

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 libéroux 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 €	256	21,4	79
Saône et Loire	55 317	14 655 445 €	224	18,4	110
Yonne	38102	7 517 598 €	197	18,66	95
Région	181 262	44 315 409 €	244	19,36	93
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 frontières entre départements. En effet, la taille critique de certains SSIAD pose des questions d'efficience 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:
 - o 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.

	Egart 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
Côte d'Or	0,62	-0,05	1,18
Nièvre	2,04	1,37	0,91
Szóne et Loire	-0,96	-0,42	-0,88
Yonne	-0,7	-0,26	-0,71
Bourgogne	0	0	0



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	chiffrage financier (coût moyen indicatif: 11 000 €)	total places en 2016
Côte d'Or	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 å 2 035 000	1 070 å 1155
Niëvre	627	21,40	50	22,54	Renforcement des SSIAD PA existents	550 000	677
Saône-et- Loire	1 202	18,40	198	20,85	Pas de ciblage des bassins concernés mais priorité à ceux qui sont déficitaires en infirmiers libéreux ou pour permettre la création de petites unités de vie	2 178 000	1 400
Yonne	711	18,65	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
Bourgogne	3 510	19,35	461 à 546	21,27 å 21,73		5 071 000 à 6 006 000	3 971 å 4 055

Chiffrage financier SSIAD							
Chiffrege total (coût moyen : 11 000 €)	Dont redéploiement de crédits sanitaires	Don't mesures nouvelles					
5 071 000 ≟ 6 006 000 €	2 000 000 €	3 071 000 à 4 006 000 €					

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

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
Côte d'Or (*)	162	3,34	16	3,53	176 000	178
Nièvre	53	1,81	20	2,44	220 000	73
Saône-et-Loire	143	2,19	30	2,58	330 000	173
Yonne	116	3,04	15	3,34	165 000	131
Bourgogne	474	2,61	81	2,97	891 000	555

^(*) Le schéma gérantologique 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							
Chiffrege total (coût moyen : 11 000 €)	Dont redéploiement de places d'établissements en places de services	Don't mesures nouvelles					
891 000 €	0	891 000 €					



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
Côte d'Or (*)	142	2,93	30	3,41	330 000	172
Nièvre	7	0,24	25	1,07	275 000	32
Saone-et-Loire	148	2,27	45	2,87	495 000	193
Yonne	76	1,99	18	2,40	198 000	94
Bourgogne (**)	373	2,06	118	2,63	1 298 000	491

(*)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 lotal (coût moyen : 11 000 €)	Dont redéploiement de places d'établissements en places de services	Don't mesures nouvelles					
1 298 000 €	0	1 298 000 €					

3.3.3 La stratégie d'évolution des Etablissements 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 Age (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
Côte d'Or	48 542	71 230 567 €	1 467	126,76
Niévre	29 301	32 914 946 €	1 123	102,76
Saône et Loire	65 317	86 992 200 €	1 332	116,42
Yonne	38 102	59 780 766 €	1 569	134,66
Région	181 282	260 918 479 €	1 384	120,81



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
Niévre	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	181 282	274 017 118 €	1 612

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

Dans le bilan détaillé des plans de création de places 40, la CNSA estime qu'à l'issue de la 4*** année du Plan Solidarité Grand Age (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*** 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.

<u>Dans la Nièvre</u>: 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 chalonnaise.

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,

, market	Dossler	de presse	du con:	sell de l	S CNSA	du 5 Jul	let 2011	sur le bili	in détaillé	t des p	ilans de	création	de places	i .	
													94/190		

Projet Régional de Santé de Bourgogne 2012 - 2016



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.

<u>Dans l'Yonne</u> : 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.

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

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 médicosociaux 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 pévues au SROMS à l'horizon 2016	Taux atteint en 2016 (Pop. 2015)	Commentaires	chiffrage (coût moyen : 11 000 €)	total places en 2016
Côte d'Or	6 153	126,76	58	123,21	Le schéma gérantologique 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
Nièvre	3 011	102,76	85	103,54	Evaluation 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
Saône-et- Loire	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 Chalonnais 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
Yonne	5 131	134,66	0	130,88		0	5 131
Bourgogne	21 899	120,81	484	119,91		Entre 0 et 5 324 000	22 383

Chiffrage financier EHPAD								
Chiffrage total	Chiffrage total Dont redéploiement de places d'établissements vacantes							
5 324 000 €	1 650 000 €	3 674 000 € à 5 324 000 €						



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

	20	111	Clble	2016	
	Taux équipement en places en EHPAD	Taux d'équipement SSIAD	Taux équipement en places en EHPAD	Taux d'équipement SSIAD	
Côte d'Or	126.76	19.98	123.21	21,23 å 22.91 22,64	
Nièvre	102.76	21.4	103.54		
Saone et Loire	116.42	18.4	118.31	20,85	
Yonne	134.66	18.66	130.88	21,02 21,27 å 21.73	
Bourgogne	120.81	19.36	119.91		

A 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 83IAD.

