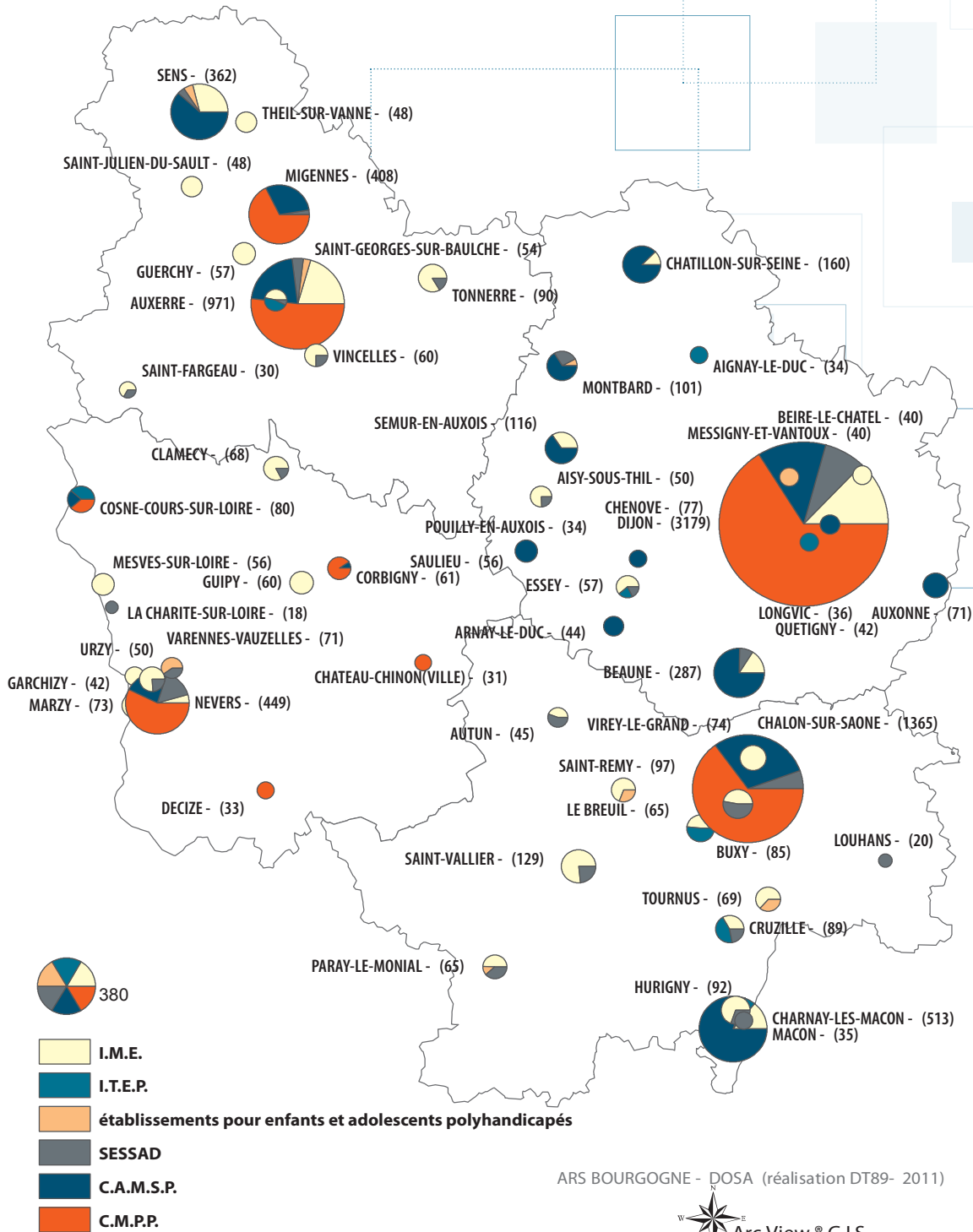
<b>Annexe 1</b>	<b>Cartographie de la répartition des compétences.....</b>	<b>116</b>
<b>Annexe 2</b>	<b>Localisation des établissements et services pour enfants et adolescents handicapés.....</b>	<b>117</b>
<b>Annexe 3</b>	<b>Localisation des IME et des ITEP .....</b>	<b>118</b>
<b>Annexe 4</b>	<b>Localisation des SESSAD .....</b>	<b>119</b>
<b>Annexe 5</b>	<b>Localisation des établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés .....</b>	<b>120</b>
<b>Annexe 6</b>	<b>Localisation et file active des CAMPS et des CMPP.....</b>	<b>121</b>
<b>Annexe 7</b>	<b>Localisation des établissements et services pour adultes handicapés .....</b>	<b>122</b>
<b>Annexe 8</b>	<b>Localisation des MAS et des FAM .....</b>	<b>123</b>
<b>Annexe 9</b>	<b>Localisation des SAVS, SAMSAH, SSIAD .....</b>	<b>124</b>
<b>Annexe 10</b>	<b>Localisation des ESAT.....</b>	<b>125</b>
<b>Annexe 11</b>	<b>Localisation des établissements d'hébergement permanent, places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour pour personnes âgées .....</b>	<b>126</b>
<b>Annexe 12</b>	<b>Localisation des établissements d'hébergement permanent pour personnes âgées .....</b>	<b>127</b>
<b>Annexe 13</b>	<b>Localisation des unités de soins de longue durée (USLD) .....</b>	<b>128</b>
<b>Annexe 14</b>	<b>Localisation des services de soins à domicile pour personnes âgées (SSIAD et SPASAD).....</b>	<b>129</b>
<b>Annexe 15</b>	<b>Localisation des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour pour personnes âgées.....</b>	<b>130</b>
<b>Annexe 16</b>	<b>Niveau de dotation des bassins de vie et pseudo-cantons bourguignons en infirmiers – avril 2009 .....</b>	<b>131</b>
<b>Annexe 17</b>	<b>Diagnostic handicap et vieillissement .....</b>	<b>132</b>
<b>Annexe 18</b>	<b>Projections de population 2011 et 2015 de référence .....</b>	<b>172</b>
<b>Annexe 19</b>	<b>Glossaire des sigles et acronymes .....</b>	<b>173</b>

## Annexe 1 Cartographie de la répartition des compétences



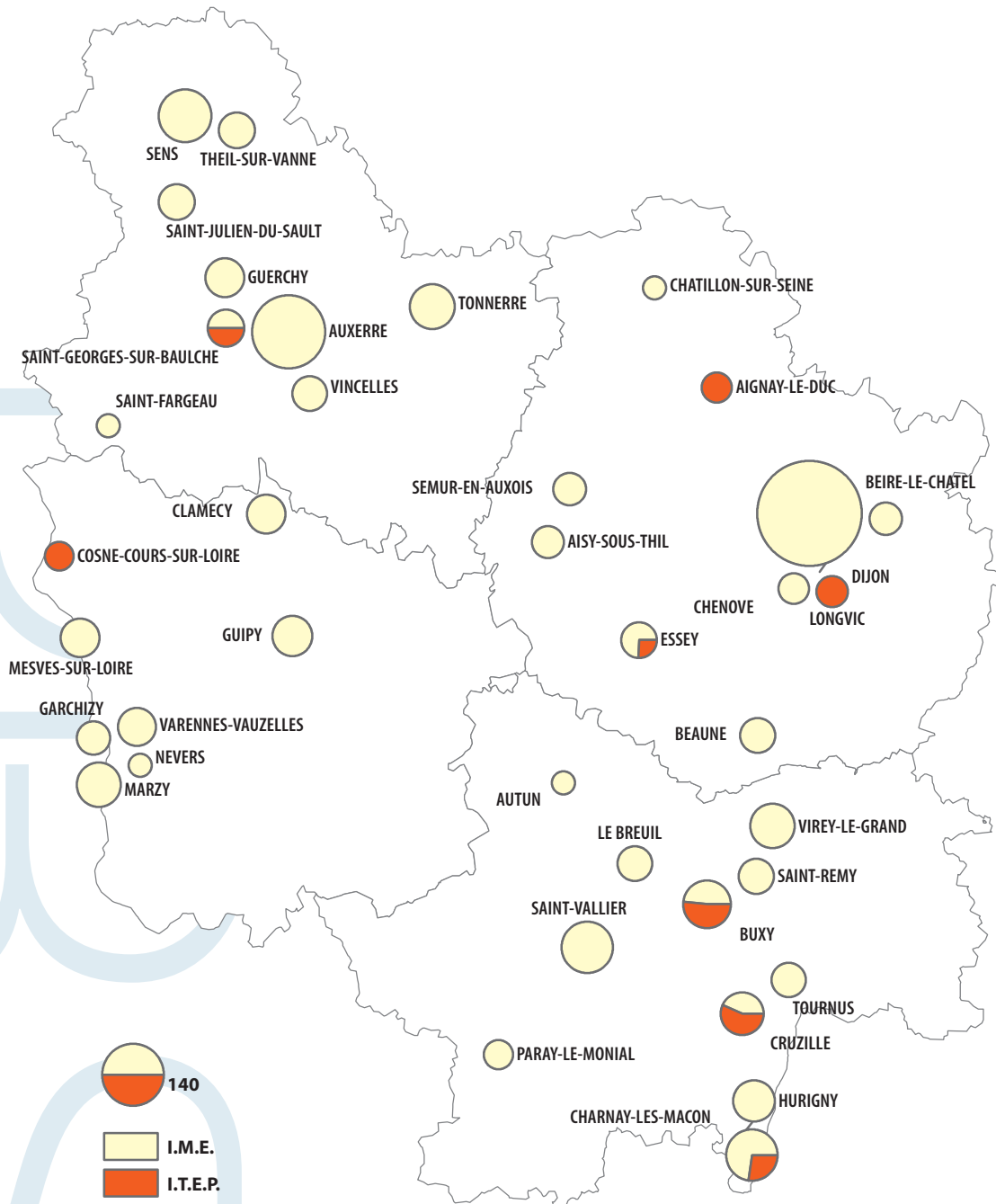
## Annexe 2 Localisation des établissements et services pour enfants et adolescents handicapés

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



## Annexe 3 Localisation des IME et des ITEP

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



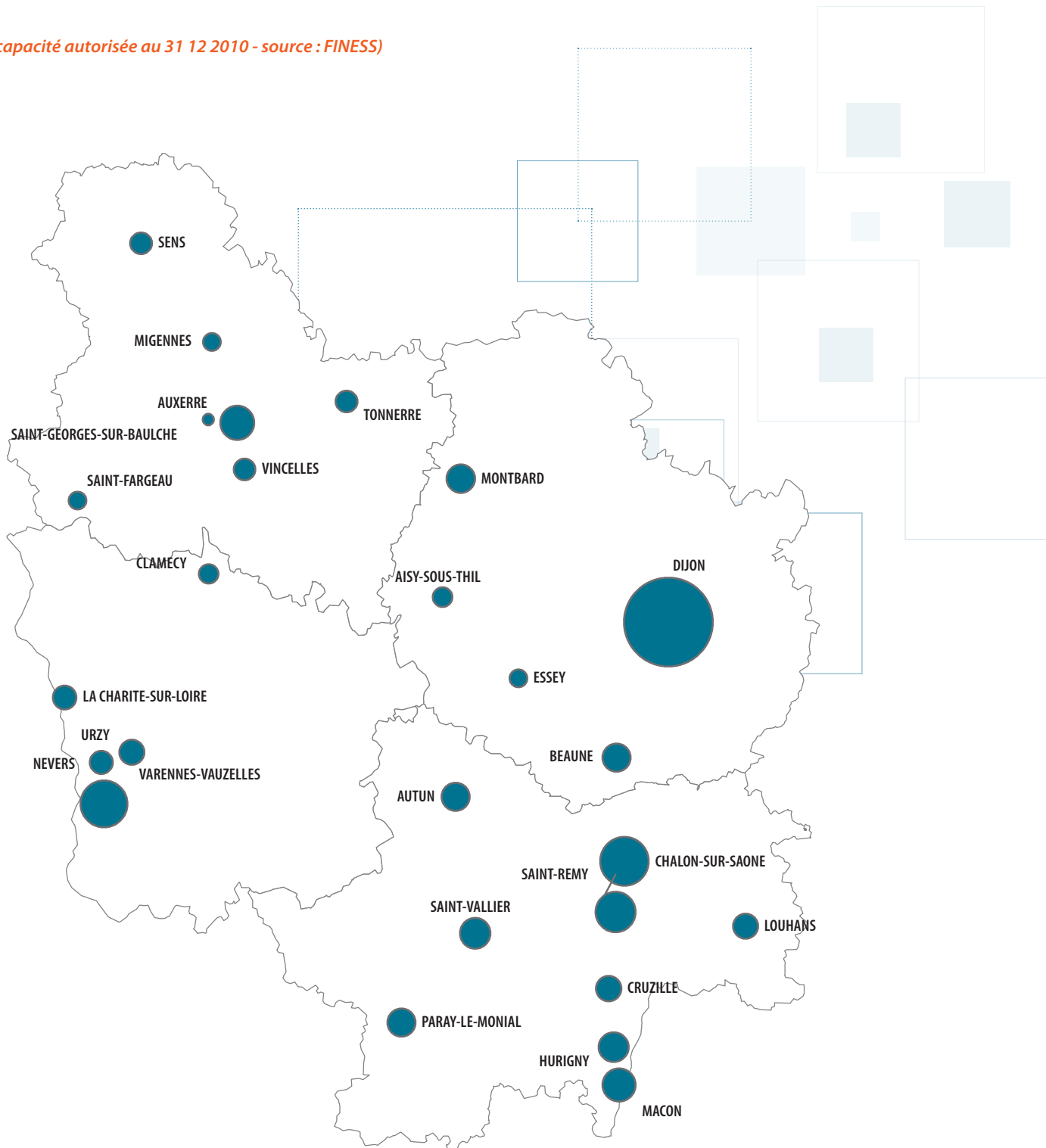
ARS BOURGOGNE - DOSA (réalisation DT89- 2011)





**Annexe 4 Localisation des SESSAD**

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



ARS BOURGOGNE - DOSA (réalisation DT89- 2011)



## Annexe 5 Localisation des établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés

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

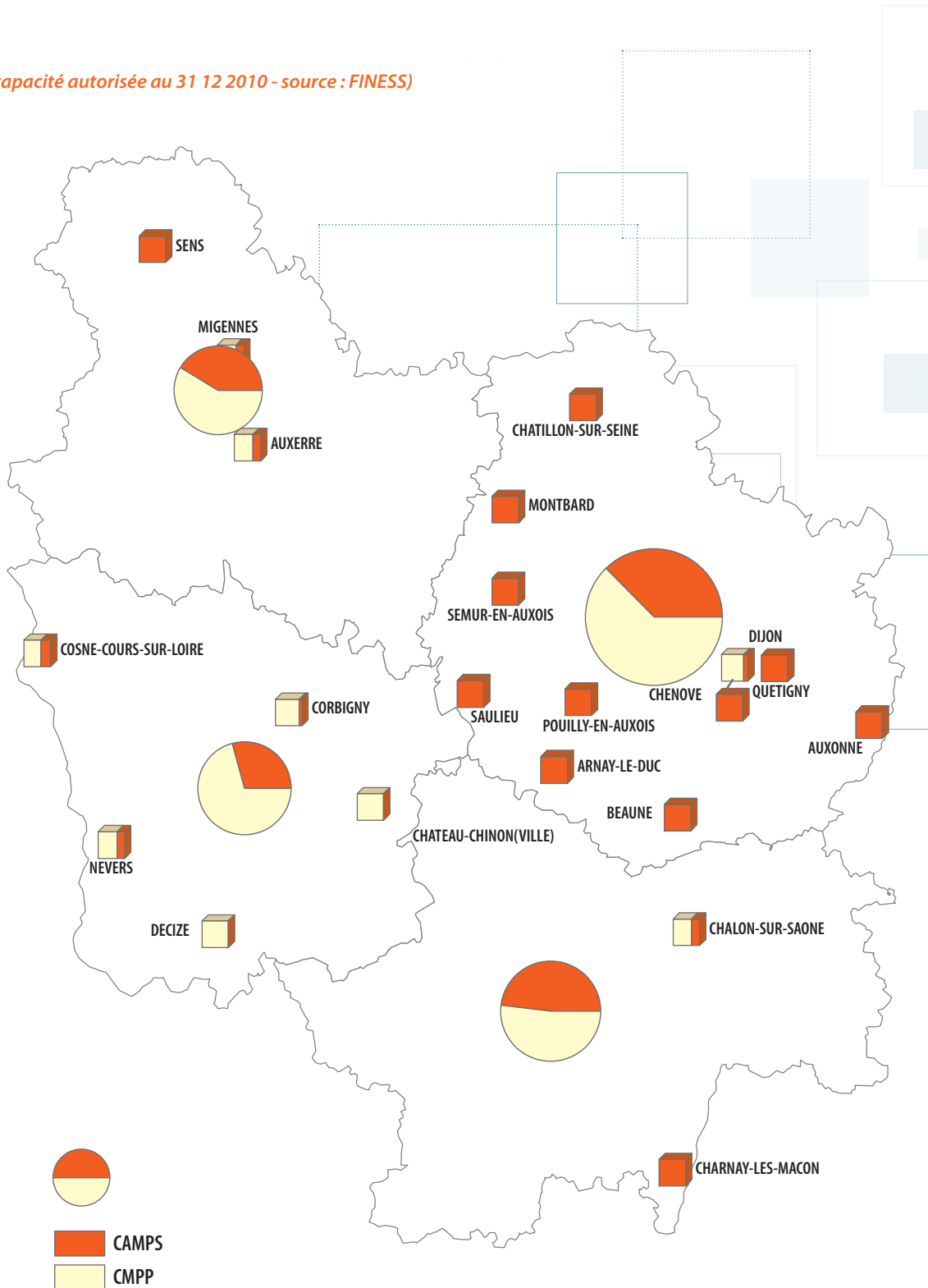


ARS BOURGOGNE - DOSA (réalisation DT89- 2011)

