

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1.2 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
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	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

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 a 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, audiologie, 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.

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 diagnostics.

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 famille⁵. 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
Objectif spécifique n° 2.1 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
Objectif spécifique n° 2.2 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
Objectif spécifique n° 2.3 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
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	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 solution⁶.

⁵ 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 prénatale et post-natale d'une maladie ou d'une malformation.

⁶ Les CAMSP- résultats de l'enquête quantitative menée en 2008 - CNSA

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 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
Objectif spécifique n° 3.1 Favoriser une anticipation plus précoce des orientations prises par la CDAPH	Inscrire cette démarche d'anticipation dans les projets d'établissement des CAMSP
Objectif spécifique n° 3.2 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
Indicateur de suivi de l'objectif général	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 19⁷ et la récente recommandation du Conseil de l'Europe relative à la désinstitutionalisation et la vie au sein de la collectivité des enfants handicapés.⁸ 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

⁷ 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...

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

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.⁹

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.

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.¹⁰

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 4.1 Développer le nombre de places de SESSAD, prioritairement par transformation de places d'établissement	Inscrire dans les CPOM les modalités de transformation
Objectif spécifique n° 4.2 Renforcer les SESSAD pour permettre un accompagnement plus important en milieu ordinaire pour certains types de handicap	Elaborer un cahier des charges des SESSAD "renforcés" (modalités d'intervention, moyens nécessaires...)

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

¹⁰ Conférence nationale du handicap - 8 juin 2011- Dossier de presse

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 4.3 Promouvoir la souplesse et l'adaptabilité de la prise en charge : orientations des CDAPH vers des « dispositifs » plutôt que des établissements et services ciblés	Elaborer 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
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	Part des services dans l'offre médico-sociale globale dans le champ de l'enfance handicapée/ département ¹¹	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 <u>enfants et adultes</u> est atteinte Objectif d'une poursuite de l'augmentation générale, notamment dans la Nièvre et dans l'Yonne

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

¹¹ 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

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 Education 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>Objectif spécifique n° 5.1</p> <p>Améliorer et faire vivre la coopération Education Nationale / ARS au niveau régional et dans chaque département</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>
<p>Objectif spécifique n° 5.2</p> <p>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>Organiser un groupe de travail avec des responsables d'ESMS, de MDPH et des enseignants référents.</p>
<p>Objectif spécifique n° 5.3</p> <p>Renforcer la préparation en amont de la première scolarisation (par les CAMSP / enseignant référent / famille / municipalité...) pour éviter le point de rupture et réussir la première scolarisation</p>	<p>Organiser une réflexion avec le rectorat, les inspecteurs d'Académie et l'ARS pour élaborer des préconisations.</p> <p>Charger le groupe technique prévu par le décret d'avril 2009 du suivi de la mise en œuvre de cet objectif dans chaque département</p>
<p>Objectif spécifique n° 5.4</p> <p>Diversifier les modalités de scolarisation (exemple : unités d'enseignement IME « hors les murs », scolarisation à temps partagé,...), en concertation étroite avec l'Education nationale</p>	<p>inscrire cette diversification dans les CPOM et les projets d'établissement des IME et des ITEP</p>

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Indicateur de suivi de l'objectif général	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 CREAL 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 (SAAAIS) 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 3ème 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
Objectif spécifique n° 6.1 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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 6.2 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
Objectif spécifique n° 6.3 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
Objectif spécifique n° 6.4 Assurer un meilleur maillage de la région en matière de SESSAD pour l'accompagnement du handicap visuel	Equiper les 2 départements non couverts, sous réserve de financement
Objectif spécifique n° 6.5 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
Objectif spécifique n° 6.6 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 et SROS H)
Objectif spécifique n° 6.7 Conforter et rendre lisible la prise en charge des handicaps rares, en lien avec les centres de ressources nationaux	Evaluer 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
Indicateur de suivi de l'objectif général	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) ¹² (cf CPOM ARS)	43 % en 2011 (soit 279 places dédiées à l'autisme au 31/12/2011)	50 % (soit 310 places dédiées)