	201	7	Clble 2016				
	Ecart à la moyenne en taux d'équipement en EHPAD	Ecart à la moyenne en taux d'équipement en SSIAD	Ecart à la moyenne en taux d'équipement en EHPAD	Ecart à la moyenne en taux d'équipement en SSIAD			
Cate d'Or	5.94	0.62	3.30	-0.05 à +1.18 1.37 à 0.91 -0.42 à -0.88			
Nièvre	-18.05	2.04	-16.37				
Saone-et-Loire	-4.40	-0.96	-1.59				
Yonne	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

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

	201	1	Cible 2016			
	Taux d'équipement pour 1000 hab. de 75 ans et plus	Ecart à la moyenne (arrondi)	Taux d'équipement pour 1000 hab. de 75 ans et plus	Ecart à la moyenne (amondi <u>)</u> 5 à 6		
Côte d'Or	153	8	152 š 153			
Niëvre	125	-19	130	-17		
Saone-et-Loire	139	-5	145	-2		
Yonne	18	14	158	11		
Bourgogne	145		147			

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 å fin 2012	Chiffrage financier (coût moyen : 100 000€)
Côte d'Or	1			
N'èvre	0			
Sadne-et-Loire	1			
Yonne	0			
Bourgogne	2	2	4	200 000



SSIAD spécialisé	Nombre existant de dispositifs	Nombre supplémentaire prévu	Objectif å fin 2012	Chiffrage financier (coût moyen : 150 000 €)
Côte d'Or	2 (20 places)			
Niëvre	1 (10 places)			
Sadne-et-Loire	1			
Yonne	1			
Bourgogne			14	1 360 000

PASA	Nombre existant de dispositifs	Nombre supplémentaire prévu	Objectif å fin 2012	Chiffrage financier (coût moyen : 54 000 à 63 000 €)
Côte d'Or	3			
Vievre	3			
Badne-et-Loire	1			
Yonne	5			
Bourgogne	12	38	80	2 062 000 à 2 394 000

UHR	Nombre existant de dispositifs	Nombre supplémentaire prévu	Objectif å fin 2012	Chiffrage financier (coût moyen €)
Côte d'Or	1			
Niëvre	0			
Sadne-et-Loire	1			
Yonne	1			
Bourgogne	8	8 (en USLD)	8	Montant variable selon les porteurs de projet

Chiffrage	financier Plan Alzheimer jusqu'en 2012							
Chiffrage total Dont redéploiement de places Dont mesures nouvelles d'établissements en places de services								
3 602 000 ± 3 944 000 € + UHR non chiffés	0	3 602 000 ≟ 3 944 000 € + UHR non chiffres						

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.

Projet Régional de Santé de Bourgogne 2012 - 2016



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	Dant redéplaiements	Dont mesures nouvelles							
12 584 000 ≟ 13 519 000 €	3 650 000 €	8 934 000 à 9 869 000 €							
+3 602 000 à 3 944 000 € pour le Plan Alzheimer (UHR non shiffrés)		+ 3 602 000 à 3 944 000 € pour le Plan Alzheimer (UHR non chiffrés)							



4^{ème} partie:

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

4.1 Diagnostic

Les conduites addictives⁴¹ 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, toboc, médicaments psychotropes ou pour des addictions sons 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);

...

⁴¹ L'addiction est une conduite qui repose sur une envie répétée et irrépressible d'un comportement ou d'un produit, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire.



 Les établissements médico-sociaux que sont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)⁴² et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) (cf. le paragraphe 4.1.2 : 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 de l'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.

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 maiadles 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)

40	Les	CSA	PA	ambulat	oires	généro	istes	doive	nt assu	ver .	des	soins	médico	-psycho	sociaux	pour	toute	condui	te
	addic	tive,	prir	cipalem	ent e	akool	et di	rogues	illicites	Ils	ont	succé	δέ συχ	aces	établiss	enent	s spéc	idisés	en
	drogi	ies III	icite	es (CSS	T) đượ	e part e	et alco	xH(CC	AA) & au	tre	port.								

Projet Régional de Santé de Bourgogne 2012 - 2016



- 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% trols 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'eostasy 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 1/4.

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

102/10/

Projet Régional de Santé de Bourgogne 2012 - 2016



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 Luzy 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 mitemps 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.