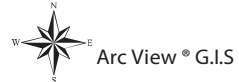


**Annexe 6 Localisation et file active des CAMPS et des CMPP**

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

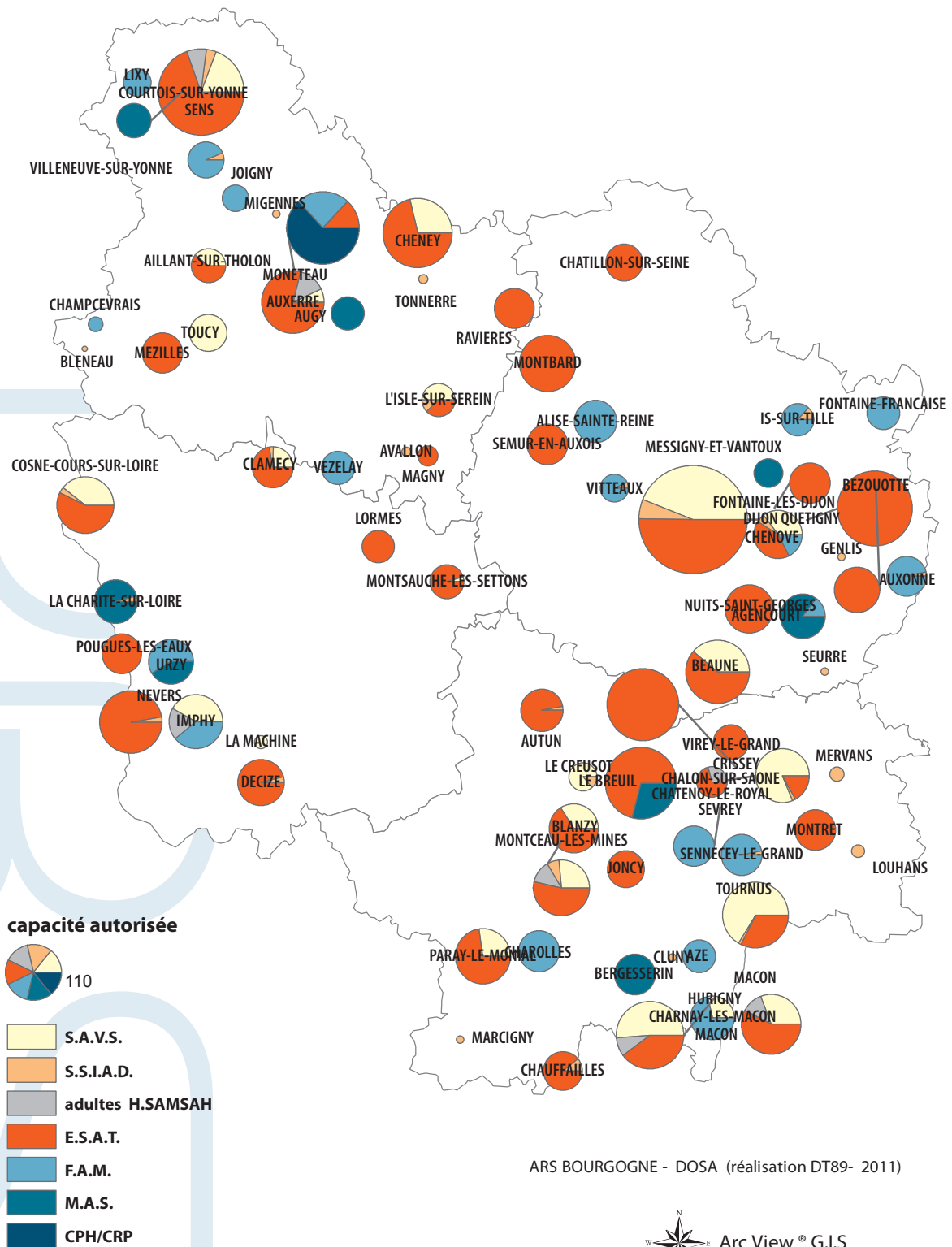


ARS BOURGOGNE - DOSA (réalisation DT89- 2011)



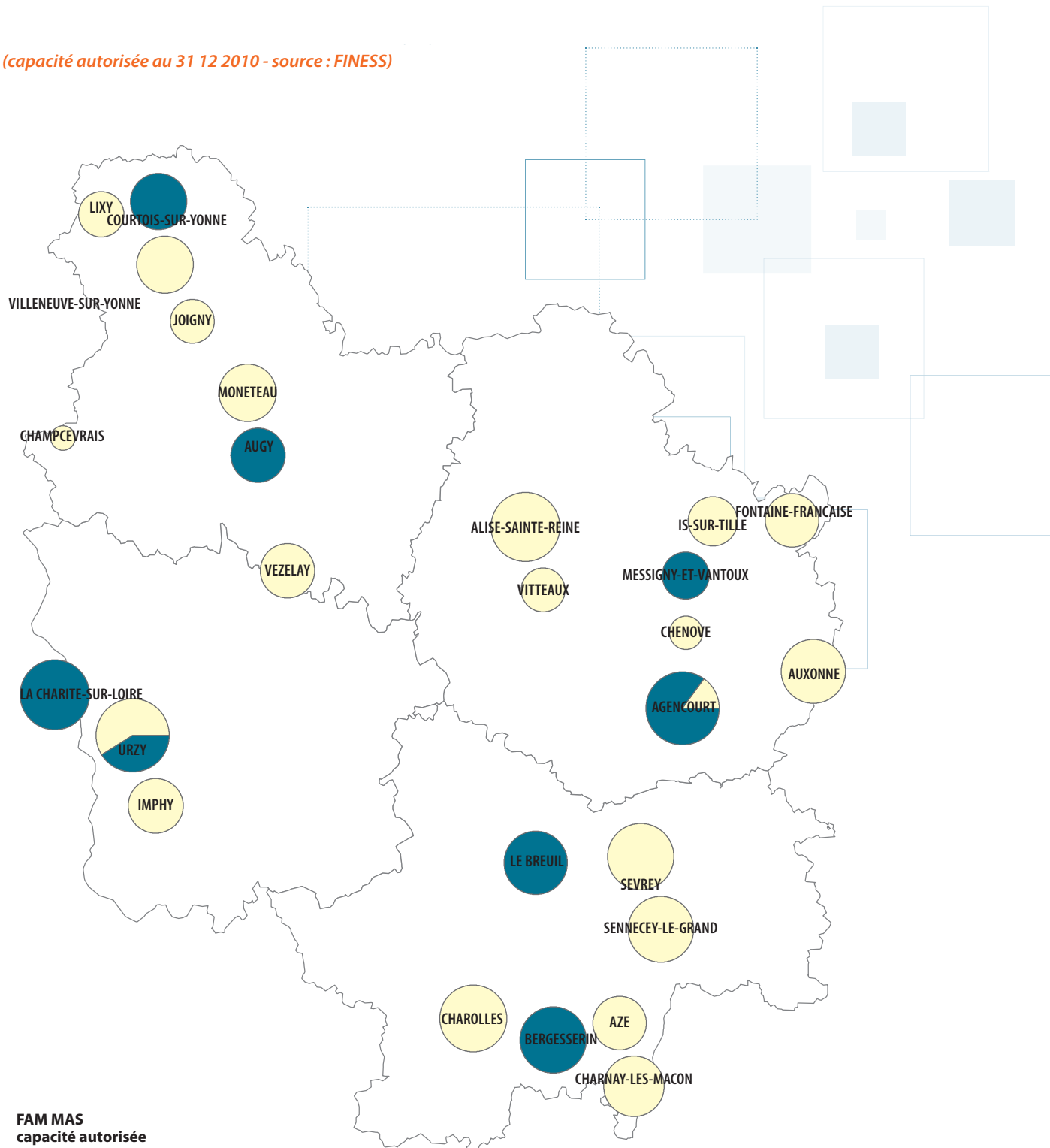
## Annexe 7 Localisation des établissements et services pour adultes handicapés

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



**Annexe 8 Localisation des MAS et des FAM**

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



FAM MAS  
capacité autorisée



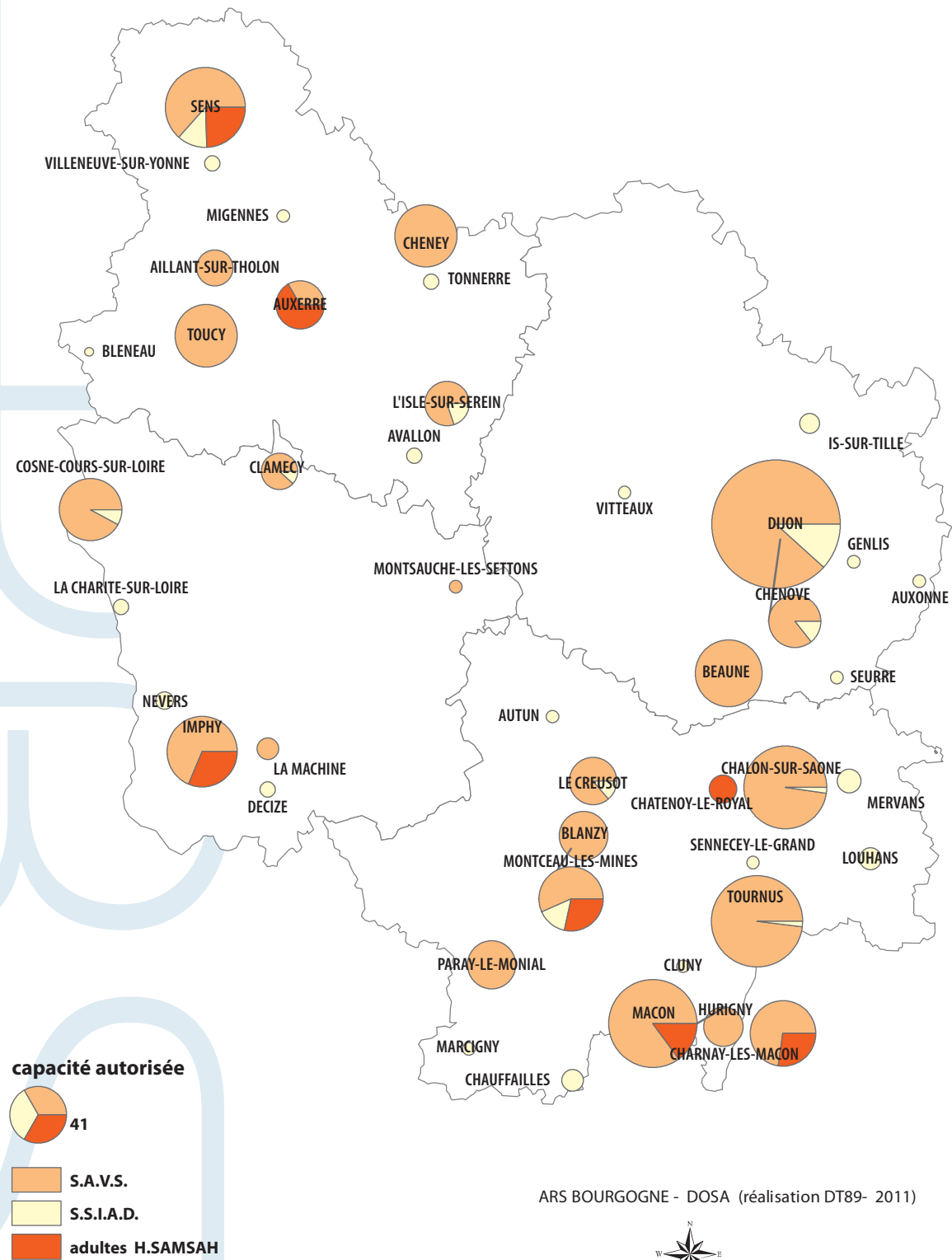
F.A.M.  
 M.A.S.

ARS BOURGOGNE - DOSA (réalisation DT89- 2011)



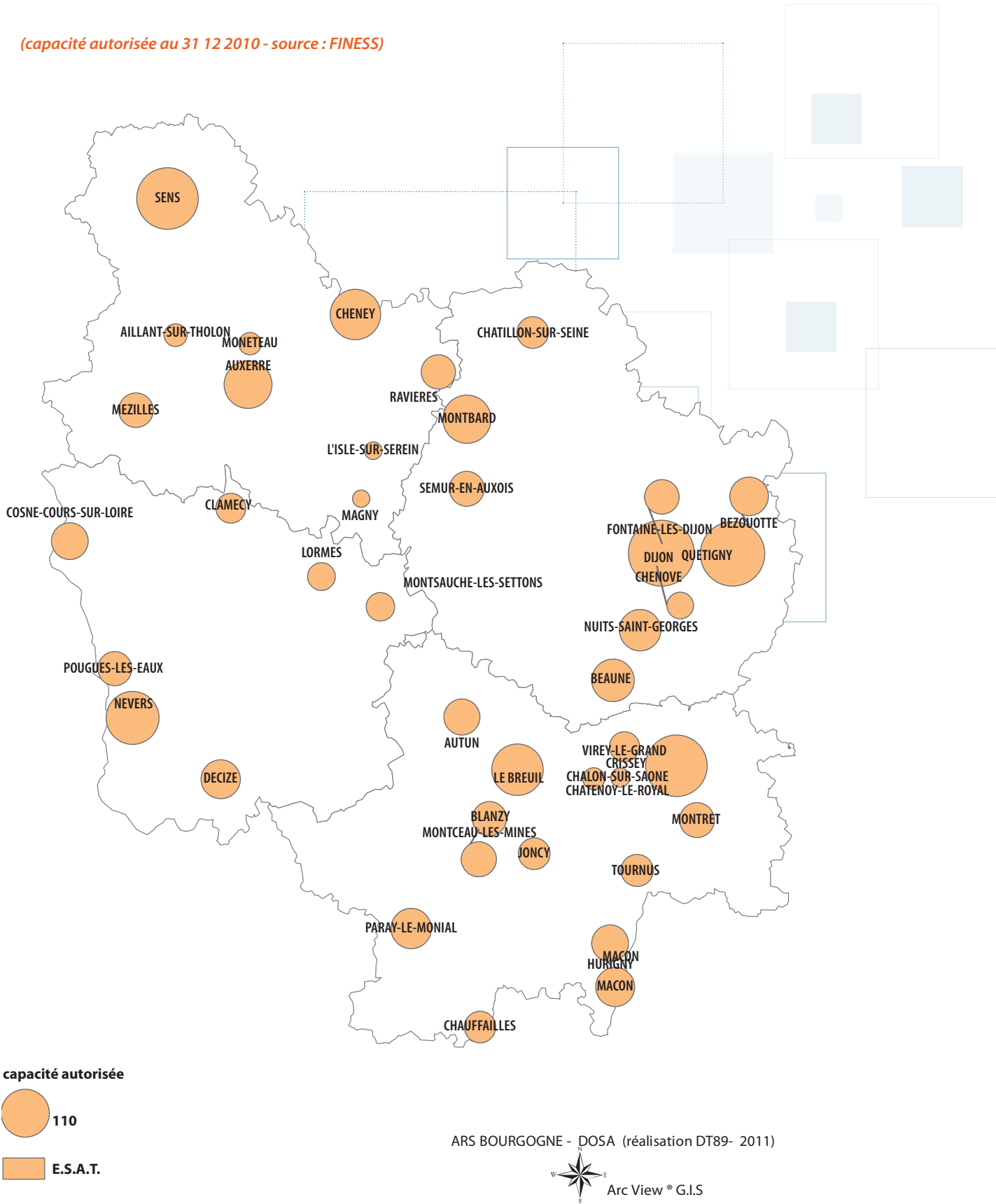
## Annexe 9 Localisation des SAVS, SAMSAH, SSIAD

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



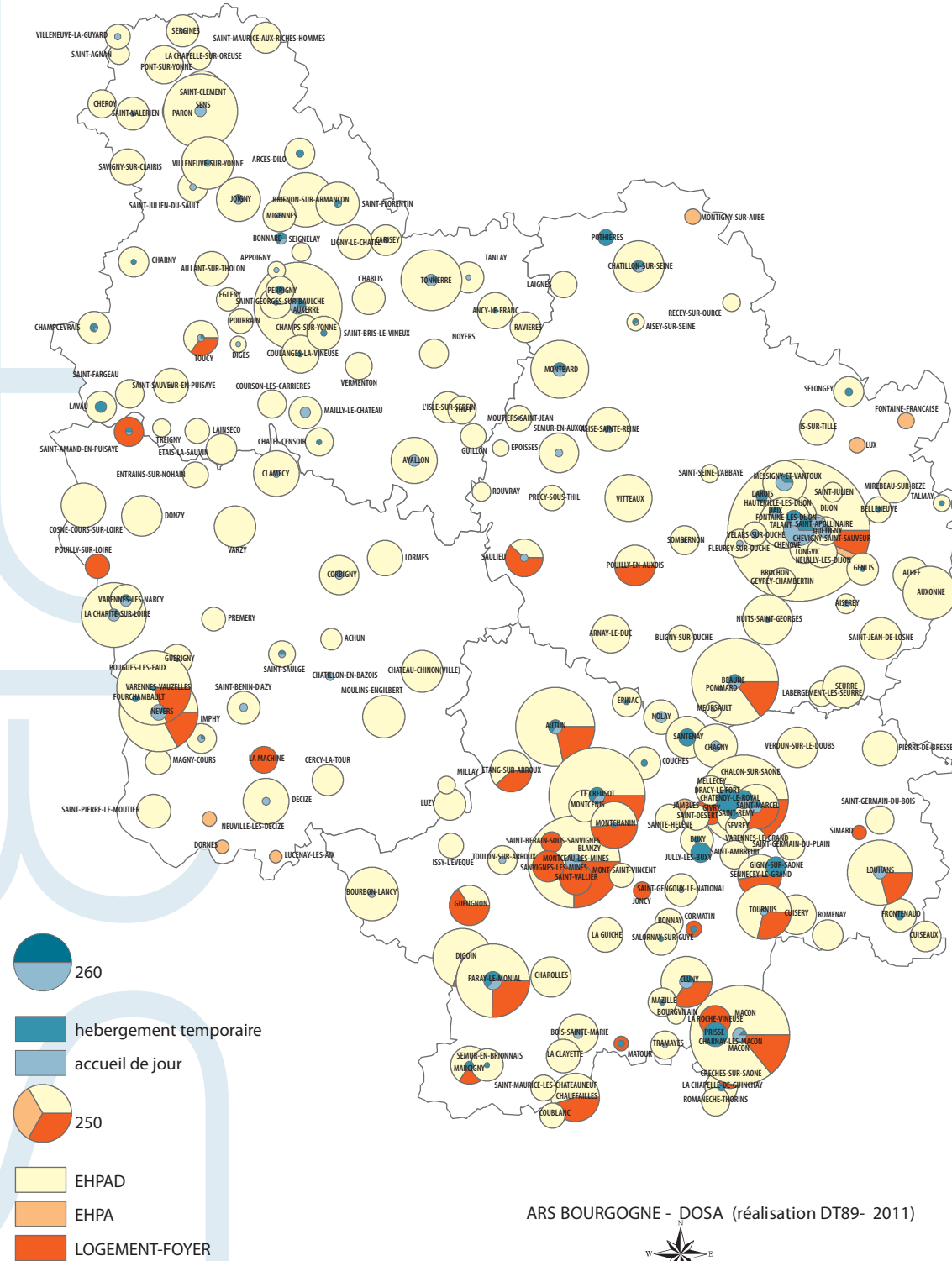
### Annexe 10 Localisation des ESAT

(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

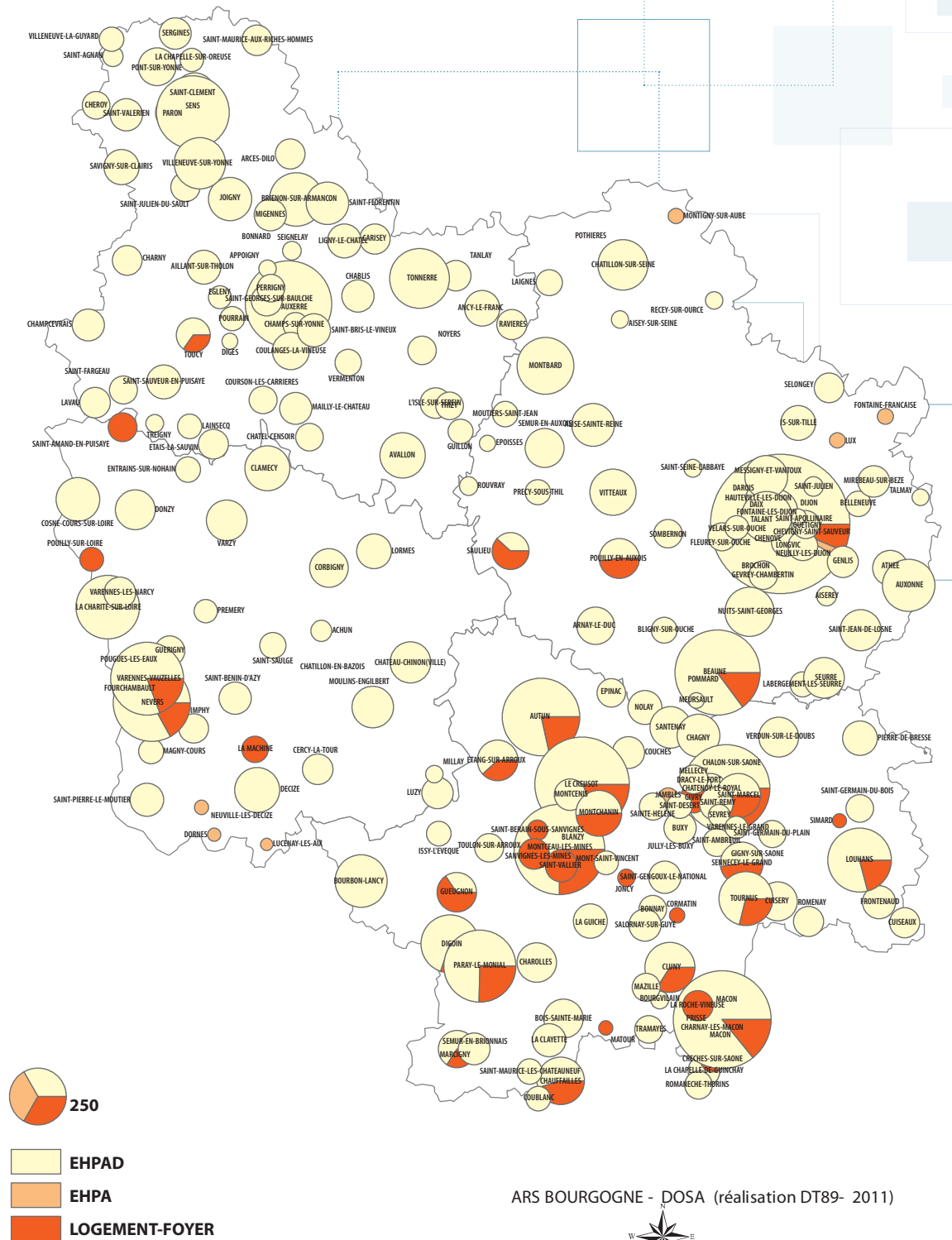
(capacité autorisée au 31 12 2010 - source : FINESS)