¹² Le taux d'évolution est calculé à partir d'une valeur de référence 2007 (cf CPOM ARS)

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	Dotations € par enfant au 31/12/2010	Taux global d'équipement 2011 (en %)
Côte d'Or	124 168	52 399 531 €	422 €	9.93
Nièvre	43 572	22 242 297 €	510 €	12.76
Saône et Loire	121 578	34 249 163 €	282 €	8.32
Yonne	79 713	29 113 569 €	365 €	9.96
Bourgogne	369 031	138 004 560 €	374 €	9.74

- 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 ⁹ pour les CAMSP, ou 0-19 ans pour les CMPP	
	CMPP	CAMSP	CAMSP	CMPP
Côte d'Or	3 275 061 €	2 792 353 €	78 €	26 €
Nièvre	1 796 651 €	1 232 561 €	94 €	41 €
Saône et Loire	981 961 €	1 720 487 €	48 €	8 €
Yonne	1 429 913 €	842 428 €	35 €	18 €
Bourgogne	7 483 586 €	6 587 829 €	61 €	20 €

(* : population 0-6 ans : stats 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)
Côte d'Or	Extension du CAMSP géré par l'ADPEP21		115 000 €
Nièvre			0 €
Saône-et-Loire	Création de 3 antennes : Bourbon-Lancy, Paray-le-Monial et en Bresse	Création d'une antenne sur le sud du département	1 000 000 €
Yonne	Création d'une antenne à Avallon	Création d'une antenne à Sens	500 000 €
Bourgogne			1 615 000 €

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

- 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'Education 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	Etabls	SESSAD	Etabls	SESSAD	Etabls
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
Bourgogne	369 031	15 173 550 €	108 759 595 €	41 €	295 €	2.91	6.83

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.

Enfance	Objectifs chiffrés pour les établissements pour enfants 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. 2016)	Commentaires indicatifs	Chiffre financier indicatif (coût moyen indicatif : 50 000 €)	
Côte d'Or	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
Nièvre	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
Saône-et-Loire	699	5,75	27	6,16	12 places d'IME 15 places d'ITEP	1 350 000	726
Yonne	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 Beaulieu 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
Total Bourgogne	2 519	6,83	-21 à -86	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€	4 450 000 à 7 700 000	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...		

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

Enfance	Objectifs chiffrés pour les services en faveur de l'enfance 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 indicatif (coût moyen indicatif : 18 000 €)	
Côte d'Or	502	4,04	18 pl SESSAD et finalisation du SAIP (146K€ 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)
Nièvre	142	3,26	33	4,19	Les 33 places de SESSAD sont créées par redéploiement de places d'IME	594 000 €	175
Saône-et-Loire	313	2,57	140	3,84		2 520 000 €	453
Yonne	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
Bourgogne	1076	2,92	281 à 371	3,74 à 3,98		5 204 000 à 6 824 000 €	1 357 à 1 447

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

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

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

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 (Education 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.

Côte d'Or	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
Nièvre	
Saône et Loire	structure expérimentale d'hébergement socio-éducatif avec apport de soins psychiatriques
Yonne	structure expérimentale d'hébergement socio-éducatif avec apport de soins psychiatriques

2^{ème} 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^{ère} 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

	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 60 ans)
Côte d'Or	3 509	6 479	803	333	16,49	3,9
Nièvre	2 482	4 755	538	114	27,05	6,4
Saône et Loire	5 171	6 253	764	380	19,4	3,8
Yonne	4 108	6 375	731	198	24,51	4,8
Bourgogne	16 980	26 882	2 888	1 081	20,82	4,2
France entière					18,9	3,1

Sources : CNAMTS, CNAF/MSA, CNSA (données de contexte 2008), DREES, Statistis 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 (20.82 allocataires pour 1000 personnes de 20 ans et plus) par rapport à la moyenne nationale (18.9 ‰). 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, compte 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 %