Etablissements médico-sociaux en addictologie en Bourgogne

	CSAPA	File active CSAPA 2010	File active CJC CSAPA 2010	CAARUD	File active CAARUD 201 0 (hors interventions de rue)
Côte d'Or	4	2 158	49	1	45
Niëvre	1	1 528	27	1	162
Saône et Loire	2	2 195	228	1	183
Yonne 1		1711	126	*	o**
Bourgogne	8	7592	430	4	390

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** 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.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 24.1 Rendre effectif le caractère généraliste des CSAPA ambulatoires autorisés en 2010	Formation Mutualisation des moyens

.

⁴³ Ouverture réalisée en mars 2011



Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 24.2 Favoriser la pluridisciplinarité (compétence médicale, compétence	Financement (mesures nouvelles) des structures pour recrutement de personnel et, si possible, redéploiement
psychologique et compétence sociale) au sein des structures	Formations universitaires des médecins en addictologie

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (rapport 2010)	Valeur cible à 5 ans
Indicateur de suivi de l'objectif général et de l'objectif spécifique nº 24.11	Evolution 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%
Indicateur de suivi de l'objectif spécifique n° 24.2	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
Objectif spécifique n° 25.1 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
Objectif apécifique n° 25.2 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	Inscrire dans les CPOM hospitaliers et les ROB (conditions d'octroi des mesures nouvelles)



Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
les liens avec le secteur social qui s'est spécialisé en alcool; mesurer son effectivité (nombre de bénéficiaires)	
Objectif apécifique n° 25.3 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	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
Indicateur de suivi de l'objectif spécifique n° 25.1	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
Indicateur de suivi de l'objectif spécifique n° 25.2	Nombre de conventions signées et de personnes bénéficiaires	0	6 conventions
Indicateur de suivi de	Nombre d'annuaires des acteurs par territoire.	0	1 annuaire par territoire de proximité
l'objectif spécifique n° 25.3	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 répon se 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
Objectif spécifique n° 26.1 Assurer l'accessibilité des consultations «jeunes consommateurs» pour les jeunes et leur entourage sur des zones non couvertes	Réaliser une cartographie sur la connaissance des dispositifs
Objectif spécifique n° 26.2 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	Suite donnée à l'orientation du SRP



	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (rapport 2010)	Valeur cible à 5 ans
Indicateur de suivi de l'objectif spécifique n° 28.1	Nombre d'habitants (jeunes) couverts		Augmentation, à définir avec DT
Indicateur de suivi de l'objectif spécifique n° 26.2	Proportion des jeunes de moins de 25 ans dans la file active C5APA (source rapport d'activité)	De 6% (ANPAA21) à 64% (SEDAP-Tivoli)	Pas de valeur cible régionale. Augmentation dans chaque CSAPA

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.

Côte d'Or	Le Nord du département est trop faiblement investi	Le Montberdois mais également le canton de Saulieu notamment
Nièvre	La zone de Luzy doit être couverte à partir de la Saône et Loire	
Saone et Loire	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
Yonne	Poursuite de la couverture des secteurs de la Puisaye pour finaliser le maillage territorial	Secteurs de la Puisaye (cantons de St-Sauveur, Courson-les-Caméres, Coulanges-sur-Yonne, Bléneau)

4.3.2 Coopérations

A la différence de l'objectif général nº25 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).



Côte d'Or	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.
Nièvre	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.
Saône et Loire	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
Yonne	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
Côte d'Or	4	4
Nièvre	1	1
Saône et Loire	2	2
Yonne	1	1
Bourgogne	8	8

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
Côte d'Or	1	1
Nièvre	1	1
Saône et Loire	1	1
Yonne	1	1
Bourgogne	4	4

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		
Côte d'Or	0	0	0	0 å 1		
Niëvre	0	0	0	0		
Saône et Loire	0	0	0	0 å 1		
Yonne	0	0	0	0		
Bourgogne	0	0	0	0 å 2		

Accessibilité

En Côte-d'Or

- 4 CSAPA dont 2 à vocation régionale contribuent à la prise en charge des personnes confrontées aux
- 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-
- 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 Saone-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 »

Projet Régional de Santé de Bourgogne 2012 – 2016



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 :

Objectif général nº 1 : approche glo	bale en addictologie
Action	Financement : source extern ou montant
Formation	employeur
Accompagnement per l'ARS	40 000 €
Formation pour renforcer la pluridisciplinanté	employeur
Recrutement pour renforcement des équipes	500 000 €
Objectif général nº 2 : parcours d	le soins cohérent
Consultations de proximité et amélioration de la couverture territoriale	500 000 €
Annuaires	10 000 €
Réunions de communication	32 000 €
Action femmes enceintes	100 000 €
Objectif général n° 3 : jeunes c	onsommateurs
Développement des consultations	200 000 €
Projets innovants et expé	rimentaux
Interventions dans les maisons de santé/cabinets	200 000 €
CAARUD	
Extension des PES en pharmacie	80 000 €
TOTAL	1 662 000 €

Projet Régional de Santé de Bourgogne 2012 - 2016



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^{eme} 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 becoins

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.