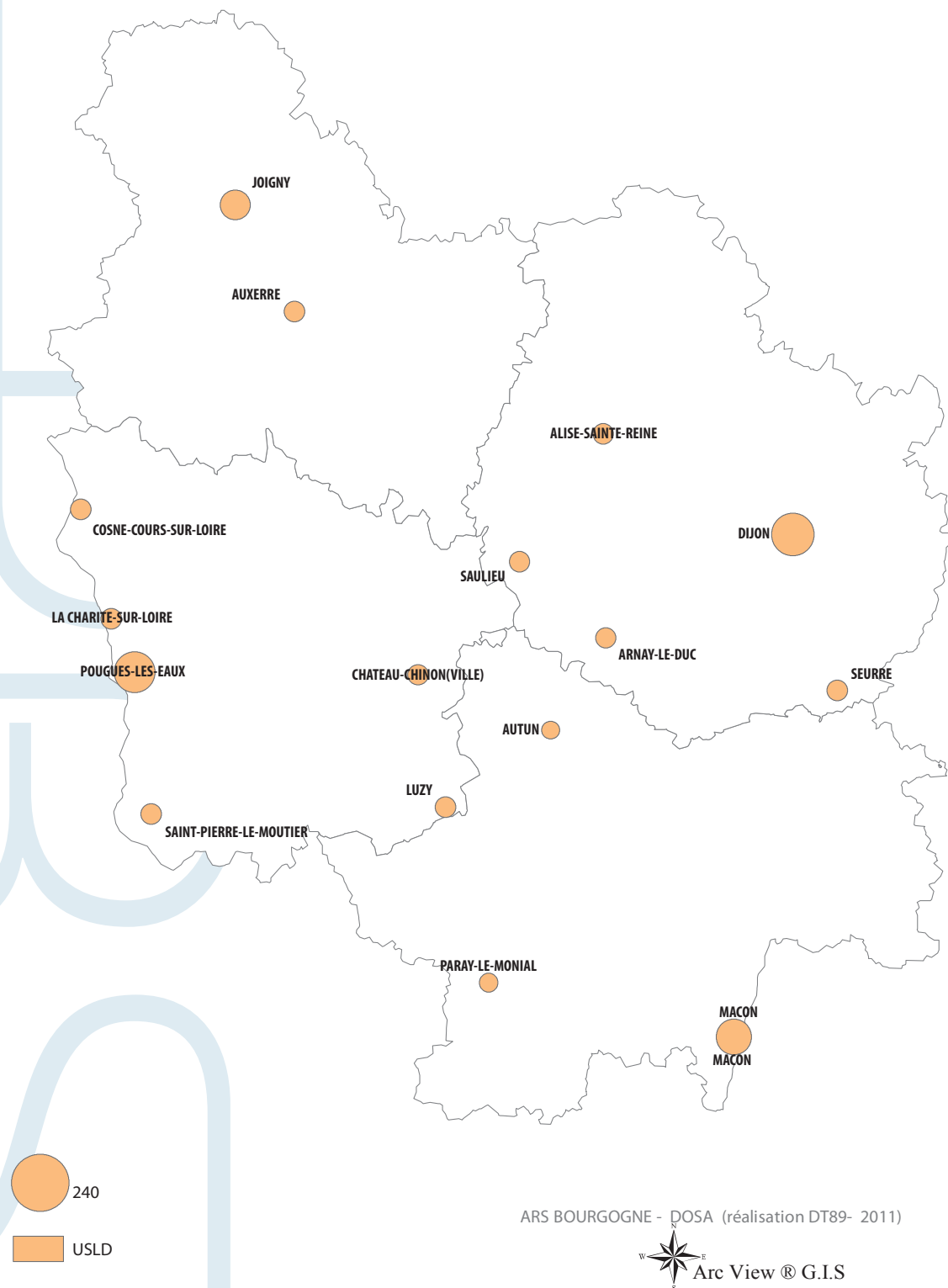
# Annexe 12 Localisation des établissements d'hébergement permanent pour personnes âgées

(capacité autorisée au 31 12 2010 - source : FINSS)



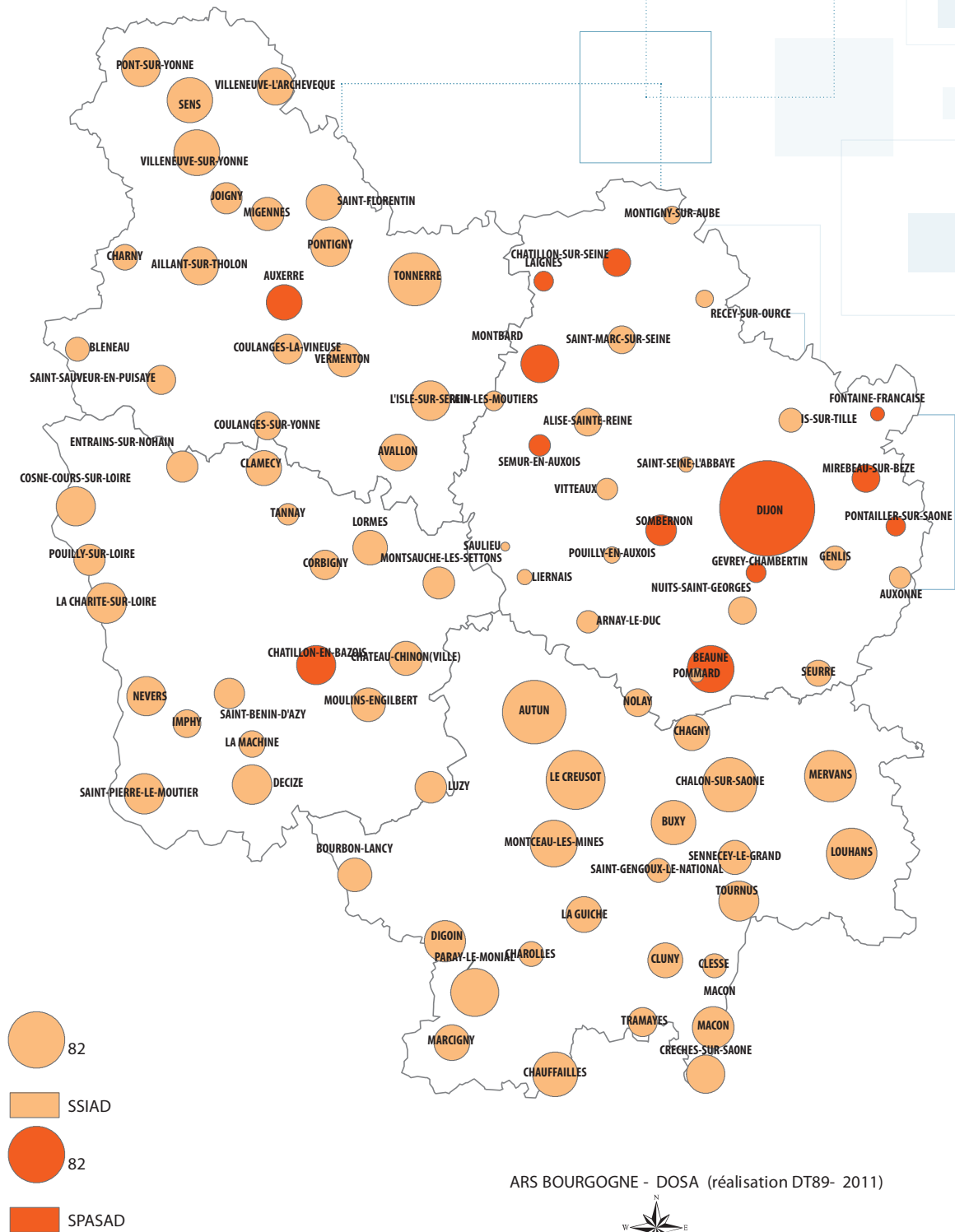
## Annexe 13 Localisation des unités de soins de longue durée (USLD)

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



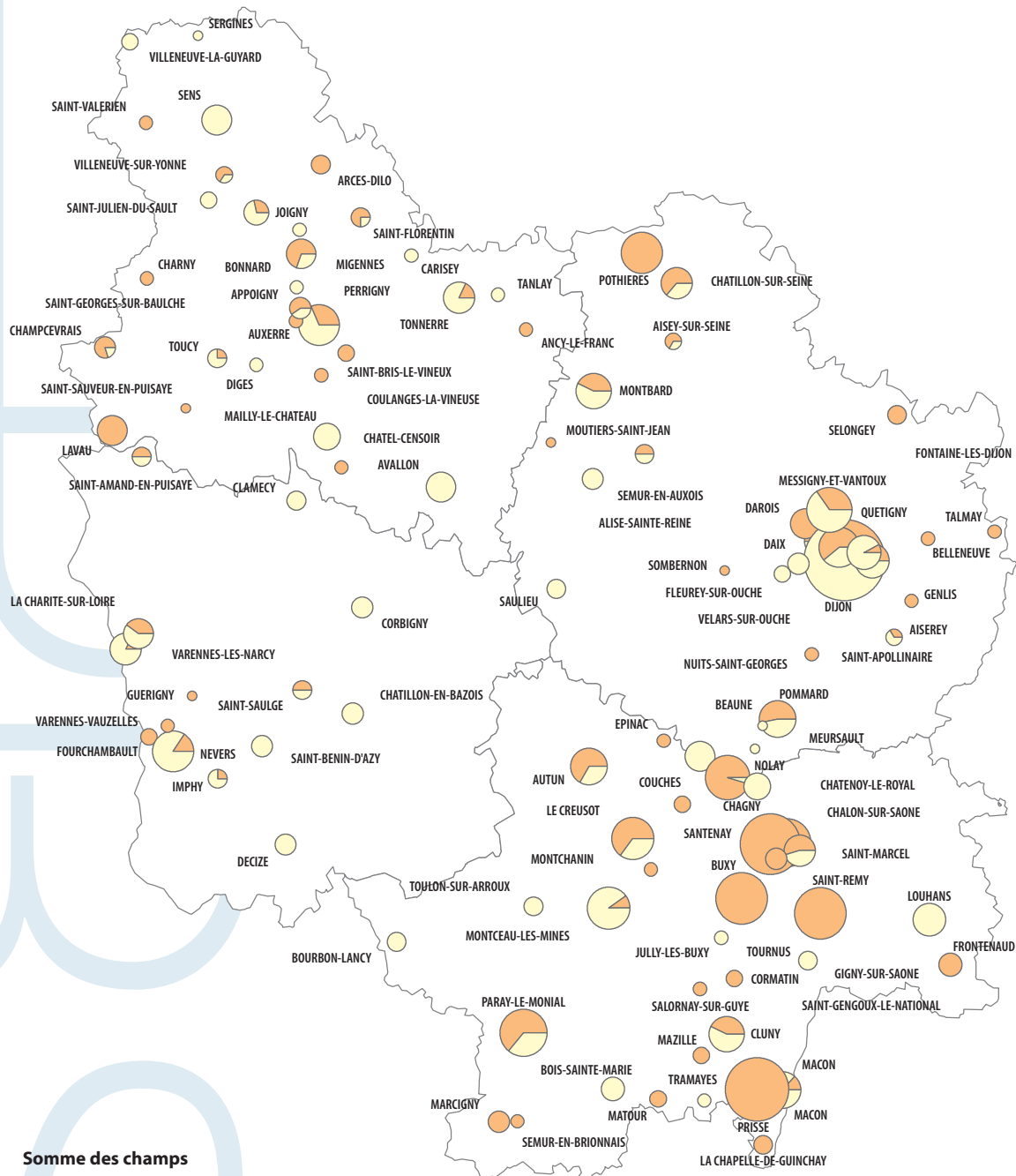
## Annexe 14 Localisation des services de soins à domicile pour personnes âgées (SSIAD et SPASAD)

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



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

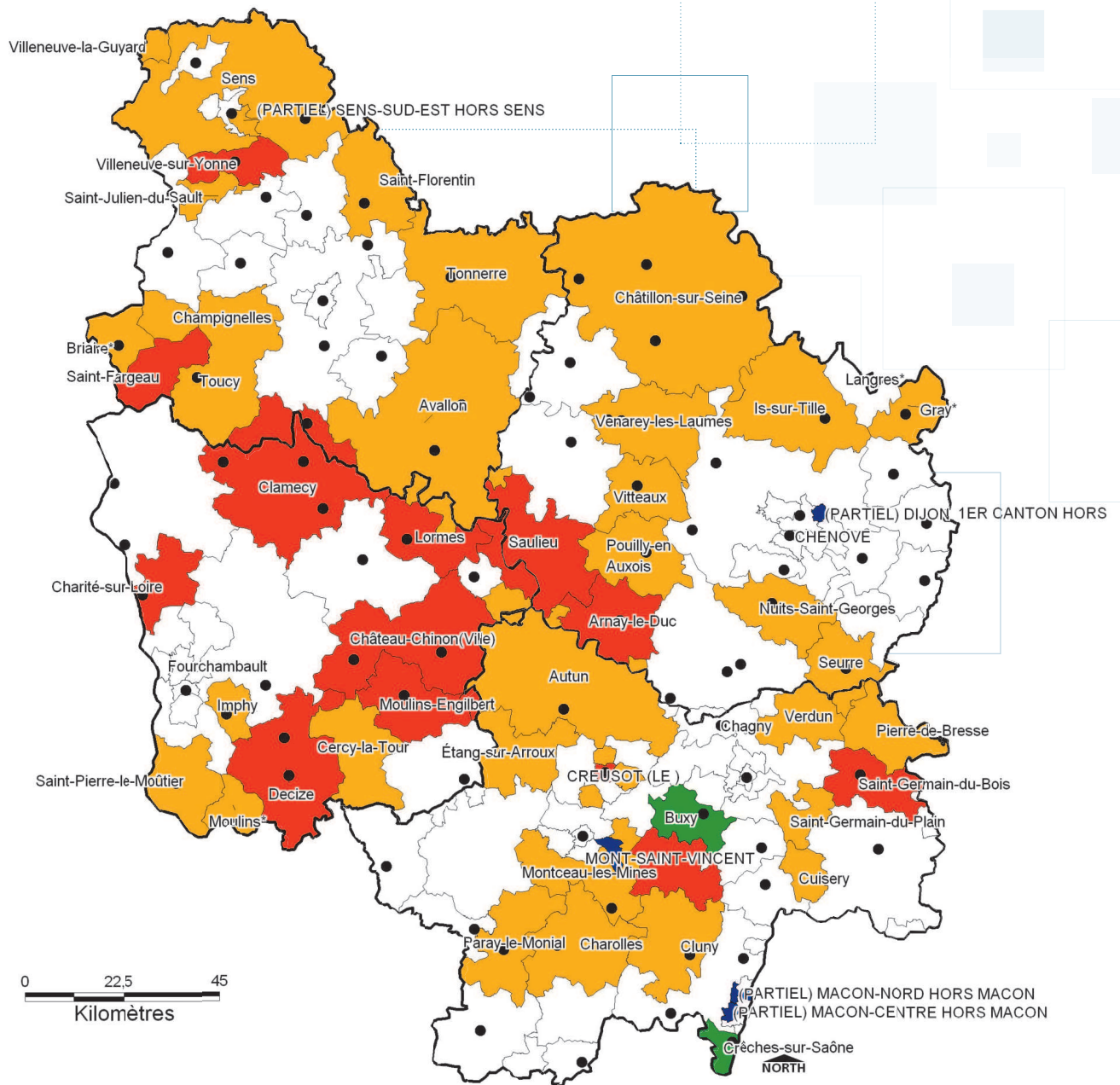
(capacité autorisée au 31 12 2010 - source : FINESS)



ARS BOURGOGNE - DOSA (réalisation DT89- 2011)



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



**Niveau de dotation des bassins de vie en infirmier**

- zone très sous-dotée (13)
- zone sous-dotée (33)
- zone intermédiaire (71)
- zone très dotée (2)
- zone sur-dotée (4)

● Sièges d'un ou plusieurs SSIAD

## Annexe 17 Diagnostic handicap et vieillissement

### DIAGNOSTIC RÉGIONAL sur le secteur médico-social handicap et vieillissement dans le cadre du Projet régional de santé (PRS) et du schéma régional d'organisation médico-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'élevaient à 439,8 millions d'€, pensions militaires d'invalidité de l'État, aide sociale départementale à l'hébergement et AGEFIPH non compris.

Les dépenses 2009 pour le financement des établissements et services s'élevaient 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.