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 (20-69 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
Côte d'Or	277 251	444	1,6	96	0,35	540	1,95	1 034	3,73
Nièvre	103 938	176	1,69	39	0,38	215	2,07	458	4,41
Saône et Loire	271 345	468	1,72	107	0,39	575	2,12	1 028	3,79
Yonne	171 166	286	1,67	85	0,5	371	2,17	636	3,72
Bourgogne	823 700	1 374	1,67	327	0,4	1 701	2,07	3 156	3,83
France	33 180 265	37 912	1,15	10 903	0,33	48 815	1,48	111 174	3,35

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	%
Côte d'Or	307	137	444	11	0	11	19	8	27	38	8,58
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
Bourgogne	950	424	1374	17	8	25	54	29	83	108	7,86
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
Etablissements	49 650 170 € 93%
Services	3 485 988 € 7%
Total enveloppe 2010	53 136 158 € 100%

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
Bourgogne	823 700	37 169 007	45,12

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.

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.

A titre indicatif, une étude publiée en novembre 2009¹³ 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 générale¹⁴. 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).

¹³ 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.

¹⁴ « Accès aux soins des personnes en situation de handicap » -Audit public- Rapport de la commission d'audit public -HAS -23 janvier 2009-

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 handicap¹⁵.

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...). Egalement, 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.

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
<p>Objectif spécifique n° 7.1</p> <p>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>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)</p>
<p>Objectif spécifique n° 7.2</p> <p>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)</p>	<p>Intégrer cette stratégie de prévention dans les CPOM et les projets d'établissements</p>
<p>Objectif spécifique n° 7.3</p> <p>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</p>	<p>Intégrer cette stratégie d'éducation à la santé dans les CPOM et les projets d'établissements</p>

¹⁵ « Dépistage du cancer chez les personnes handicapées » CREAJ de la région PACA -février 2010-

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
l'alcoolisme	
Objectif spécifique n° 7.4 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)
Objectif spécifique n° 7.5 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
Indicateur de suivi de l'objectif général	% 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.

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
Objectif spécifique n° 8.1 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
Objectif spécifique n° 8.2 Renforcer certains SAMSAH prenant en charge des personnes en situation de handicap psychique avec des professionnels du secteur sanitaire	Elaborer un cahier des charges SAMSAH handicap psychique.
Objectif spécifique n° 8.3 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
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	Part des services dans les ESMS pour adultes handicapés / département ¹⁶ (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 %

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.

¹⁶ 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.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 9.1 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	Action à mener conjointement avec les conseils généraux

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	% 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 démuni 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
Objectif spécifique n° 10.1 Renforcer l'offre de répit par des places en accueil temporaire et en accueil de jour au sein des FAM / MAS dans chaque département	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.
Objectif spécifique n° 10.2 Développer, à partir des FAM et des MAS, le soutien aux aidants 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	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.

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Indicateur de suivi de l'objectif général	Part des places en accueil de jour et hébergement temporaire en FAMMAS / département	Côte d'Or : 8.56 % Nièvre : 7.39 % Saône et Loire : 10.47 % Yonne : 2.80 % Région : 7.86 %	En augmentation notamment dans l'Yonne : cible à finaliser suite aux travaux d'évaluation des besoins

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
Objectif spécifique n° 11.1 Permettre la découverte du monde du travail (ESAT, milieu ordinaire) aux jeunes handicapés en milieu ordinaire ou en IME	Mener une réflexion dans le cadre du groupe technique départemental avec l'Education Nationale, les charges de mission professionnelle des MDPH et les responsables IME

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
pour préparer l'insertion professionnelle en milieu ordinaire	
Objectif spécifique n° 11.2 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)	Transformer des places d'IME en SESSAD pro (ou mutualisation de moyens entre IME). Logique de CPOM et de dispositif permettant plusieurs réponses (cf. partie enfance / objectif spécifique 4.3) Rapprochement avec les missions locales
Objectif spécifique n° 11.3 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	A inscrire dans les projets d'établissements et à développer dans le cadre d'un CPOM