Structures pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques

	Nombre de places d'appartement de soordination thérapeutique	Nombre de lits halte soins santé
Côte d'Or	9	9
Nièvre	0	0
Saône et Loire	0	4
Yonne	0	0
Bourgogne	9	13

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.

A 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.

A 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
Objectif spécifique n° 27.1 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
Indicateur de suivi de l'objectif général	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 sui te 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. A 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, 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
Objectif spécifique n°28.1 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
Nombre de Lits Halte Soins Santé / département	19 lits dans 2 départements	43 lits sur les 4 départements

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

	2	2010	Clble		
Appartement de coordination thérapeutique	Nombres de structures	Nombre de lits	Nombres de structures	Nombre de lits	
Côte d'Or	1	9	2	18	
Niévre	0	0	1	10	
Saône et Loire	0	0	1	12	
Yonne	0	0	1	10	
Bourgogne	4	9	5	50	

Réduction des inégalités territoriales en matière de lits haite soins santé :

		2010	Cible à 5 ans		
Lits Halte Soins Santé	Nombres de structures	Nombre de lits	Nombres de structures	Nombre de lits	
Côte d'Or	2	9	2	19	
Niévre	0	0	1	•	
Saône et Loire	1	4	2*	13	
Yonne	0	0	1	\$	
Bourgogne	3	13	6	43	

^{* (1} seul gestionnaire)

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 CHRS 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 oréations, suppression, transformation et regroupement de structures médico-sociales en Bourgogne en lien avec la price en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Lits Halte Soins Santé et	3truotures					
Appartement de coordination thérapeutique	Creation	Transformation	Suppression	Regroupement		
Côte d'Or	+1 (ACT)	0	0	0		
Niévre	+ 2 (ACT - LH38)	0	0	o		
Saône et Loire	+ 2 (ACT - LH3S)	0	0	0		
Yonne	+ 2 (ACT - LH88)	0	0	0		
Bourgogne	• 7	0	0	0		

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 8 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^{ème} partie:

Evaluer 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
- · 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).

	Questions		Motivation du choix
F	Les groupes technique départementaux de suivi de la scolarisation ont-ils permis d'améliorer et de faire vivre la coopération Education Nationale / ARS dans chaque département ?	*	Evaluer le niveau de mise en œuvre des objectifs spécifiques du schéma
	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 cohèrence du parcours scolaire des enfants ?	•	Identifier les freins et difficultés perçus par les partenaires pour développer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire
	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 ?		
	L'accompagnement des SESSAD est-il efficace ?		Avoir une meilleure lisibilité, pour les familles, des pratiques de scolarisation des enfants en situation d
	La diversification des modelités de scolarisation est-elle effective dans chaque département ?		handicap dans la région
	Quelles sont les difficultés rencontrées ?		



· L'accès à l'emploi des jeunes handicapés	
Questions	Motivation du choix
 Quel est le rôle et l'utilité du groupe technique départemental? Quelles sont les modalités mises en œuvre par les ESMS pour améliorer l'insertion professionnelle des jeunes handicapés? Quelles sont les difficultés rencontrées pour développer l'insertion professionnelle des 16-25 ans? Quelle est l'utilité des actions mises en place (en termes de qualification, d'insertion professionnelle)? 	Evaluer le niveau de mise en œuvre des objectifs spécifiques du schéma Identifier les freins et difficultés perçus par les partenaires Identifier des facilitateurs pour développer l'insertion professionnelle des 16-25 ans
· Les dispositifs d'accueil temporaire des personnes	âgées
Questions	Motivation du choix
 Comment fonctionnent les AJ et HT? Comment sont-ils intégrés dans leur environnement (relations ave les SSIAD, les EHPAD, les hópitaux, les professionnels de santé libéraux)? 	 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)
 Quels sont les besoins et attentes en matière d'accueil temporeire (pour les aidants, pour les établissements, pour les financeurs)? 	Tendre vers une plus grande proximité des réponses Diffuser l'information sur les AJ et les HT notamment.

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'Education nationale, qui a l'obligation d'accueillir tous les enfants, et le secteur médicosocial, qui doit favoriser la scolarisation en milieu ordinaire.

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'Education Nationale:
- identifier des facilitateurs pour développer la collaboration entre les différents partenaires.

Cette évaluation se fondera sur une analyse :

quantitative des données de l'Education nationale, des données issues des rapports d'activité des ESMS....

⁴⁴ CREAI PACA-Corse, Etat des lieux de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés de la région PACA, mars