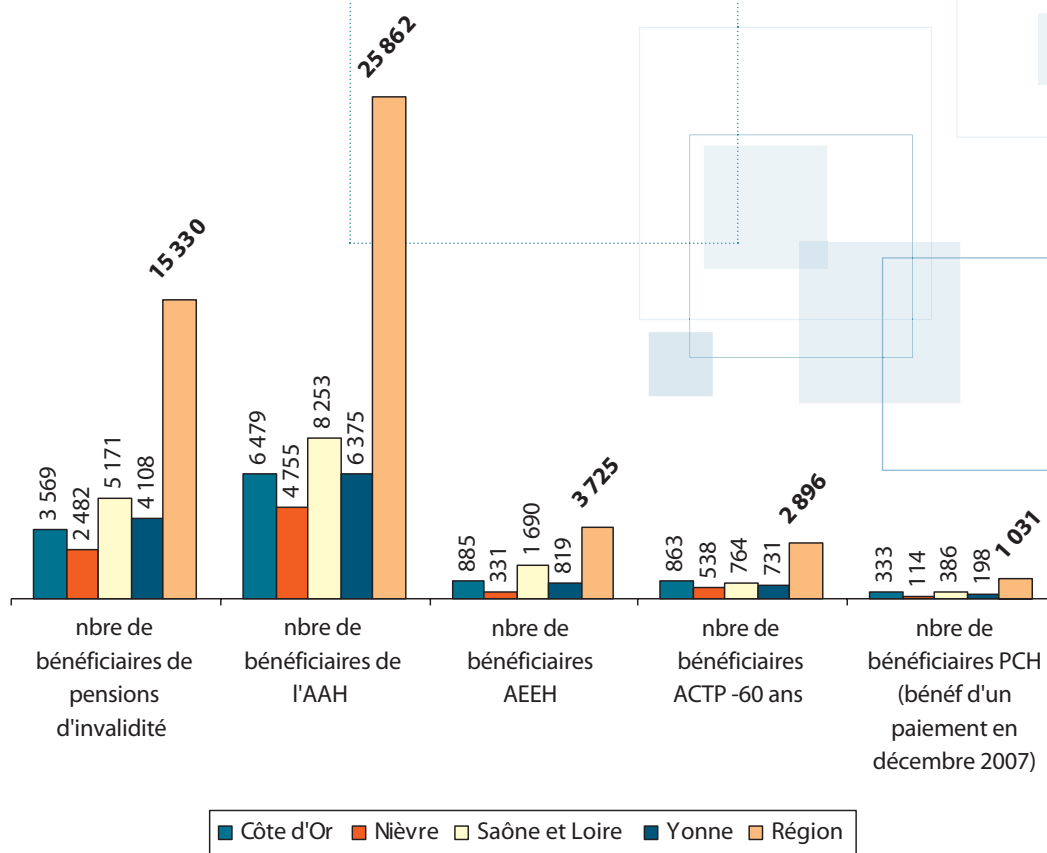
D'après une enquête des services statistiques du ministère (DREES), sur un échantillon de personnes ayant demandé l'AAH en 2005/2006, 28 % des demandeurs seraient atteints de déficience du psychisme (schizophrénie, troubles de l'humeur...), 22 % de déficience motrice, 17 % de déficience intellectuelle... 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'État, 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.

nombre de bénéficiaires de prestations de compensation du handicap (hors personnes âgées) en 2007



Sources : CNAMTS, CNAF/MSA, CNSA (données de contexte 2008), DREES, Statiss 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'AEEH 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'AEEH et d'AAH pour 1000 personnes en 2007

	0-19 ans	20 ans et +	total	nombre d'AEEH	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
<b>Côte-d'Or</b>	125 084	392 916	518 000	885	7,08	6479	16,49
<b>Nièvre</b>	45 739	175 761	221 500	331	7,24	4755	<b>27,05</b>
<b>Saône et Loire</b>	123 982	425 518	549 500	<b>1690</b>	<b>13,63</b>	8253	19,40
<b>Yonne</b>	80 860	260 140	341 000	819	<b>10,13</b>	6375	<b>24,51</b>
<b>Bourgogne</b>	375 665	1 254 335	1 630 000	3725	9,92	25 862	20,62
<b>France métropole</b>							16,9

Source : CNAMTS, CNAF/MSA, CNSA (données de contexte 2008), DREES, Statiss 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 :

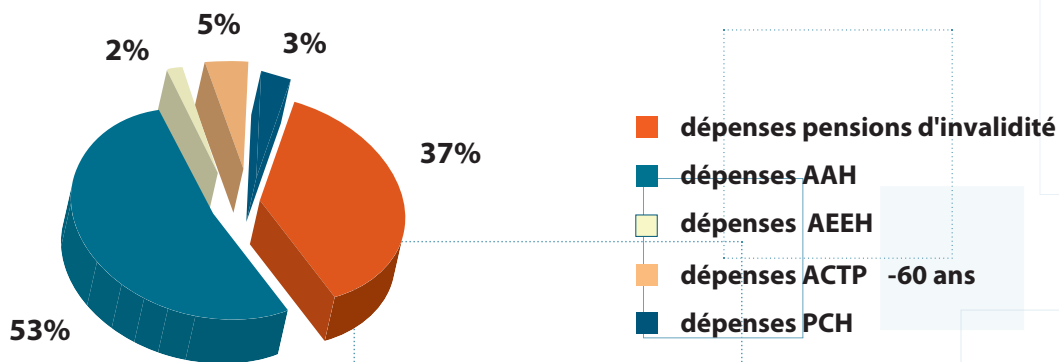
#### répartition du coût des prestations de compensation en 2007 en Bourgogne pour les personnes handicapées

dépenses pensions d'invalidité	dépenses AAH	dépenses AEEH	dépenses ACTP -60 ans	dépenses PCH	total dépenses région
109 645 132	154 791 063	5 382 054	15 905 000	7 909 236	293 632 485
37 %	53 %	2 %	5 %	3 %	100 %

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



Répartition des dépenses d'aides et compensations individuelles pour les personnes handicapées (hors personnes âgées) en 2007 sur un total de 293 632 485 € en Bourgogne



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).

À 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'État 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	134 467 171	46 181 828	180 648 999
dépenses État 2009 pour les ESAT		36 630 724	36 630 724
<b>total région</b>	<b>134 467 171</b>	<b>82 812 552</b>	<b>217 279 723</b>

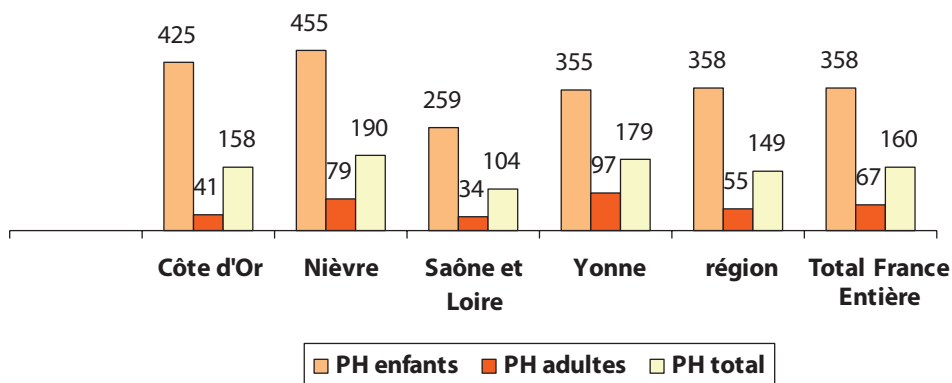
Sources : CNSA (dépense AM en euro/hab), INSEE, CNAMTS/SNIIRAM, ARS, India Iolf

Le montant des dépenses 2009 AM/CNSA/État 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 AM/CNSA 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
<b>Côte-d'Or</b>	6	16	22	78	28	106
<b>Nièvre</b>	8	11	19	3	2	5
<b>Saône-et-Loire</b>	51	20	71	114	30	144
<b>Yonne</b>	9	12	21	10	23	33
<b>Total Bourgogne</b>	<b>74</b>	<b>59</b>	<b>133</b>	<b>205</b>	<b>83</b>	<b>288</b>
<b>Total France</b>	<b>2 767</b>	<b>3 787</b>	<b>6 544</b>	<b>8 464</b>	<b>3 840</b>	<b>12 304</b>

(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.
- 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.

À 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 scolarisation 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 CREAL.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
21									Côte d'Or : enfants et adolescents					
	Côte d'Or : adultes (en cours de révision)													
58						Nièvre : enfants, adolescents, adultes								
71				Saône et Loire: enfants et adolescents										
						Saône et Loire : adultes								
89		Yonne : enfants et adolescents												
	Schéma adultes : inexistant													

Source : CREAL 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'État 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 détient 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	124 168	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	8,32
Yonne	79 713	675	119	794	8,47	9,96
<b>Bourgogne</b>	<b>369 031</b>	<b>2519</b>	<b>1076</b>	<b>3595</b>	<b>6,83</b>	<b>9,74</b>
<b>France <sup>1</sup></b>	<b>15 315 215</b>	<b>103 989</b>	<b>36 586</b>	<b>140 575</b>	<b>6,8</b>	<b>9,2</b>

Source : PRIAC actualisation DOSA au 31/03/2011

<sup>1</sup> - source statiss 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	RMPS	DEF PSY	AUTIS	TC	POLY	HM	DV	DA
<b>Côte-d'Or</b>	1 233	731	119	0	373	0	0	45	76	48	40	5	25
<b>Nièvre</b>	556	414	164	36	60	76	0	17	31	30	0	0	0
<b>Saône-et-Loire</b>	1 012	699	274	0	106	93	20	51	99	56	0	0	0
<b>Yonne</b>	794	675	170	86	105	191	0	10	57	44	0	0	13
<b>Bourgogne</b>	<b>3 595</b>	<b>2 519</b>	<b>727</b>	121	644	360	20	<b>123</b>	<b>263</b>	<b>178</b>	<b>40</b>	<b>5</b>	<b>38</b>

Sources : arrêtés d'autorisation, BREX, PRIAC

**DI :** déficience intellectuelle

**RML :** retard mental léger

**RMM :** retard mental moyen

**RMPS :** retard mental profond sévère

**DEF PSY :** déficience du psychisme

**AUTIS :** autisme

**TC :** troubles du comportement

**POLY :** polyhandicap

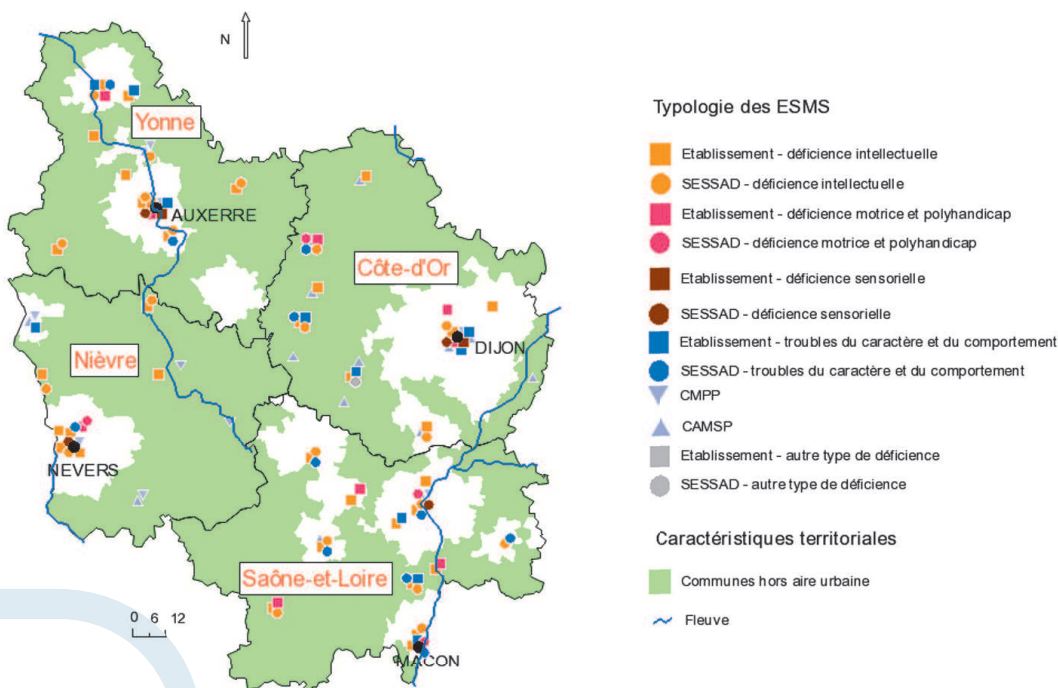
**HM :** handicap moteur

**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
<b>Bourgogne</b>	<b>43</b>	<b>248</b>	<b>0</b>	<b>291</b>	<b>0,78</b>
France Métropole	2052	8889	846	11 787	0,77

Source : PRIAC 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 CAMPS 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, Éducation nationale...).

**CAMPS et CMPP : files actives et taux de prise en charge en 2006**

DÉPARTEMENT	Population des 0-6 ans au 1/01/2006	File active 2006 CAMPS	Taux de prise en charge CAMSP pour 1 000 jeunes de 0 à 6 ans	Population des 0-20 ans au 1/01/2006	File active 2006 CMPP	Taux de prise en charge CMPP pour 1 000 jeunes de 0 à 20 ans
Côte-d'Or	41 685	1 191	28,57	134 714	1 990	14,77
Nièvre	15 355	432	28,13	48 446	1 046	21,59
Saône-et-Loire	41 772	818	19,58	129 322	886	6,85
Yonne	28 035	551	19,65	84 326	779	9,24
<b>Bourgogne</b>	<b>126 847</b>	<b>2 992</b>	<b>23,59</b>	<b>396 808</b>	<b>4 701</b>	<b>11,85</b>

Source : INSEE et étude « Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en Bourgogne » Echelon Statistique DRASS - 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 CREAI, 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	Évolution 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	Évolution 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	108	142	31,5 %	3,26	25,54 %
Saône-et-Loire	267	313	17,2 %	2,57	30,93 %
Yonne	105	119	13,3 %	1,49	14,99 %
<b>Bourgogne</b>	<b>781</b>	<b>1076</b>	<b>37,8 %</b>	<b>2,92</b>	<b>29,93 %</b>
France (en 2008)					24,34 %

Source DOSA 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 CREAL 2011, 83 places dans l'Yonne et 124 dans la Nièvre sont occupées par des enfants déficients intellectuels légers).

### c) 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
<b>Côte-d'Or</b>	1342	1,43 %	906	30	18	436
<b>Nièvre</b>	765	2,18 %	406	27	10	359
<b>Saône-et-Loire</b>	2159	2,28 %	1615	48	14	544
<b>Yonne</b>	1025	1,71 %	727	19	10	298
<b>Bourgogne</b>	<b>5291</b>	<b>1,87 %</b>	<b>3654</b>	<b>124</b>	<b>52</b>	<b>1637</b>

source : tableau de bord académique 2009-2010 - rectorat

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 CREAL 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

## /// ÉTABLISSEMENTS ADULTES

### Établissements 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], Établissement de réinsertion professionnelle

Capacités 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+ établissement expérimental médicalisé		MAS		FAM + MAS + établissement expérimental médicalisé		SSIAD PH	
		capacité	TE pour 1000	capacité	TE pour 1000	capacité	TE pour 1000	capacité	TE pour 1000
Côte-d'Or	277 251	307	1,11	137	0,49	444	1,60	54	0,19
Nièvre	103 938	86	0,83	90	0,87	176	1,69	19	0,18
Saône-et-Loire	271 345	354	1,30	114	0,42	468	<b>1,72</b>	45	0,16
Yonne	171 166	203	1,19	83	0,48	286	1,67	45	0,26
<b>BOURGOGNE</b>	823 700	950	1,15	424	0,51	1374	1,67	163	0,20
<b>France<sup>1</sup></b>	33 180 265	16 791	0,51	21 221	0,640	37 912	1,15	5263	0,16

Département	projection de la population 2011 des 20 - 59 ans	SAMSAH		SSIAD PH + SAMSAH		Ensemble Établissements + Services		Établissements de réinsertion professionnelle (CPO, CRP)	
		capacité	TE pour 1000	capacité	TE pour 1000	capacité	TE pour 1000	capacité	TE pour 1000
Côte-d'Or	277 251	42	0,15	96	0,35	540	1,95		
Nièvre	103 938	20	0,19	39	0,38	215	2,07		
Saône et Loire	271 345	62	0,23	107	0,39	575	2,12		
Yonne	171 166	40	0,23	85	<b>0,50</b>	371	<b>2,17</b>	100	0,56
<b>BOURGOGNE</b>	823 700	164	0,20	327	0,40	1701	2,07	100	0,11
France <sup>1</sup>	33 180 265	5640	0,17	10 903	0,33	48 815	<b>1,48</b>	Nd	Nd

Source : PRIAC actualisation DOSA 2011 ;  
 1 - source statiss 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 31/3/2011

	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	8	27	38	8,56
Nièvre	86	90	176	2	0	2	3	8	11	13	7,39
Saône-et-Loire	354	114	468	4	8	12	32	5	37	49	10,47
Yonne	203	83	286	0	0	0	0	8	8	8	2,80
<b>Bourgogne</b>	<b>950</b>	<b>424</b>	<b>1374</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>54</b>	<b>29</b>	<b>83</b>	<b>108</b>	<b>7,86</b>

Source : PRIAC actualisation DOSA 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.

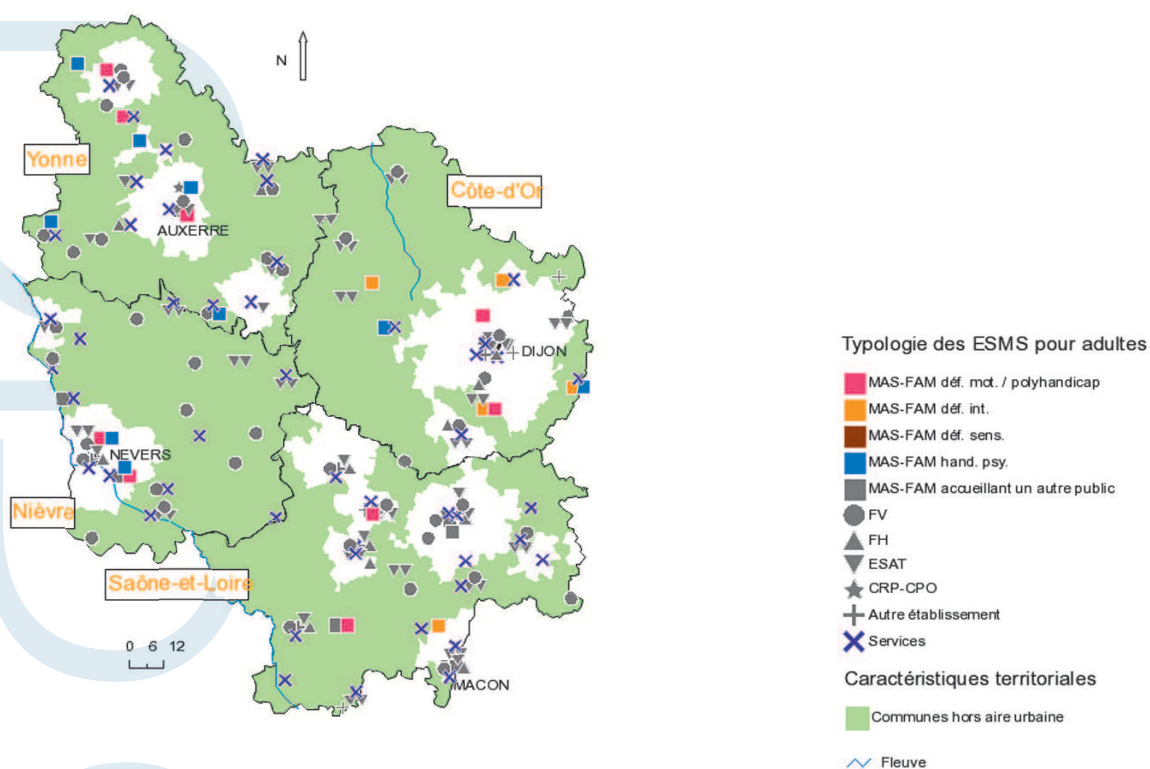
À ces structures médicalisées s'ajoutent 42 ESAT [établissements et services d'aide par le travail] et 11 GEM [groupement d'entraide mutuelle pour les personnes atteintes de troubles psychiques]. C'est la Nièvre la mieux équipée en ESAT, suivie de la Saône et Loire.