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
indicateur de suivi de l'objectif général	% 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
Objectif spécifique n° 12.1 Mettre en place une réflexion régionale sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques	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
Objectif spécifique n° 12.2 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,	Lancer un appel à projet, sous réserve de financement

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	Nombre de places en structures et services spécifiquement dédiés à l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques / département	- 42 places de SAMSAH (dont 22 en 21 et 20 en 89) - 59 places d'ESAT (dont 35 en 21 et 24 en 71)	+ 112 places de SAMSAH prévues dans le SROMS Création de places d'ESAT

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
Objectif spécifique n° 13.1 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)	Lancer un appel à projet, sous réserve de financement
Objectif spécifique n° 13.2 Compléter la filière d'insertion professionnelle (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)	Evaluer 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
Indicateur de suivi de l'objectif général	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'Etat dans la modernisation et le développement des ESAT dont le rapport¹⁷ exploite 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

¹⁷ OPUS 3 - direction générale de l'action sociale - appui des services de l'Etat 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

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. A l'instar de certains d'entre eux qui l'ont déjà mise en pratique dans la région¹⁸, 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 travail¹⁹. 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.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n° 14.1</p> <p>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>	Inscrire dans les CPOM et les projets d'établissement l'évolution des recrutements et le développement des plans de formation
<p>Objectif spécifique n° 14.2</p> <p>Développer la reconnaissance des acquis professionnels 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>Objectif spécifique n° 14.3</p> <p>Favoriser l'adaptation des ESAT au vieillissement des personnes handicapées (temps partiels, zone de répit,...), et préparer avec les personnes handicapées leur orientation au moment de la retraite</p>	Inscrire dans les CPOM et les projets d'établissement le développement d'activités adaptées et des actions de préparation à la retraite

¹⁸ 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

¹⁹ 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

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	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
Objectif spécifique n° 15.1 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	Inscrire dans les CPOM et les projets d'établissement un objectif spécifique relatif aux modalités d'accueil des personnes avec troubles du comportement associés.
Objectif spécifique n° 15.2 Développer une offre adaptée pour accueillir des personnes handicapées actuellement prises en charge au sein d'établissements de santé	Lancer une étude spécifique sur les personnes prises en charge dans le secteur sanitaire de manière inadéquate en lien avec les MDPH. Développer les projets médico-sociaux nécessaires en envisageant les redéploiements de moyens possibles du sanitaire vers le médico-social.

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	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 personne²⁰.

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
Objectif spécifique n° 16.1 Systématiser une convention de partenariat avec l'établissement de santé de proximité 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 »	Elaborer un modèle type de convention de partenariat entre ESMS et établissements de santé (centres hospitaliers et CH psychiatriques) tenant compte notamment des obligations posées par le décret du 20 mars 2009.
Objectif spécifique n° 16.2 Développer des actions de formation conjointes des personnels hospitaliers et des professionnels des ESMS à l'accompagnement des personnes handicapées	Inscrire dans les CPOM des objectifs croisés de coopération et d'échanges de pratiques.

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

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 Blanc²¹ 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.

²⁰ 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.

²¹ « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge »- Paul Blanc- 2006.

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 ans²².

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
Objectif spécifique n° 17.1 Favoriser les coopérations et les échanges de professionnels des FAMMAS/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.
Objectif spécifique n° 17.2 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.
Objectif spécifique n° 17.3 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 (FAMMAS)	Inscrire les modalités d'intervention dans les conventions de coopération ES/ESMS
Objectif spécifique n° 17.4 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

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

²² « Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes » - dossier technique -ONSA- octobre 2010.