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

DÉPARTEMENT	projection de la population 2011 des 20 - 59 ans	places en ESAT au 31/03/2011	Taux d'équipement pour 1 000	nombre de GEM en fonctionnement au 31/12/2009
Côte-d'Or	277 251	1 034	3,73	4
Nièvre	103 936	458	<b>4,41</b>	2
Saône-et-Loire	271 345	1028	3,79	3
Yonne	171 166	636	3,72	2
<b>Bourgogne</b>	<b>823 700</b>	<b>3156</b>	<b>3,83</b>	<b>11</b>

Source : PRIAC 2011-2013

Implantation des ESMS pour adultes



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	186	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
<b>Bourgogne</b>	<b>1583</b>	<b>391</b>	<b>0</b>	<b>1974</b>	<b>2,35</b>
<b>France métropole</b>	<b>55 318</b>	<b>17 936</b>	<b>1818</b>	<b>75 072</b>	<b>2,2</b>

Source : PRIAC 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 01/01/2006	Nombre de places au 31/3/2011	Taux d'équipement au 31/3/2011	Évolution places 2011/2006	Nombre de places au 01/01/2006	Nombre de places au 31/03/2011	Taux d'équipement	Évolution places 2010/2006
Côte-d'Or	15	54	0,19	↗ 260 %	0	42	0,15	↗
Nièvre	10	19	0,18	→ 90 %	16	20	0,19	↗ 25 %
Saône-et-Loire	25	45	0,16	↗ 80 %	10	62	0,23	↗ 520 %
Yonne	25	45	0,26	↗ 80 %	0	40	0,23	↗
<b>Bourgogne</b>	<b>75</b>	<b>163</b>	<b>0,20</b>	<b>↗ 117 %</b>	<b>26</b>	<b>164</b>	<b>0,20</b>	<b>↗ 376 %</b>

Source ARS DOSA et PRIAC 2010-2013

Les SAMSAH étaient déjà une priorité du plan d'action stratégique de l'État 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**

**Évolution des places d'ESAT entre 2006 et 2011 et taux d'équipement 2011**

Département	ESAT				CRP au 31/12/2008	
	Nombre de places au 01/01/2006	Nombre de places au 31/03/2011	Taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans	Évolution places 2011/2006	Nombre de places au 31/12/2008	Taux d'équipement pour 1000
Côte-d'Or	957	1034	3,73	→ 8 %		
Nièvre	444	458	4,41	→ 3 %		
Saône-et-Loire	954	1028	3,79	↗ 7,7 %		
Yonne	578	636	3,72	↗ 10 %	100	0,56
<b>Bourgogne</b>	<b>2933</b>	<b>3156</b>	<b>3,83</b>	<b>↗ 7,6 %</b>	<b>100</b>	<b>0,12</b>

Source ARS DOSA et PRIAC 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 en 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.

**c) 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.

### Évolution 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	Évolution places 2011/2006	Nombre de places au 01/01/2006	Nombre de places au 31/03/2011	Taux d'équipement pour 1000	Évolution places 2011/2006
Côte-d'Or	189	307	1,11	↗ 62 %	87	137	0,49	↗ 57 %
Nièvre	86	86	0,83	→	30	90	0,87	↗ 200 %
Saône-et-Loire	210	354	1,30	↗ 69 %	72	114	0,42	↗ 58 %
Yonne	189	203	1,19	↗ 7 %	71	83	0,48	↗ 17 %
<b>Bourgogne</b>	<b>674</b>	<b>950</b>	<b>1,15</b>	<b>↗ 41 %</b>	<b>260</b>	<b>424</b>	<b>0,51</b>	<b>↗ 63 %</b>

Source ARS DOSA

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 CREAI) 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 (frais 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<sup>er</sup> 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 CREAL 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 (65 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
<b>Région</b>	<b>86,2</b>
<b>France métropole</b>	<b>67,3</b>

Source : STATISS 2010

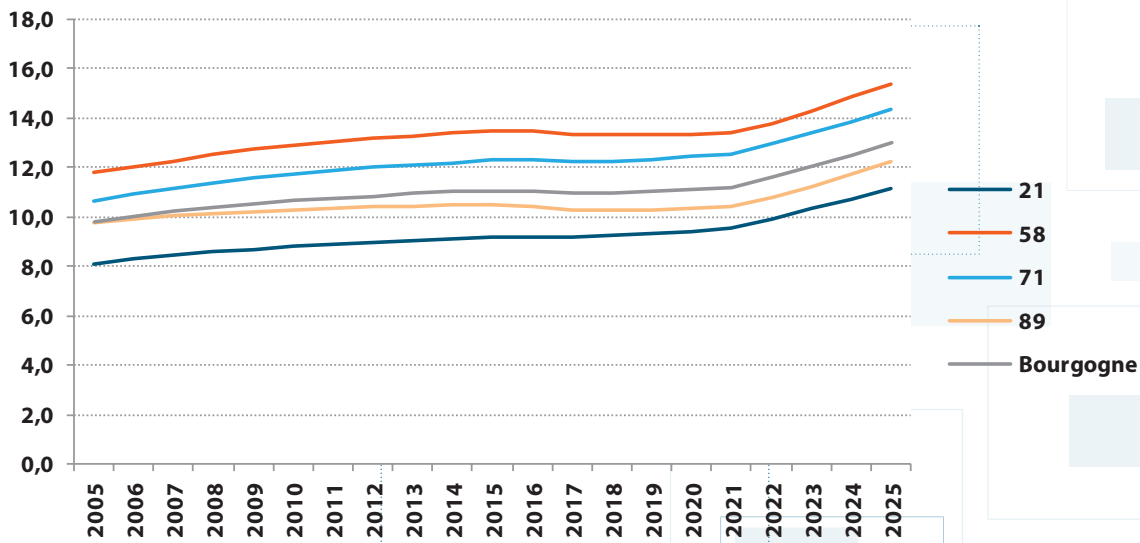
Le graphique ci-dessous confirme la part importante des 75 ans et + dans la population totale de la Nièvre et de la Saône-et-Loire, jusque dans les projections INSEE en 2025.

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 2005 et 2025, selon les projections de l'Insee

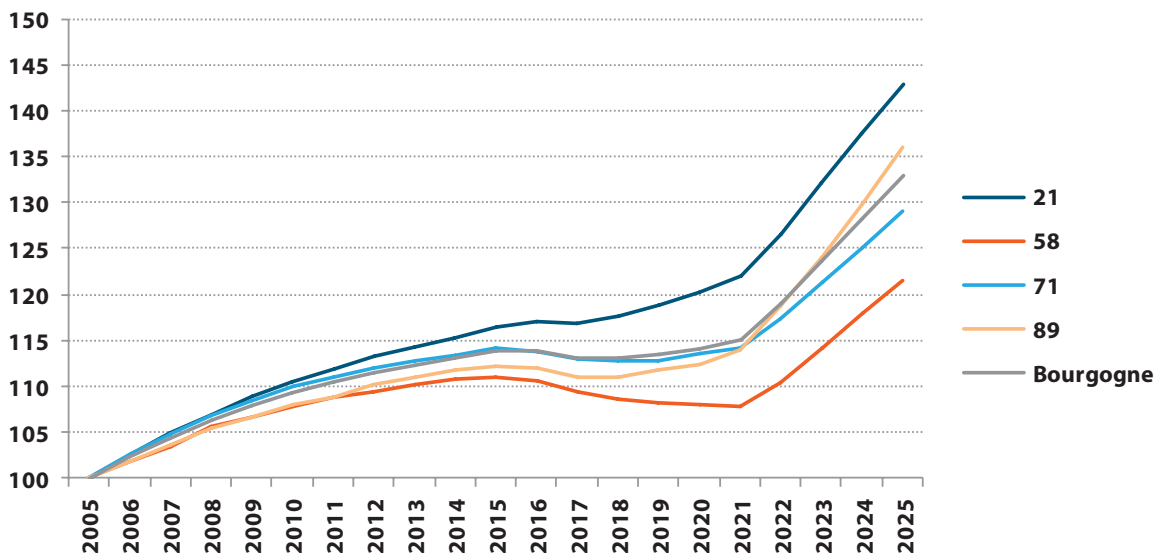


Source : Insee - Exploitation ORS

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 : Évolution 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)

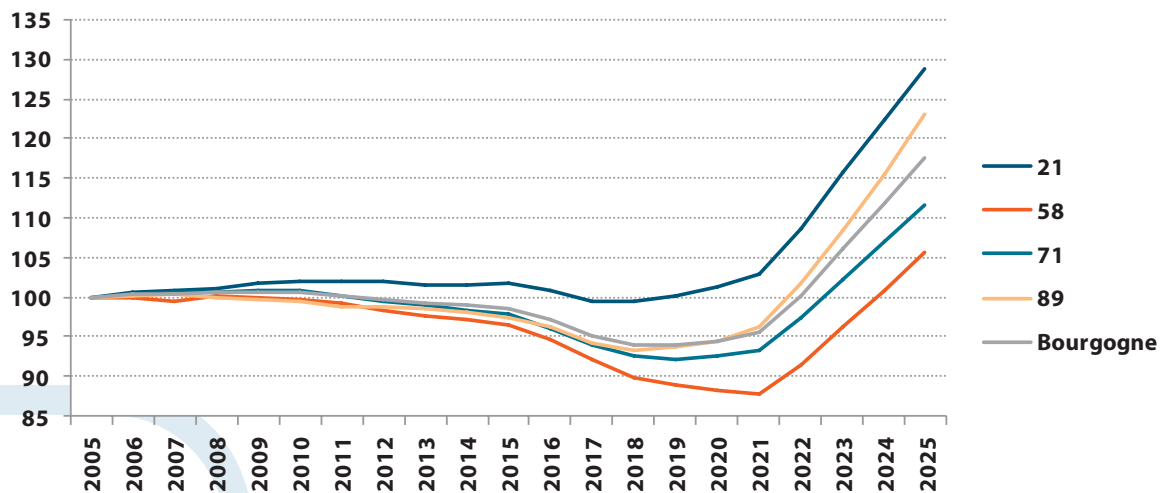


Source : Insee - Exploitation ORS

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.

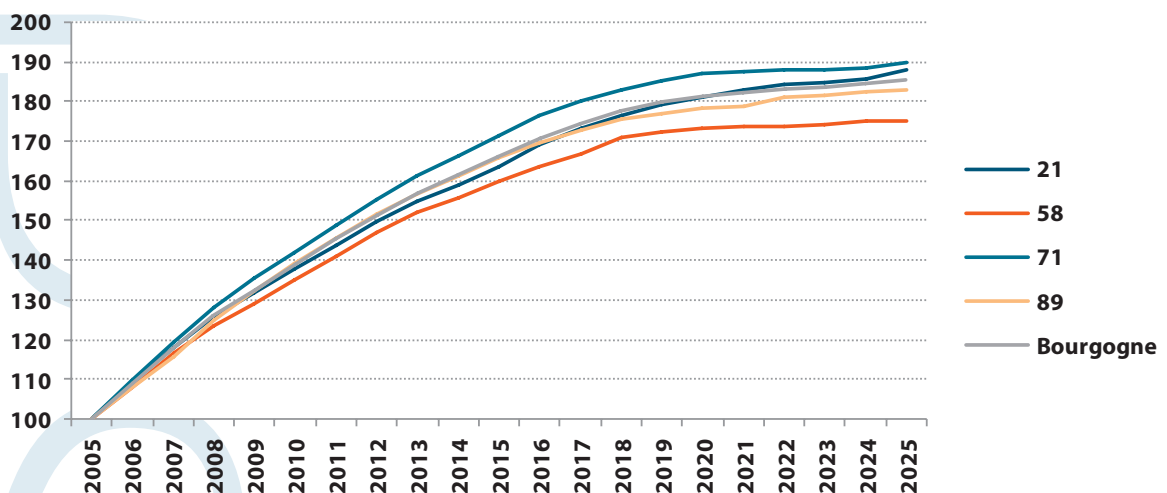
Cette situation s'explique par les classes creuses liées à la seconde guerre mondiale.

**Graphique 3 : Évolution 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 : Évolution du nombre d'habitants de 85 ans et plus dans les départements de Bourgogne, entre 2005 et 2025, selon les projections de l'Insee (à partir d'un indice 100)**

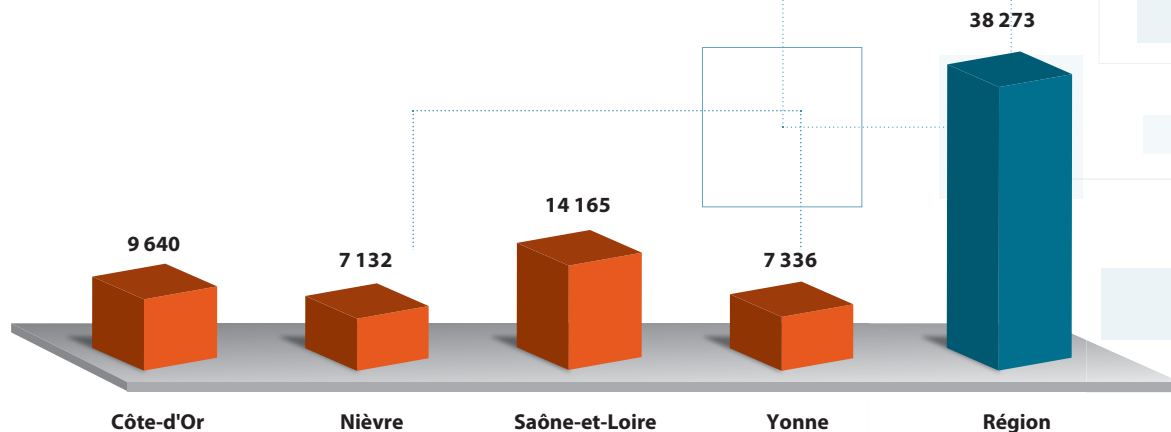
Source : Insee - Exploitation ORS

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).

#### Nombre de bénéficiaires de l'APA au 31/12/2008



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.

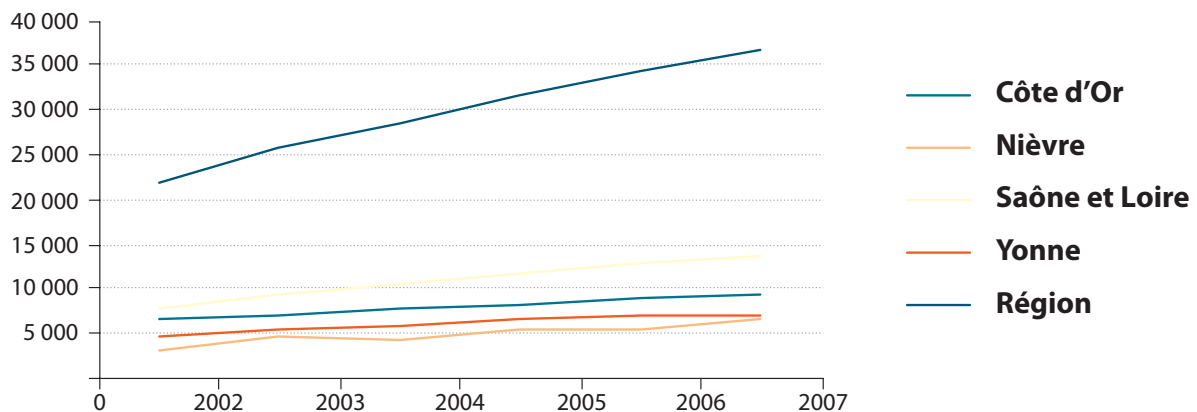
Taux de bénéficiaires APA/1000 personnes de 75 ans et plus au 31/12/2008

département	Taux de bénéficiaires
Côte-d'Or	209,5
Nièvre	251,4
Saône-et-Loire	227,1
Yonne	198,4
<b>Région</b>	<b>220,3</b>
<b>France métropole</b>	<b>205,2</b>

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.

#### Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA en Bourgogne entre 2002 et 2007

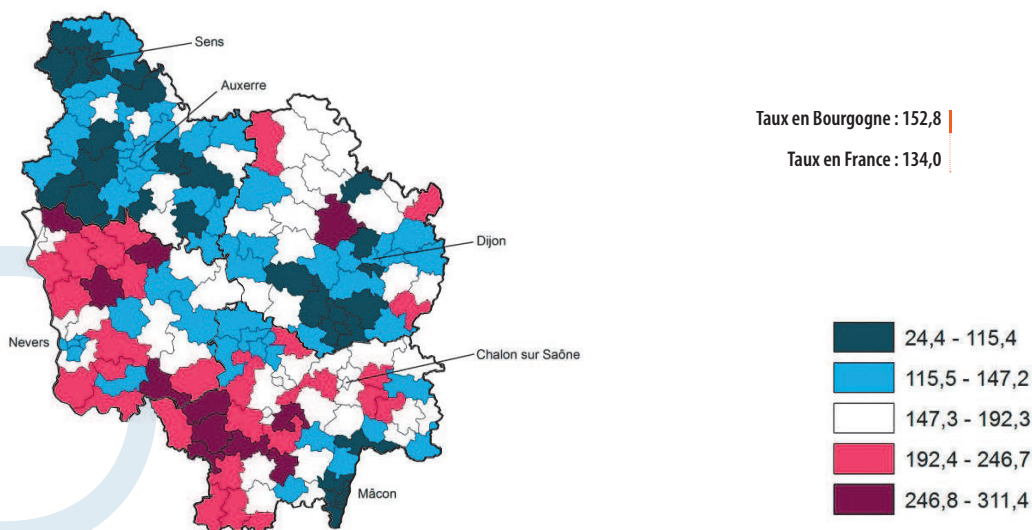


Taux de bénéficiaires de l'APA pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +, selon le lieu de vie au 1/1/2009

	domicile	établissement
Côte-d'Or	120	100,2
Nièvre	165	93,9
Saône-et-Loire	147	86,6
Yonne	104	100,7
<b>Région</b>	<b>134</b>	<b>94,3</b>

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'allocataires 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 +)
<b>Côte-d'Or</b>	39 %	36 %	3,5 %	126,7 ‰	70 ‰	120 ‰
<b>Nièvre</b>	40 %	44 %	4 %	102,7 ‰	64 ‰	165 ‰
<b>Saône-et-Loire</b>	39 %	43 %	4 %	116,4 ‰	67 ‰	147 ‰
<b>Yonne</b>	37 %	40 %	3,5 %	134,6 ‰	88 ‰	104 ‰
<b>Bourgogne</b>	<b>39 %</b>	<b>41 %</b>	<b>3,8 %</b>	<b>120,8 ‰</b>	<b>72 ‰</b>	<b>134 ‰</b>
<b>France</b>			<b>4,9 %</b>			

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

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'établiss.	capacités financées	nombre d'établiss.	capacités financées	nombre d'établiss.	capacités financées	nombre d'établiss.	capacités financées	nombre d'établiss.	capacités financées
maisons de retraite (EHPA et EHPAD...)	87	6242	32	3011	96	7739	73	5177	288	22 169
logements foyer	4	251	8	374	32	1817	1	32	45	2474
unités de soins de longue durée	6	192	6	270	3	255	2	100	17	817
<b>total</b>	<b>97</b>	<b>6685</b>	<b>46</b>	<b>3655</b>	<b>131</b>	<b>9811</b>	<b>76</b>	<b>5309</b>	<b>350</b>	<b>25 460</b>
<b>dont EHPAD</b>	<b>81</b>	<b>6153</b>	<b>35</b>	<b>3011</b>	<b>93</b>	<b>7604</b>	<b>73</b>	<b>5131</b>	<b>282</b>	<b>21 899</b>

Source : données ARS DOSA 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. À 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 <sup>1</sup>
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	2,62	4,51	
<b>Total dont EHPAD</b>	<b>137,72</b> <b>126,76</b>	<b>124,74</b> <b>102,76</b>	<b>150,21</b> <b>116,42</b>	<b>139,34</b> <b>134,66</b>	<b>140,46</b> <b>120,81</b>	<b>121,7</b> <b>101,3</b>

Source : Données Ars Bourgogne Dosa Organisation

1 - statis 2010 données finess 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).

#### b) 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 à 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	22,86
Yonne	38 102	711	18,66	116	3,04	76	1,99	23,69
Bourgogne	181 262	3 510	19,36	474	2,61	373*	2,06	24
France <sup>1</sup> au 1/1/2009	5 373 701	103 230	19,2	9043	1,69	8944	1,66	22,55

Source ARS Bourgogne Dosa Organisation, statiss 2010

1 - statiss 2010 données finess 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
<b>SSIAD</b>	2 924	3 259	11,5 %
<b>AJ</b>	133	378	184,2 %
<b>HT</b>	90	323	258,9 %
<b>EHPAD</b>	19 052	21 448	12,6 %
<b>Total Bourgogne</b>	<b>22 199</b>	<b>25 408</b>	<b>14,5 %</b>

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 Âge (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 60 ans et +	dépenses PCH 60 ans et +	dépenses APA	total dépenses région
3 651 000	1 011 000	141 491 733	<b>146 153 733</b>
<b>2 %</b>	<b>1 %</b>	<b>97 %</b>	<b>100 %</b>

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.

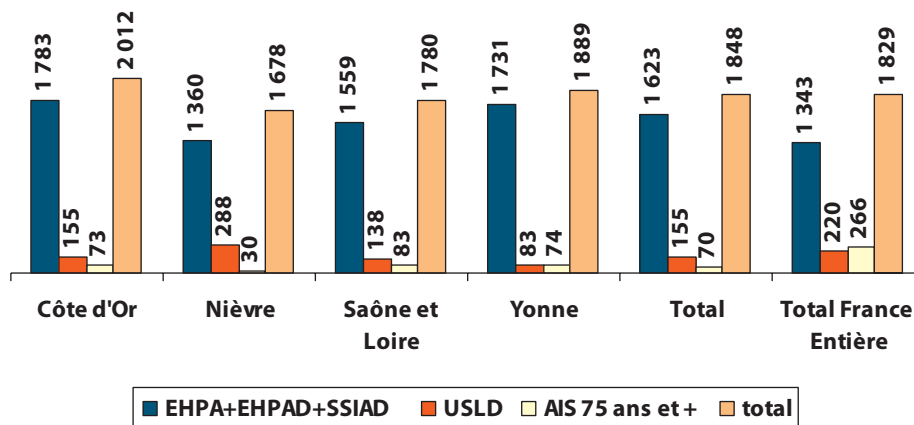
Dépenses 2009 AM/CNSA pour le financement des établissements et services pour personnes âgées

	EHPA + EHPAD + SSIAD	USLD	AIS 75 ans et +	total
<b>dépenses AM et CNSA 2009 tous régimes pour les personnes âgées</b>	281 885 000	26 985 000	12 171 000	321 041 000

Sources : CNSA (dépense AM en euro/hab), INSEE, CNAMTS/SNIIRAM, 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, CNAMTS/SNIIRAM, 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 infrarégionaux 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'utilisateur 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 onco-gériatrie** : 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'onco-gériatrie, inscrire l'onco-gériatrie dans le réseau régional de cancérologie.

👉 **Certains objectifs ont été atteints :**

- le renforcement des centres référents en gériatrie existants, avec la création d'un service de court séjour gériatrique, d'un hôpital de jour et d'une consultation mémoire dans la plupart des centres référents, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Côte-d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Région
3 (CHU, à Beaune et au CHIC)	1 complète (Nevers) + consultation mémoire uniquement au CH de Cosne sur Loire, avec pb de succession de gériatre	4 (CH de Chalon, à Montceau, Paray-le-Monial et Mâcon) avec problème de succession de gériatre à Mâcon	1 (Sens) + centre labellisé à Auxerre mais pas de consultation mémoire ni d'EMG	9 filières, dont 2 incomplètes

- recrutement d'un oncogériatre au CHU et élaboration des recommandations de bonnes pratiques
- développement des réseaux gérontologiques (10 actuellement), à vocation sanitaire assurant une prise en charge coordonnée de la personne âgée dans son environnement et permettant le maintien à domicile par la coordination des multiples acteurs concernés

👉 **Des difficultés subsistent :**

- la filière de soins gériatrique reste incomplète car certains centres référents n'ont pas développé toutes les composantes du dispositif
- la coopération entre les structures sanitaires et le secteur médico-social (EHPAD et domicile, CLIC, SSIAD...) reste à développer en lien avec les filières gériatriques, par la mobilisation des réseaux pour l'organisation du parcours des personnes et décloisonner les différents secteurs sanitaire, social, médico-social, ambulatoire et hospitalier (préparation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées....)
- le lien des réseaux gérontologiques avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), à vocation plutôt médico-sociale sont à développer avec en suspend, le problème de la suppression de la participation de certains conseils généraux au financement des CLIC
- on constate une grande hétérogénéité des pratiques des différents réseaux gérontologiques : une réflexion commune menée en 2007 entre l'URCAM, le Gérontopôle et la MSA a permis de clarifier le rôle des différents professionnels impliqués (gériatre, coordonnateur, médecin traitant, SSIAD...), d'identifier clairement les référents réseaux au sein des établissements, de mettre en place des formations initiales et continues adaptées aux professionnels travaillant au sein des réseaux.  
3 pistes de travail ont été identifiées : la standardisation de l'évaluation gériatrique, l'amélioration de la circulation de l'information (tenue du dossier du patient) et le lien ville/réseau/hôpital qui doit aboutir à l'élaboration d'une convention entre chaque réseau gérontologique et son centre hospitalier référent.
- des problèmes de démographie médicale se posent : ex : succession de gériatre à Chalon et Cosne-sur-Loire
- la création du réseau régional de prise en charge de la psychogériatrie reste à mener à bien

**Voir aussi le diagnostic SROS**

**b) Par ailleurs, l'hospitalisation à domicile (HAD) assure au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés :** (voir le diagnostic SROS)

En Bourgogne, le SROS 2006-2011 avait pour objectifs :

- de créer une structure d'HAD dans chaque site pivot des 6 territoires de l'époque,
- de formaliser les coopérations entre les structures d'HAD et les autres structures de soins à domicile afin d'assurer la continuité de la prise en charge, coordonner les structures d'HAD d'un même territoire de santé,
- de créer un comité régional d'HAD.

L'état des lieux de l'HAD en Bourgogne figure dans le diagnostic du SROS hospitalier.

La Bourgogne dispose de 21 structures autorisées en hospitalisation à domicile, mais début 2011, 5 autorisations ne sont pas encore mises en œuvre.

Les difficultés de couverture des zones rurales, marquées dans la région (démographie médicale et paramédicale insuffisante et/ou mal répartie, problèmes pour assurer la permanence des soins, temps de déplacements des personnels longs...) expliquent une mise en œuvre souvent partielle des autorisations, notamment en dehors des bassins de populations importants.

Par ailleurs, l'HAD reste encore un mode de prise en charge sous-utilisé du fait d'une insuffisance de prescription de la part des médecins traitants et des médecins hospitaliers.

Le maillage du territoire bourguignon reste à assurer. Des complémentarités fortes sont à mettre en œuvre entre les différents intervenants concernés par l'HAD : professionnels libéraux, centres de santé, SSIAD, réseaux, établissements hospitaliers, maisons médicales... afin de mettre en place une prise en charge des patients, dans une filière coordonnée.

### c) Les soins palliatifs

Voir le diagnostic du SROS hospitalier

La Bourgogne dispose de 160 lits identifiés de soins palliatifs, chiffre paraissant actuellement suffisant.

12 équipes mobiles de soins palliatifs ont été mises en place, financées sur les crédits Missions d'Intérêt Général (MIG). L'objectif serait de conforter leur fonctionnement pour leur permettre de mieux intervenir au domicile et en milieu médico-social, notamment en EHPAD.

La région compte 4 réseaux de soins palliatifs, mais seuls 2 ont un ressort territorial départemental (Yonne et Nièvre).

Le maillage de la région reste à parfaire, que celui-ci soit assuré par une équipe mobile ou un réseau.

Enfin une seule unité de soins palliatifs existe au sein du CHU de Dijon. Une augmentation du nombre d'unités permettrait un accès plus large des patients à ce type de prise en charge spécialisée.

## 2.3 la politique menée dans le secteur des personnes âgées

Comme dans le domaine du handicap, la politique menée en faveur des personnes âgées a fait l'objet d'une étroite coordination entre les conseils généraux et les DDASS lors de l'élaboration des schémas départementaux gérontologiques : leurs orientations sont donc en cohérence.

Certains schémas sont cependant actuellement caducs et en cours de révision compte tenu de leur périodicité plus ou moins ancienne qui couvre ou couvrait les années suivantes :

- en Côte-d'Or : 2006-2010 : la révision du schéma a démarré en novembre 2010
- dans la Nièvre : le nouveau schéma gérontologique 2010-2014 a été validé par l'assemblée départementale du conseil général le 18 juin 2010 : le précédent schéma portait sur la période 2003-2007
- en Saône-et-Loire : le schéma autonomie adultes handicapés et personnes âgées 2010-2014 doit être adopté au printemps 2011.
- dans l'Yonne : le nouveau schéma gérontologique 2009-2014 a été validé par l'assemblée départementale du conseil général le 26 juin 2009 : le précédent schéma portait sur la période 2000/2005.

### 2.3.1 le maintien à domicile : une priorité partagée avec les schémas départementaux

Plusieurs constats motivent le développement de la politique de maintien à domicile :

- la majorité des personnes âgées souhaitent rester chez elles
- près de 88 % des personnes de 75 ans et plus vivent à domicile. En Bourgogne 39 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules, ce qui représente 65 000 personnes en 2006, proche de la moyenne nationale ; la proportion varie cependant entre 37 % dans l'Yonne et 40 % dans la Nièvre
- plus les Bourguignons âgés vivant à domicile avancent en âge, plus ils vivent seuls : c'est le cas de 22 % des 60-74 ans, de 34 % des 75-79 ans et de 42 % des 80 ans et plus.

Les effectifs de personnes âgées vivant seules sont plus élevés dans et à proximité des pôles urbains. Mais il faut souligner que la part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans l'espace à dominante rurale (40 %) est plus importante que dans l'ensemble de la population bourguignonne (33 %), avec des écarts selon les départements de la région (58 % dans la Nièvre contre 32 % en Côte-d'Or). Cet élément fait partie des données à prendre en compte pour l'articulation des réponses sanitaires (ambulatoire et hospitalière) et médico-sociales

- au 1/1/2009, 60 % des personnes percevant l'APA vivent à leur domicile
- enfin, l'espérance de vie sans incapacité augmente.

Le Plan solidarité grand-âge 2007-2012 comporte un important volet de maintien et accompagnement à domicile, avec la création de 698 places de SSIAD entre 2007 et 2012, de 266 places d'hébergement temporaire et de 276 places d'accueil de jour.

D'après le volet programmation du PRIAC 2010/2013, le taux d'équipement en SSIAD doit passer à 21,87 ‰ en 2013 :

- **en Côte-d'Or**, les zones blanches sont couvertes par l'extension des périmètres d'intervention des SSIAD existants car la politique de réduction des écarts entre départements freine la mise en œuvre de la programmation départementale pluriannuelle, malgré les besoins reconnus par le CROSMS,
- **la Nièvre** est la mieux dotée mais cela s'explique notamment par un important déficit en infirmiers libéraux et en places d'hospitalisation à domicile,
- **la Saône-et-Loire** se rapproche du taux moyen d'équipement régional mais accuse toujours du retard. Le recours à l'appel à projets permettra de mieux structurer l'offre,
- **l'Yonne** affiche un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale. Depuis décembre 2009, l'ensemble du département est couvert par un SSIAD : s'il n'existe plus de zones blanches, des zones restent cependant sous-dotées en infirmiers (IDE) et en aide-soignants, ce qui génère pour certains SSIAD, des difficultés dans les délais de réponse aux demandes de prises en charge. En effet, 1/3 des SSIAD de l'Yonne ont des problèmes de professionnalisation et de recrutement de personnel ; par ailleurs, les moyens financiers ne permettent pas l'embauche d'une coordinatrice.

Sur un plan général, les SSIAD sont amenés à prendre en charge ou à continuer la prise en charge de personnes âgées dont l'état de santé relèverait parfois de l'hospitalisation à domicile (HAD). Ces prises en charge lourdes grèvent les budgets des gestionnaires et posent la question de la continuité et de la qualité de l'accompagnement et des soins, qui s'ajoute au problème de la professionnalisation des personnels.

Le maintien à domicile se traduit aussi par la progression des taux d'équipement en accueil de jour (2,61 ‰ à 3,92 ‰ entre 2011 et 2013) et en hébergement temporaire (2,80 ‰ à 3,55 ‰). Il faut souligner ici l'importance de l'organisation des transports pour la fréquentation des accueils de jour dont le développement doit impérativement tenir compte.

Par ailleurs, on retrouve le même problème que dans le secteur du handicap où certains gestionnaires ont des difficultés pour maintenir des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire pour des raisons financières (frais de transport, absence de recettes en cas de vacance temporaire) ; la tarification des places d'accueil temporaire n'est pas incitative et cela freine le développement de ce type d'accueil.

Le taux de places installées par rapport aux places financées fait partie du CPOM de l'ARS (fiche 6,2) : la valeur initiale 2009 est de 75 %, portée à 85 % en 2013. L'installation des places de SSIAD est la plupart du temps effective sur l'année, mais le délai d'installation est plus problématique pour l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et les EHPAD car les enveloppes anticipées ne sont pas suffisantes pour financer intégralement les structures et la programmation doit souvent être étalée sur 2 ans. Un accompagnement des promoteurs devrait favoriser le développement des projets d'AJ et HT.

Enfin, la fiche 6,3 du CPOM de l'ARS prévoit une progression de la part des services dans l'offre globale médico-sociale pour personnes âgées (SSIAD+AJ+HT+EHPAD) de 14,4 % en valeur initiale à 16,4 % en 2013.

### 2.3.2 : l'accueil et la prise en charge en institution : les EHPA

D'après **l'enquête EHPA 2007**, les EHPA accueillent surtout des personnes âgées à partir de 80 ans qui représentent 72 % des résidents. La moyenne d'âge des résidents des établissements bourguignons est de 84 ans.

La durée moyenne de séjour se situe entre 1 et 3 ans et 45 % des résidents sortis des établissements y sont restés moins d'un an.

L'état de santé des personnes hébergées en EHPA peut être approchée par l'estimation de leur dépendance : plus de 40 % des personnes peuvent être considérées comme fortement dépendantes, car appartenant aux GIR 1 et 2<sup>49</sup>. Les femmes sont davantage concernées (42,5 %) que les hommes (34,8 %).

La proportion globale de personnes concernées par une situation de dépendance a augmenté de +10,6 % entre 2004 et 2008.

**Tableau 1 : Répartition selon le sexe et le GIR, des personnes hébergées en EHPA début 2008 en Bourgogne**

	Hommes 2008	Femmes 2008	Ensemble 2008	2004
Gir 1	10,4 %	15,7 %	14,4 %	13,0 %
Gir 2	24,4 %	26,8 %	26,2 %	23,9 %
Gir 3	17,5 %	13,1 %	14,3 %	14,1 %
Gir 4	21,8 %	20,5 %	20,8 %	20,1 %
Gir 5	11,0 %	10,4 %	10,5 %	11,9 %
Gir 6	14,9 %	13,5 %	13,8 %	17,0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Source : Drass – Service Régional de la Statistique et des Études – EHPA 2007 et 2003.

**Le Plan solidarité grand-âge 2007-2012** prévoit la création de 864 places d'EHPAD en Bourgogne.

D'après le volet programmation du PRIAC 2010/2013, le taux d'équipement en EHPAD 133,06 ‰ personnes âgées de 75 ans et plus en 2010, passe à 135,14 ‰ en 2013 : l'écart entre départements passerait ainsi de 29,59 % en 2010 à 21,97 % en 2013.

Malgré la progression importante des capacités d'hébergement depuis 1990, comme dans le reste de la France, les taux d'équipement ont tendance à baisser compte tenu de l'augmentation constante du nombre de personnes âgées.

Si la réduction des écarts entre départements est une priorité du PRIAC, les inégalités persistent car les évolutions sont lentes :

- **en Côte-d'Or**, la problématique concerne la qualité de la prise en charge de 6 EHPA qui ne sont pas entrés dans le conventionnement (locaux, formation du personnel, pas de sécurisation du circuit des médicaments). La révision du schéma gérontologique est en cours.
- **La Nièvre** a le plus faible taux d'équipement en EHPAD (102,7 ‰) avec une concentration des structures en milieu urbain qui abrite 75 % de la population. Mais en milieu rural, les traditions d'entraide familiale et la précarité financière favorisent le choix du maintien à domicile : c'est ainsi 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 compte tenu de nombreuses places vacantes et des projections à la baisse du nombre de personnes âgées. Cette situation qui peut paraître paradoxale dans un contexte de faible taux d'équipement doit amener à réfléchir sur d'autres critères de création de places en élargissant aux modes conditions de vie des populations.
- **la Saône-et-Loire** rattrape progressivement son retard en EHPAD en passant de 101 ‰ en 2008 à 116,4 ‰ en 2011 mais reste en dessous de la moyenne régionale de 120,81 ‰. Le schéma autonomie 2010/2014 du conseil général vise la poursuite du programme de création de places et la médicalisation des structures pour rattraper, dans le cadre d'appels à projets, le retard du département en matière d'équipements PA, notamment en infra départemental en rééquilibrant entre les bassins de vie. Les établissements privés à but lucratif affichent un faible taux d'occupation résultant d'un prix de journée élevé. L'articulation avec le secteur sanitaire reste insuffisante, ce qui provoque des hospitalisations notamment en psychiatrie.

**49 Le Gir 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.**

**Le Gir 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillement ne sont pas faits ou partiellement.**

- **dans l'Yonne**, les besoins sont satisfaits et en introduction du schéma gérontologique 2009/2014, le président du conseil général précise que compte tenu du nombre très élevé d'établissements et de leur répartition homogène, le schéma portera surtout sur l'amélioration de la qualité des services apportés. L'offre d'hébergement fait l'objet d'une humanisation importante dans le cadre du renouvellement du conventionnement. Par ailleurs, la mise en conformité des établissements qui n'entrent pas dans la réforme des EHPAD se poursuit. À noter enfin que d'après l'enquête EHPAD 2007, 11 % des personnes hébergées au 1/1/2008 venaient de la région parisienne.

### 2.3.3 : le Plan Alzheimer 2008/2012

La maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées représentent la cause la plus fréquente des démences (60-70 % des causes de démences). 3 % de la population âgée de plus de 65 ans est atteinte : la prévalence augmente à partir de 60 ans, elle est estimée à moins de 0,5 % chez les moins de 65 ans et à plus de 12-20 % au-delà de 85 ans.

En France, deux sources de données, l'enquête PAQUID et le groupe de recherche EURODEM, estiment le nombre de personnes démentes mais leurs estimations diffèrent : 300 000 suivant l'étude PAQUID et 600 000 suivant l'étude EURODEM.