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 181€ par personne de moins de 60 ans, ce montant est très inégalement réparti entre le secteur enfance (374€ par enfant) et le secteur adulte (66€ 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 €			
Total (enfants + adultes)	191 930 €	100%	1 192 731	161 €

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'Etat. 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'Etat)	
			total	Dont MAS-FAM	Dont Samsah-SSIAD	Dotation au 31.12.2010	€ par adultes
	2011	adultes					
Côte d'Or	277 251	15 803 084 €	57 €	53 €	4 €	11 812 957	42,61
Nièvre	103 938	8 342 831 €	80 €	76 €	4 €	5 380 883	51,77
Saône et Loire	271 345	14 125 991 €	52 €	49 €	4 €	12 102 513	44,60
Yonne	171 166	14 864 063 €	87 €	81 €	6 €	7 872 654	45,99
Bourgogne	823 700	53 135 969 €	65 €	60 €	4 €	37 169 007	45,12

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 cérébrolésées 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.

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	Chiffrage financier (coût moyen indicatif: 27 000 €)	
Côte d'Or	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
Nièvre	86	0,83	14	1,01	Création de places pour prendre en charge les personnes handicapées vieillissantes	378 000	100
Saône-et-Loire	354	1,30	36	1,50	Médicalisation de 24 places de foyer de vie dont 11 places à Bonnavy Création de 12 places pour les personnes handicapées vieillissantes au FAM SIMARD	972 000	390
Yonne	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
Bourgogne	950	1,15	150	1,38		4 050 000	1100

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

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 €)	
Côte d'Or	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
Nièvre	90	0,87	38	1,29	Places financées prioritairement par redéploiement de l'enveloppe sanitaire	entre 0 et 2 736K€	128
Saône-et-Loire	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 760K€	194
Yonne	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
Région			10		10 places de MAS pour traumatisés crâniens (non localisées actuellement)	Entre 0 et 720 K€	10
Bourgogne	424	0,51	173	0,75		Entre 0 et 12 456K€	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
12 456 000 €	Entre 12 456 000 € et 0	Entre 0 et 12 456 000 €

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	Chiffrage 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
Bourgogne	164	0,20	218	0,48		3 052 000	382

Chiffrage financier sur les SAMSAH		
Chiffrage total Coût moyen indicatif : 14 000 €	Dont redéploiement de crédits	Dont mesures nouvelles
3 052 000	0	3 052 000

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	Chiffrage 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
Bourgogne	163	0,20	57	0,28		798 000	220

Chiffrage financier sur les SSIADPH		
Chiffrage total (coût moyen indicatif : 14 000 €)	Dont redéploiement de crédits	Dont mesures nouvelles
798 000 €	0	798 000 €

Adultes	Objectifs chiffrés pour les ESAT 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 indicatif (coût moyen indicatif : 12 000 €)	
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
Bourgogne	3 156	3,83	110 à 230*	4,10 à 4,24		1 320 000 à 2 760 000 €	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

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

Chiffrage financier indicatif pour le développement de dispositifs d'insertion au sein de la région (EUROS et/ou CPO)	450 000 à 950 000 €
---	---------------------

	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'Etat (ESAT)
Chiffrage financier total indicatif sur le secteur Adultes	De 22 126 000 € à 24 066 000 €	de 12 456 000 € à 0 €	8 350 000 € à 21 306 000 €	de 1 320 000€ à 2 760 000€

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^{ère} partie.

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

3^{ème} partie :