En extrapolant les résultats d'un suivi prospectif de cohorte de patients à domicile et en institution effectué en Gironde par l'équipe INSERM de Bordeaux (étude PAQUID), la Bourgogne compterait 28 500 personnes atteintes de démence plus ou moins avancée en 2009; ce chiffre passerait à 31 230 personnes en 2012 : la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire seraient les plus touchées. Par ailleurs, 6 600 bourguignons suivent un traitement lié à la maladie d'Alzheimer en 2007 et ce sont surtout des femmes. En septembre 2008, 6400 personnes sont reconnues en ALD au titre de cette maladie, soit 13 % de plus qu'en août 2007. Au total, l'INVS estime à 10 300 (données 2007) le nombre de patients suivant un traitement spécifique et/ou exonéré par l'Assurance Maladie pour pathologie démentielle

Il y a ainsi une réelle difficulté à dénombrer de manière précise le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Pour apporter une réponse aux besoins de prise en charge, le plan Alzheimer prévoit la création de PASA (pôles d'activités et de soins adaptés) s'adressant aux patients présentant des troubles du comportement légers et d'UHR (unités d'hébergement renforcées s'adressant aux patients aux troubles du comportement sévères) qui complètent la palette de l'offre existante sans s'y substituer : Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles (CANTOU), accueil de jour, hébergement temporaire...

Les principales mesures du Plan Alzheimer déclinées par l'ARS de Bourgogne visent à améliorer la qualité de vie des malades et des aidants :

#### /// **Mesure 1 : développement et diversification des offres de répit**

➤ **faire évoluer les accueils de jour/hébergement temporaire vers une plateforme de services et d'accompagnement** : les plateformes de répit ont pour rôle de proposer sur un territoire donné une offre diversifiée et coordonnée de répit et d'accompagnement aux aidants familiaux. Deux plateformes expérimentales fonctionnent en Bourgogne : une sur l'agglomération de Dijon (PRAPAD projet porté par la FEDOSAD, environ 300 patients ont été pris en charge en 2010), et une en Saône-et-Loire portée par la résidence départementale d'accueil de soins de Mâcon. Cette mesure est généralisée en 2011 et la Bourgogne pourra mettre en place 4 plateformes de répit en 2011/2012. Il s'agit de développer ce dispositif en orientant les accueils de jour d'au moins 10 places adossés à un EHPAD ou autonomes, vers le soutien et l'accompagnement des aidants à travers la réalisation d'une série d'activités destinées à l'aidant, à l'aidé et au couple aidant/aidé.

Une évaluation des plateformes de répit en novembre 2010<sup>50</sup> montre que :

- 4 prestations sont mises en œuvre principalement (accueil de jour, groupes de paroles, rencontre échanges et formations, activités culturelles); les prestations à domicile sont en retrait, soit qu'elles soient peu proposées, soit qu'elles sont mises en œuvre à très petite échelle (elles concernent le stade avancé de la maladie et la charge des aidants est la plus lourde);

<sup>50</sup> Evaluation d'un dispositif de plateformes de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux de personnes atteintes de maladies d'Alzheimer et apparentées, GERONTO-CLEF, novembre 2010.

- la première attente des aidants est l'accès à l'écoute individuelle, la prise en considération, l'établissement d'un lien de suivi avec un professionnel, ce qui implique que les plateformes ne soient pas seulement un lieu de coordination entre services offrant des prestations de répit;
- un choix est à opérer entre une organisation spécifique Alzheimer et une organisation s'offrant à l'ensemble des aidants ou des situations de dépendance (CLIC). Une organisation spécifique demande également un choix entre plateforme de répit et plateforme Alzheimer (incluant d'autres prestations que le répit);

À noter que d'autres formules particulières de répit sont possibles (garde de nuit à domicile, activités sociales, culturelles et de loisirs pour aidant/aidé, séjours vacances) : seules les activités sociales et culturelles sont mises en place en Bourgogne (Cafés Alzheimer).

### ➤ l'accueil de jour (AJ)

Si la Bourgogne (2,61 ‰ en 2011) est mieux dotée que la moyenne nationale (1,69 ‰ en 2009), on constate des inégalités territoriales entre milieu urbain et milieu rural : le maillage est inégal avec des zones blanches, la Nièvre (1,81 ‰) et la Saône-et-Loire (2,19 ‰) étant les moins dotées. Des difficultés de fonctionnement de l'accueil de jour au sein des EHPAD sont signalées.

En effet, 429 places d'AJ ont été autorisées sur plus de 80 établissements mais une quarantaine d'établissements ne sont pas en conformité avec la circulaire du 25 février 2010 (6 places minimum dans les EHPAD ou 10 places pour un AJ autonome, 30 % de majoration du forfait journalier de transport financé par l'assurance maladie pour organiser des transports adaptés ou atténuation du tarif journalier si les familles assurent elles-mêmes les transports). Un état des lieux des régions est en cours pour fixer des objectifs de mise en conformité, en concertation avec les conseils généraux : cela pourrait se traduire par des augmentations de capacité, des fermetures, des regroupements ou des dérogations dans le cas où l'éloignement géographique justifie le maintien d'une structure de moins de 6 ou 10 places.

### /// Mesure 2 : consolidation des droits et de la formation des aidants

L'objectif est de renforcer les droits de l'aidant, leur accès à la formation, et leur retour à l'emploi. Une formation de 2 jours est proposée aux aidants par France Alzheimer qui a passé convention avec la CNSA et décline les formations par département : ex : 4 sessions de formation ont réuni chacune 10 à 12 personnes en Côte-d'Or en 2010.

### /// Mesure 4 : labellisation de portes d'entrée unique que sont les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

L'objectif est la création d'un guichet unique, lieu de coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social pour une meilleure articulation entre les différents intervenants, un parcours de prise en charge personnalisé et une réponse graduée, adaptée à chaque situation.

Le projet du Conseil général de l'Yonne a été labellisé suite à un appel à candidatures lancé par l'ARS; 2 projets de la FEDOSAD et du réseau santé Haute Côte-d'Or ont reçu un avis favorable mais n'ont pas été financés sur 2011.

### /// Mesure 6 : renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention de personnels spécialisés, Équipes spécialisées de soins à domicile (ESA, SSIAD spécialisés)

Pour faciliter la prise en charge à domicile des malades d'Alzheimer et répondre ainsi au souhait des familles, le plan Alzheimer prévoit de déployer des équipes mobiles pluridisciplinaires spécialisées, avec des assistants de soins en gérontologie, un psychomotricien ou un ergothérapeute dans le cadre des SSIAD, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou de groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

5 équipes de SSIAD spécialisées sont reconnues en mars 2011 dont :

- **2 en Côte-d'Or** pour 10 places chacun : la FEDOSAD et le GCS de Vitteaux/Alise)
- **1 dans la Nièvre** : SSIAD spécialisé de la Croix Rouge de 10 places qui fonctionne à Nevers avec le projet d'étendre la couverture territoriale par l'extension de 10 nouvelles places.
- **1 en Saône-et-Loire** au CH de Louhans
- **1 dans l'Yonne**, à Sens. Un second dossier de SSIAD spécialisé a été déposé pour 2011.

L'objectif de la région pour 2012 est d'installer 5 nouvelles équipes spécialisées en 2011 et 4 en 2012 pour passer de 5 équipes en 2010 à 14 en 2012, pour assurer le maillage de l'ensemble de la région.

/// **Mesure 10 : mise en place de la carte d'information « maladie d'Alzheimer » pour chaque patient.**

Il s'agit de mettre à disposition de tous les malades vivant hors du cadre institutionnel médicalisé et qui le souhaitent une « carte de soins et d'information », lien entre les professionnels de santé, les malades et les aidants.

Cette mesure a été portée en Bourgogne par le réseau régional démente Alzheimer (RESEDA) en 2008 avec beaucoup de succès et a abouti à l'envoi aux patients de 2300 cartes contenant à la fois des informations à destination des malades et de leurs familles sur la maladie, et des informations nécessaires à leur prise en charge par les médecins y compris en urgence : il s'agit donc d'un outil d'information partagé.

/// **Mesures 11, 12 et 13 : créations de consultations mémoire dans les zones non pourvues, de centres mémoire de ressource et de recherche (CMRR) et du renforcement de consultations mémoire à forte activité.**

En novembre 2010, la région est dotée de :

- un CMRR (CHU de Dijon).
- 14 centres labellisés et 10 transmettant des données à la Banque Nationale Alzheimer (Beaune, CHIC Montbard-Châtillon, consultation mémoire du Mâconnais, Chalon, GCSN71 [Creusot Montceau Autun], Paray-le-Monial, Auxerre, Sens, Nevers, Cosne-sur-Loire).
- 5 centres non labellisés
- des antennes ou lieux de diagnostic, travaillant en coopération avec les centres labellisés

Soit un total de 21 lieux diagnostics (1 pour environ 8 100 patients de plus de 75 ans, l'objectif du plan étant de 1 lieu pour 15 000 patients de plus de 75 ans) dont 3 ont été renforcés.

Le délai d'attente est de 31 jours ce qui est conforme aux objectifs fixés.

Le rapport d'activité 2010 de 13 consultations mémoires de la région ainsi que du centre mémoire ressources et recherche fait état d'une file active de 4911 patients<sup>51</sup>. Parmi ceux-ci 33,72 % soit 1656 personnes disposent d'un diagnostic maladie d'Alzheimer, 11,14 % d'un diagnostic portant sur une plainte mnésique soit 547 personnes<sup>52</sup>. Il y a donc une réelle diversité des situations rencontrées avec une quarantaine de diagnostics différents. À noter que 19,28 % soit 947 personnes ont un diagnostic en attente<sup>53</sup>.

Ces patients sont en majorité des femmes (55 %) et ont une moyenne d'âge supérieure à 78 ans<sup>54</sup>. Ils sont principalement adressés à la consultation mémoire par un médecin généraliste (pour 66 % d'entre eux)<sup>55</sup>.

À noter qu'à l'exception de la Côte-d'Or, les trois autres départements de la région disposent d'une densité faible en neurologue (soit 0,5 professionnel pour 100 000 habitants contre 2,5 en moyenne en France en 2010). Parmi les 41 professionnels recensés, 22 % exercent en libéral (9) et peuvent contribuer au diagnostic de la maladie d'Alzheimer<sup>56</sup>.

/// **Mesure 16 : création ou identification au sein des EHPAD d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles du comportement (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés PASA et Unité Hébergement renforcé UHR) au sein des EHPAD et/ou des USLD**

Il s'agit de généraliser la création d'une offre de soins en EHPAD, par reconversion de places :

- **les PASA** (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés), d'une capacité de 12 à 14 places, proposant pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé, rassurant et adapté à la déambulation. Les patients concernés doivent avoir été évalués par l'outil NPI-ES et présentent des troubles compatibles avec la vie en établissement type EHPAD.

<sup>51,52,53,54,55</sup> Rapport d'activité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2010, CMRR, Calliope.

<sup>56</sup> Atlas de la démographie médicale en France – situation au 1<sup>er</sup> janvier 2010, C.N.O.M.



L'objectif est de labelliser 17 PASA par an en 2010/2011/2012 soit 51 PASA : 11 établissements ont obtenu une pré-labellisation en 2010 (3 en Côte-d'Or, 2 dans la Nièvre, 1 en Saône-et-Loire et 5 dans l'Yonne), la labellisation devant intervenir dans les 12 mois suivants la pré-labellisation.

Par ailleurs, le Plan d'aide à l'investissement (PAI) 2010 de la CNSA est très orienté sur le financement des PASA, avec une enveloppe fléchée de 1 181 986 € calculée pour 19 PASA.

- **les UHR** (Unité d'Hébergement Renforcé) accueillant nuit et jour des patients ayant des troubles sévères du comportement (petites unités de 12 à 20 personnes); les troubles, incompatibles avec la vie en établissement de type EHPAD non spécialisé, nécessitent à la fois un encadrement spécifique et des soins adaptés. Les UHR peuvent aussi être installées dans les USLD. Les patients concernés doivent avoir été évalués par l'outil NPI-ES et l'outil PATHOS.

L'objectif est de labelliser 3 UHR par an en 2010/2011/2012 soit 9 au total dont 3 en EHPAD et 6 en USLD.

En 2010, 3 structures ont obtenu un pré labellisation (CH d'Auxonne, CH de Montceau-les-Mines et la Maison de retraite Départementale d'Auxerre)

L'un des enjeux est d'avoir un bon maillage du territoire en articulation avec le secteur sanitaire et notamment le secteur psychiatrique.

**/// Mesure 17 : créations d'unités spécialisées au sein des services de SSR pour malades Alzheimer présentant des troubles du comportement et nécessitant des mesures de réhabilitation : unités de prise en charge des troubles cognitivo-comportementaux (UCC).**

D'une capacité de 10 à 12 lits, les UCC sont une réponse aux situations de crise en facilitant l'accès à la filière hospitalière et en prévenant un passage par les services d'urgence.

1 UCC labellisée en 2009 fonctionne actuellement au CH de Sens.

2 UCC supplémentaires sont prévues d'ici 2012 : une unité pré-labellisée en 2010 à la Clinique B Joly de Talant et un projet au CH de l'agglomération de Nevers dans le cadre de la mise en place d'une filière complète de prise en charge des patients atteints de démence ou maladie d'Alzheimer.

**/// Mesure 20 : développer les métiers et les compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer**

Les unités de soins mises en place par les mesures 16 et 17 du plan nécessitent du personnel spécialisé (psychomotricien, ergothérapeute, psychologue et assistant de soins en gérontologie (ASG) spécifiquement formé à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

Le Plan prévoit ainsi :

- la création d'une formation qualifiante pour les coordonnateurs
- la mise à disposition de compétences professionnelles nouvelles : assistant en gérontologie
- la mise à disposition de personnels spécialisés dans les métiers de la réhabilitation cognitive et comportementale (ergothérapeutes, psychomotriciens); objectif de formation de 2000 professionnels supplémentaires
- un plan de formation spécifique de l'ensemble du personnel intervenant dans les unités adaptées des EHPAD

En Bourgogne, la priorité a été mise sur la formation des aides-soignants (AS) travaillant au sein d'une UCC ou d'une UHR. En 2010, aucune formation n'a été effectuée mais en 2011 les quatre établissements concernés (1 UCC et 3 UHR) ont prévu la formation de 8 AS pour une qualification d'ASG.

Le tableau ci-dessous fait un point global de l'offre d'accueil pour les malades d'Alzheimer ou maladies apparentées au 31/3/2011. La Nièvre et l'Yonne sont les moins dotées.

Départements	Accueil personnes âgées Alzheimer en EHPAD, centre de jour, résidence d'hébergement temporaire médicalisée : places financées au 31/3/2011						Total Alzheimer	ratio pour 1 000 de 75 ans et plus
	hébergement complet	Hébergement temporaire		accueil de jour				
	EHPAD	EHPAD	résidence médicalisée	EHPAD	centre de jour et résidence médicalisée			
Côte-d'Or	437	57	0	91	66	<b>651</b>	13,41	
Nièvre	32	7	0	47	6	<b>92</b>	3,14	
Saône-et-Loire	334	53	0	142	0	<b>529</b>	8,10	
Yonne	49	50	7	104	3	<b>213</b>	5,59	
<b>Bourgogne</b>	<b>852</b>	<b>167</b>	<b>7</b>	<b>384</b>	<b>75</b>	<b>1485</b>	<b>8,19</b>	

Source PRIAC 2011/2013 DOSA Organisation

On note des difficultés pour trouver des porteurs pour l'hébergement temporaire, liés à des problèmes de prise en charge financière. Par ailleurs, une évaluation du fonctionnement de l'accueil de jour doit permettre la consolidation de prises en charge d'inégale qualité.

Le taux de réalisation en unités spécifiques pour malades d'Alzheimer (UHR et PASA) au regard de l'objectif régional est l'un des objectifs du CPOM de l'ARS, pour passer de 33 % de PASA et d'UHR installés en 2010 à 100 % en 2012 (cf fiche 9,1). Un comité régional de pilotage du Plan Alzheimer suit la mise en œuvre globale du Plan et il est consulté sur les projets.

### 2.3.4 le problème du recrutement de personnels qualifiés

Dans l'ensemble de la région se posent de réelles difficultés de recrutement de personnel qualifié tant en EHPAD que pour les services de soins infirmiers à domicile (aides-soignants, AMP, IDE mais aussi kinésithérapeutes, médecins coordonnateurs, ergothérapeutes et psychomotriciens...)

Selon l'enquête DRASS EHPA 2007, début 2008, près de 14 900 personnes travaillent en Bourgogne dans les établissements et services pour personnes âgées dont 84 % en maison de retraite, 10 % en USLD et 6 % en centres d'accueil de jour : par rapport à l'enquête EHPA 2004, l'effectif est en hausse de +17 % pour une augmentation de 2 % des capacités d'accueil.

Au début 2008, les établissements pour personnes âgées déclarent environ 272 postes non pourvus depuis 6 mois et plus (2 % du total des postes) ; plus des ¾ de ces postes sont en maisons de retraite.

La répartition des postes non pourvus concerne 71 postes infirmiers, 69 postes aides soignantes, 5 aides médico-psychologiques et 126 postes « autres ».

Ces postes vacants sont répartis pour : 27 % en Côte-d'Or, 15 % dans la Nièvre, 38 % en Saône-et-Loire, 20 % dans l'Yonne.

D'après l'enquête DRASS ES 2006, les structures pour enfants et adultes handicapés relevant du champ du PRIAC emploient plus de 5 000 salariés, représentant 3 543 ETP. Ce sont les IME qui présentent le plus fort effectif (38 %) en personnel de l'ensemble des établissements du PRIAC, devant les FAM (19 %) et les ESAT (18 %). Ramenées en ETP, 3 catégories d'établissements représentent plus de 80 % de l'ensemble : IME (41 %) ; ESAT et FAM (20 % chacun).

On notera que le personnel en attente de formation ne représente que 1 % de l'ensemble de l'effectif et le personnel en formation 1 %. Les principales catégories de personnels concernées sont les AMP, les éducateurs spécialisés et les moniteurs éducateurs. Les FAM, IME et MAS sont le plus concernés par ces besoins en formation.

Dans le projet de contrat d'objectifs des métiers du social 2011/2015, le conseil régional souligne qu'en 2010 ce sont près de 50 000 personnes qui sont employées comme travailleurs sociaux, aides à domicile, salariés des établissements et services sociaux en Bourgogne. Tous métiers confondus, les 3 premiers secteurs d'emploi sont : l'aide à domicile (21 % des emplois), les personnes âgées (20 %) et la petite enfance (16 %).

Il constate aussi la difficulté de quantifier et d'analyser le marché du travail du secteur social partagé entre de nombreux sous-secteurs (dont personnes âgées, personnes handicapées, petite enfance, aide à l'enfance en difficultés, lutte contre les exclusions...) et de nombreux statuts (associatif, fonction publique territoriale, hospitalière, privé commercial...). Par ailleurs, l'évaluation des besoins en emploi et en personnel qualifié au niveau régional est complexe compte tenu de la multiplicité des publics, des types d'établissements et du fort impact des grandes politiques publiques qui créent des emplois dédiés et déterminent de nouvelles professionnalités (ex : autisme, Alzheimer...).

Un dispositif d'observation dynamique et partenarial des emplois-des-métiers et des qualifications du secteur a donc été confié au C2R Bourgogne pour contribuer à l'analyse des besoins et à la formalisation des attentes des employeurs du social en termes d'emplois et de qualifications : le financement est assuré par le conseil régional et l'État pour la période 2011/2015.

Globalement les métiers du social sont attractifs pour les jeunes et les demandeurs d'emploi, ce qui explique qu'il y ait peu de tension du marché du travail pour ces professions à l'exception du secteur des personnes âgées et de certains territoires moins attractifs que d'autres (zones rurales notamment de l'Yonne et de la Nièvre touchées pour les IDE, les AS mais aussi les médecins et les kinésithérapeutes).

Le constat partagé par les partenaires du conseil régional relève :

- une qualification insuffisante de certains professionnels d'encadrement
- des connaissances insuffisantes pour accéder aux formations qualifiantes et notamment passer les épreuves de sélection, ce qui est le cas pour les aides-soignants.

Le contrat d'objectif des métiers du social doit ainsi apporter un soutien particulier à la VAE et à l'apprentissage encore insuffisamment développé.

La qualification des personnels en postes demeure une préoccupation importante notamment dans l'aide à domicile : ainsi, d'après une enquête Uniformation en 2008 sur l'aide à domicile, il ressort que plus de la moitié (58 %) des aides à domicile sont sans qualification professionnelle spécifique à l'aide à domicile, la Bourgogne se situant dans la moyenne nationale.

La volonté affichée est de développer et d'optimiser la formation continue qui doit prendre en compte les nouvelles situations de travail liées notamment à l'évolution des contextes réglementaires. L'offre de formation doit progresser sur certaines thématiques : autisme, maladie d'Alzheimer, management d'équipe, démarche qualité, démarche d'évaluation... mais aussi pour certaines professions telles que les aides à domicile.

Une étude d'appui à la mise en œuvre du plan de professionnalisation est prévue, complémentaire aux travaux déjà réalisés parmi lesquels l'étude Ithaque sur « l'adéquation entre les besoins en emplois identifiés et l'offre de formation paramédicale et sociale régionale dans le cadre de l'évolution du secteur médico-social en Bourgogne » : celle-ci, financée par l'ex-DRASS, a porté sur 566 établissements et services dans le champ du PRIAC et a été publiée en novembre 2009.

Les 3 professions les plus représentées sont détaillées ci-dessous.

### /// Les aides-soignants (AS)

En 2006, le nombre d'AS est de 10 061 dont 58 % dans la fonction publique hospitalière, 21 % sur le secteur des personnes âgées et 4 % dans l'aide à domicile. Les AS du champ du PRIAC représentent 42 % de l'effectif total.

Il ressort de l'étude Ithaque que le besoin en emplois complémentaires d'AS lié à la programmation du PRIAC pour la période 2009-2013 est évalué à 250 ETP supplémentaires dans le secteur du handicap et des personnes âgées (dont les SSIAD).

Le concours d'admission à la formation du diplôme d'aide-soignant est très sélectif et le nombre de places limitées (16 % d'admis pour 3140 candidats en 2008 pour un quota annuel de formation de 575 places en voie directe+ 85 places en passerelle). Le métier est aussi marqué par un nombre important de faisant fonction, notamment dans la fonction publique hospitalière qui absorbe 40 des 62 % des élèves en formation d'AS qui sont en situation de travail.

Compte tenu de la sélectivité de la formation en voie directe, une formation d'aide-soignant en alternance a été proposée à des demandeurs d'emploi, avec une formation préparatoire aux épreuves de sélection entre janvier et mai 2011 pour une entrée en formation de 24 mois en septembre 2011.

Par ailleurs, dans le cadre du contrat d'objectif, l'ARS en collaboration avec la DRJSCS, expérimente en 2011 un tronc commun de formation d'aide-soignant/auxiliaire de vie sociale/aide médico-psychologique, par l'ouverture d'une sélection et d'un concours spécifique en 2012.

Les résultats de ces dispositifs récents et expérimentaux ne pourront être évalués qu'à la fin des formations, notamment sur leur capacité à retenir les nouveaux diplômés en Bourgogne et dans les zones peu attractives.

### /// Les aides médico-psychologiques (AMP)

Leur nombre est de 1423 en 2006 dont 39 % dans le secteur du handicap, 23 % dans celui des personnes âgées. Les AMP du champ du PRIAC représentent 55 % de l'effectif total.

Il n'y a pas de problème de flux de formation des AMP mais une problématique de positionnement de cette formation notamment dans le secteur des personnes âgées où elle est en concurrence avec les AS souvent préférés par les employeurs. Elle est pourtant bien adaptée aux pathologies cognitives telles que la maladie d'Alzheimer et les suites d'AVC.

Le besoin en emplois complémentaires d'AMP lié à la programmation du PRIAC pour la période 2009-2013 est évalué à 68 ETP supplémentaires dans le secteur du handicap uniquement.

### /// Les infirmiers

Leur nombre s'élève à 11 236 en 2006 dont 66 % dans le secteur hospitalier, 5 % dans celui des personnes âgées et 1 % dans celui du handicap. Les infirmiers du champ du PRIAC (hors cadres de santé) représentent 13 % de l'effectif total. 27 % ont plus de 50 ans.

Dans le cadre du schéma régional des formations sanitaires 2007/2010, le conseil régional a proposé un contrat « Réciprosanté » à destination des élèves infirmiers et kinésithérapeutes qui signent un engagement de travail de 3 ans avec un futur établissement employeur relevant du secteur médico-social et/ou d'une zone fragile, en échange d'une allocation mensuelle versée par les conseil régional et la structure employeur.

Il ressort de l'étude Ithaque que le besoin en emplois complémentaires en IDE lié à la programmation du PRIAC pour la période 2009-2013 est évalué à 75 ETP supplémentaires dans le secteur du handicap et des personnes âgées.

La tension sur les effectifs infirmiers est plus un problème de répartition sectorielle et géographique qu'un problème de quota de formation. Il convient donc de trouver des formules d'incitation à l'emploi dans les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées (accueil de stagiaires, sécurité de l'emploi...)

En Côte-d'Or et en lien avec le conseil général, une politique d'accompagnement dans la démarche de professionnalisation des intervenants auprès des personnes âgées (aides-soignantes, aides médico-psychologiques, infirmières...) a été mise en place au moment de la négociation des conventions tripartites. La formation du personnel fait toujours partie des objectifs lors du renouvellement de ces conventions (action de formation de santé publique, parcours de professionnalisation, etc...).

Pour l'avenir, le problème du recrutement de personnels formés (infirmières, aides-soignants, AMP, psychomotriciens, ergothérapeutes...) doit impérativement être résolu pour accompagner les créations de places nouvelles prévues dans la programmation.

Dans le cadre de la prise en charge des malades d'Alzheimer ou maladies apparentées, il faut aussi relever le besoin en compétences professionnelles nouvelles (psychologue, psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute, assistant de soins en gérontologie) pour adapter les stratégies de prises en charge (activités structurées, rééducation de l'orientation, groupes de validation cognitive...).



## ANNEXE 1.1.3

### /// Modalités 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 2008, **les dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées** se sont élevées à 45 milliards d'€ au plan national, soit un peu plus de 2 % du produit intérieur brut.

La dépense est financée par l'État (22,1 %), la sécurité sociale (47,1 %), la CNSA (8 %) et les départements (21,5 %). Les dépenses relatives à l'accompagnement des personnes handicapées dans l'emploi sont versées par l'AGEFHIP (1,3 %) et le Fonds d'insertion.

63% du financement de l'État est consacré à l'allocation adulte handicapé (AAH) et aux pensions militaires d'invalidité.

60 % du financement de la Sécurité sociale est consacré aux établissements et services pour personnes handicapées et personnes âgées via l'ONDAM médico-social. Les pensions d'invalidité représentent aussi une part importante de ces dépenses.

Les départements financent principalement les prestations aux personnes âgées, à travers l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'aide sociale à l'hébergement et la prestation de compensation (PCH).

La CNSA gère l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD) en complétant le financement de la sécurité sociale des ESMS par une partie de ses ressources propres et assure la répartition d'enveloppes départementales sur la base des PRIAC. Elle participe aussi au financement des MDPH, de l'APA et de la PCH.

Les financements publics ne représentent que la part « socialisée » de la dépense : les dépenses de souscription d'assurances individuelles et les frais restant à la charge des personnes, la participation des organismes complémentaires et les financements ou aides extra-légaux des conseils généraux ou associations seraient à ajouter pour connaître le montant global de la dépense.

**Les établissements et services médico-sociaux** sont financés par l'assurance maladie, l'État, les conseils généraux, la CNSA, conjointement ou exclusivement.

#### ➤ **Financement des ESMS pour les personnes handicapées**

L'assurance maladie (AM) et la CNSA financent les ESMS pour enfants et adolescents handicapés, les services de soins et d'éducation à domicile (SESSAD), les centres médico-psychopédagogiques (CMPP), les centres de pré-orientation (CPO), les centres de rééducation professionnelle (CRP), les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées (SSIAD).

Les conseils généraux financent les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les foyers d'hébergement pour personnes handicapées et les foyers de vie.

L'assurance maladie, la CNSA et les conseils généraux cofinancent les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les foyers d'accueils médicalisés (FAM).

L'État finance les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

#### ➤ **Financement des ESMS pour les personnes âgées**

L'AM et la CNSA financent les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Dans les EHPAD, le budget soins des EHPAD est pris en charge par l'AM et la CNSA, alors que le conseil général finance le budget dépendance (APA), et le cas échéant l'aide sociale pour l'hébergement.

Les unités de soins de longue durée (USLD) sont financées par l'AM pour le soin et par le conseil général pour la dépendance.

Des actes infirmiers de soins libéraux (AIS) délivrés aux personnes de plus de 75 ans sont également payés par l'assurance maladie.

Pour 2011, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) serait en progression de 2,9 % à 167,1 milliards d'euros, dont 2,8 % pour les soins de ville et l'hôpital et 3,8 % pour le médico-social (dont 4,4 % pour les personnes âgées).

## Annexe 18 Projections de population 2011 et 2015 de référence

Source : projections INSEE (estimations de population 2009 et modèle OMPHALE scénario tendanciel 2007)

Départ.	Projection population 2011 des 0-19 ans	Projection population 2015 des 0-19 ans	Évolution des 0-19 ans	Projection population 2011 des 20-59 ans	Projection population 2015 des 20-59 ans	Évolution des 20-59 ans	Projection population 2011 des 75 ans et plus	Projection population 2015 des 75 ans et plus	Projection population 2015 des 85 ans et plus	Évolution des 75 ans et plus	Part des 85 ans et + dans les 75 ans et plus en 2015
<b>21</b>	124 168	124 510	0,28 %	277 251	271 153	-2,20 %	48 542	50 411	16 636	3,85 %	33,00 %
<b>58</b>	43 572	41 757	-4,17 %	103 938	98 951	-4,80 %	29 301	29 901	9 826	2,05 %	32,86 %
<b>71</b>	121 578	117 889	-3,03 %	271 345	260 228	-4,10 %	65 317	67 152	22 408	2,81 %	33,37 %
<b>89</b>	79 713	79 015	-0,88 %	171 166	168 395	-1,62 %	38 102	39 205	13 152	2,89 %	33,55 %
<b>Région</b>	<b>369 031</b>	<b>363 171</b>	<b>-1,59 %</b>	<b>823 700</b>	<b>798 727</b>	<b>-3,03 %</b>	<b>181 262</b>	<b>186 669</b>	<b>62 022</b>	<b>2,98 %</b>	<b>33,23 %</b>

Département.	Population totale 2011	Population totale 2015	Évolution de la population totale entre 2011 et 2015
<b>Côte-d'Or</b>	525 518	529 782	0,81 %
<b>Nièvre</b>	218 655	215 980	-1,22 %
<b>Saône-et-Loire</b>	553 059	548 29	-0,86 %
<b>Yonne</b>	346 205	351 952	1,66 %
<b>Région</b>	<b>1 643 437</b>	<b>1 646 005</b>	<b>0,16 %</b>

## Annexe 19 Glossaire des sigles et acronymes

<b>AAH</b>	Allocation adultes handicapés
<b>ACT</b>	Appartement de coordination thérapeutique
<b>ACTP</b>	Allocation compensatrice pour tierce personne
<b>AEEH</b>	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
<b>AGEFIPH</b>	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
<b>AGGIR</b>	Grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
<b>AIS</b>	Actes infirmiers de soins
<b>AJ</b>	Accueil de jour
<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>AMI</b>	Actes médicaux infirmiers
<b>AMP</b>	Aide médico-psychologique
<b>ANAH</b>	Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
<b>ANAP</b>	Agence nationale d'appui à la performance
<b>ANESM</b>	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
<b>ANR</b>	Agence nationale de la recherche
<b>APA</b>	Allocation personnalisée d'autonomie
<b>AROMSA</b>	Association régionale des organismes de mutualité sociale agricole
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASE</b>	Aide sociale à l'enfance
<b>AVC</b>	Accident vasculaire cérébral
<b>AVS</b>	Auxiliaire de vie scolaire
<b>CAARUD</b>	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
<b>CAF</b>	Caisse d'allocations familiales
<b>CAMSP</b>	Centre d'action médico-sociale précoce
<b>CANTOU</b>	Centre d'animation naturelle tirée d'occupations utiles
<b>CARSAT</b>	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
<b>CASF</b>	Code de l'action sociale et des familles
<b>CCAA</b>	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
<b>CCAS</b>	Centre communal d'action sociale
<b>CDAPH</b>	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
<b>CDCPH</b>	Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
<b>CFA</b>	Centre de formation d'apprentis
<b>CG</b>	Conseil général
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CIF</b>	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
<b>CJC</b>	Consultation jeunes consommateurs
<b>CLIC</b>	Centre local d'information et de coordination
<b>CLIS</b>	Classe d'intégration scolaire
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique

<b>CMPP</b>	Centre médico psycho-pédagogique
<b>CMRR</b>	Centre mémoire de ressource et de recherche
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CNAVTS</b>	Caisse nationale vieillesse des travailleurs salariés
<b>CNCPH</b>	Conseil national consultatif des personnes handicapées
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
<b>CODERPA</b>	Comité départemental des retraités et personnes âgées
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CPO</b>	Centre de pré orientation
<b>CPOM</b>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
<b>CRA</b>	Centre de ressources autisme
<b>CREAI</b>	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
<b>CROSMS</b>	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
<b>CRP</b>	Centre de réinsertion professionnel
<b>CSAPA</b>	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention de l'addictologie
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>CSST</b>	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes
<b>DDASS</b>	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>DDCSPP</b>	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
<b>DGCS</b>	Direction générale de la cohésion sociale
<b>DIRECCTE</b>	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
<b>DRASS</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>DREAL</b>	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>DRJSCS</b>	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
<b>EHPAD</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EMG</b>	Équipe mobile de gériatrie
<b>EMSP</b>	Équipe mobile de soins palliatifs
<b>EREA</b>	Établissement régional d'enseignement adapté
<b>ESAT</b>	Établissement et service d'aide par le travail
<b>ESMS</b>	Établissements et services médico-sociaux
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>FAM</b>	Foyer d'accueil médicalisé
<b>FH</b>	Foyer d'hébergement
<b>FINESS</b>	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
<b>FO</b>	Foyer occupationnel
<b>GALAAD</b>	Outil « gérontologie approche logistique pour une aide à l'analyse et à la décision »
<b>GCS</b>	Groupement de coopération sanitaire
<b>GCSMS</b>	Groupement de coopération sociale ou médico-sociale
<b>GEM</b>	Groupe d'entraide mutuelle
<b>GIE</b>	Groupement d'intérêt économique



<b>GIR</b>	Groupe iso-ressource
<b>GPEC</b>	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HAS</b>	Haute Autorité en Santé
<b>HCAAM</b>	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
<b>HCSP</b>	Haut Conseil en Santé Publique
<b>HPST</b>	Loi Hôpital, patients, santé et territoires
<b>HT</b>	Hébergement temporaire
<b>IA</b>	Inspection académique
<b>IAS</b>	Infections liées aux soins
<b>IDEL</b>	Infirmier diplômé d'État libéral
<b>IEM</b>	Institut d'éducation motrice
<b>IME</b>	Institut médico-éducatif
<b>IMPRO</b>	Institut médico professionnel
<b>INPES</b>	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>INSERM</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>ITEP</b>	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
<b>LHSS</b>	Lit halte soins santé
<b>MAIA</b>	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
<b>MAS</b>	Maison d'accueil spécialisée
<b>MDPH</b>	Maison départementale des personnes handicapées
<b>MSA</b>	Mutualité sociale agricole
<b>OGD</b>	Objectif global de dépenses
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONDAM</b>	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
<b>ONFRIH</b>	Observatoire nationale sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap
<b>OPCA</b>	Organisme paritaire collecteur agréé
<b>ORS</b>	Observatoire régional de la santé
<b>PAI</b>	Plan d'aide à l'investissement (de la CNSA)
<b>PASA</b>	Pôle d'activité et de soins adaptés
<b>PASS</b>	Permanence d'accès aux soins de santé
<b>PCH</b>	Prestation de compensation du handicap
<b>PDSA</b>	Permanence des soins ambulatoires
<b>PGI</b>	Pôle gérontologique interrégional Bourgogne Franche-Comté
<b>PHV</b>	Personnes handicapées vieillissantes
<b>PJJ</b>	Protection judiciaire de la jeunesse
<b>PLFSS</b>	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
<b>PMI</b>	Protection maternelle et infantile
<b>PMSI</b>	Programme de médicalisation des systèmes d'information
<b>PPRGDR</b>	Programme pluriannuel régional de gestion du risque

<b>PQE</b>	Programme qualité efficacité
<b>PRAPS</b>	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
<b>PRIAC</b>	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
<b>PRITH</b>	Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
<b>PRS</b>	Projet régional de santé
<b>PSGA</b>	Plan solidarité grand âge
<b>PSRS</b>	Plan stratégique régional de santé
<b>REBECA</b>	Remontée des budgets exécutoires et des comptes administratifs
<b>RESEDA</b>	Réseau régional démence Alzheimer
<b>ROB</b>	Rapport d'orientation budgétaire
<b>RSI</b>	Régime social des indépendants
<b>SAAAIS</b>	Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire
<b>SAD</b>	Services à domicile
<b>SAFEP</b>	Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce
<b>SAISEHPAD</b>	Saisie des conventions tripartites des EHPAD
<b>SAMSAH</b>	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
<b>SAVS</b>	Service d'accompagnement à la vie sociale
<b>SEGPA</b>	Section d'enseignement général professionnel adapté
<b>SELIA</b>	Saisie en ligne des installations et des autorisations
<b>SESSAD</b>	Service d'accompagnement et de soins à domicile
<b>SMPR</b>	Service médico-psychologique régional
<b>SPASAD</b>	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
<b>SROMS</b>	Schéma régional de l'organisation médico-sociale
<b>SROS</b>	Schéma régional de l'organisation des soins
<b>SSEFIS</b>	Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
<b>SSIAD</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>SSR</b>	Service de soins de suite et de réadaptation
<b>SRP</b>	Schéma régional de prévention
<b>STATISS</b>	Statistiques et indicateurs de la santé et du social
<b>TED</b>	Troubles envahissants du développement
<b>UCC</b>	Unité cognitivo-comportementale
<b>UEROS</b>	Unité d'évaluation de reclassement et d'orientation sociale
<b>UHR</b>	Unité d'hébergement renforcée
<b>ULIS</b>	Unités localisées pour l'inclusion scolaire
<b>URPS</b>	Union régionale des professionnels de santé
<b>USLD</b>	Unité de soins de longue durée
<b>VAE</b>	Validation des acquis de l'expérience

FRS  
Bourgogne

FRS



2012  
2016