Soutenir l'autonomie des personnes âgées

3.1 Diagnostic

3.1.1 Besoins

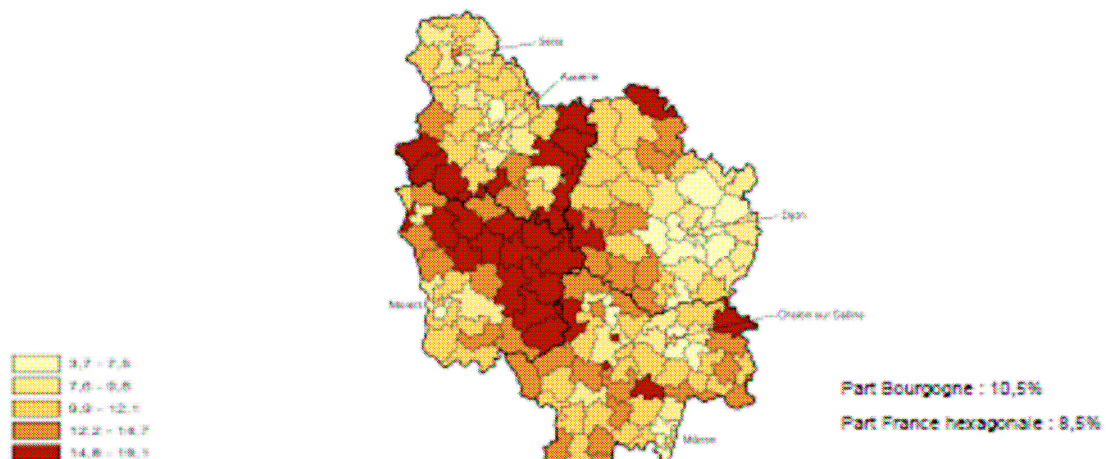
La Bourgogne est une région dont le vieillissement est supérieur à la moyenne nationale. En 2006, elle se situe au 4^{ème} rang des régions pour la proportion des plus de 75 ans dans la population totale (10.3% contre 8.3% au plan national). Au sein de la région, l'indice de vieillissement au 1/1/2008 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

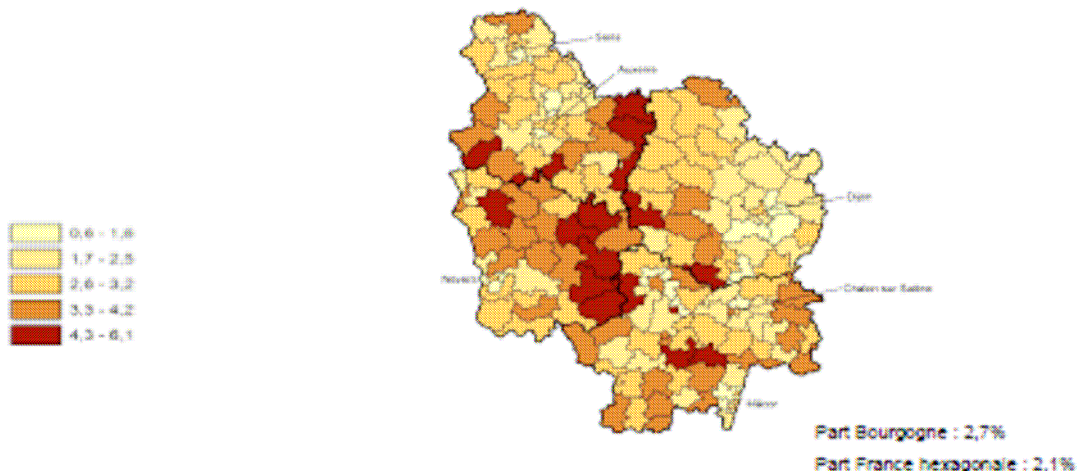
Les cartes ci-dessous détaillent la répartition par canton des 75 ans et plus et des 85 ans et plus en 2007

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 86 ans et plus dans les cantons de Bourgogne en 2007 (Pour 100 habitants)



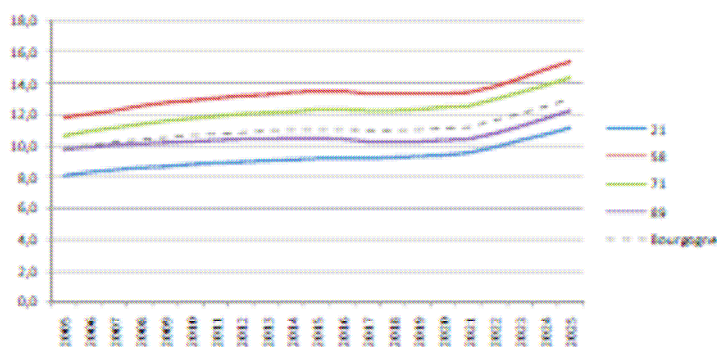
Source : Insee (RP 2007), exploitation ORS Bourgogne

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.

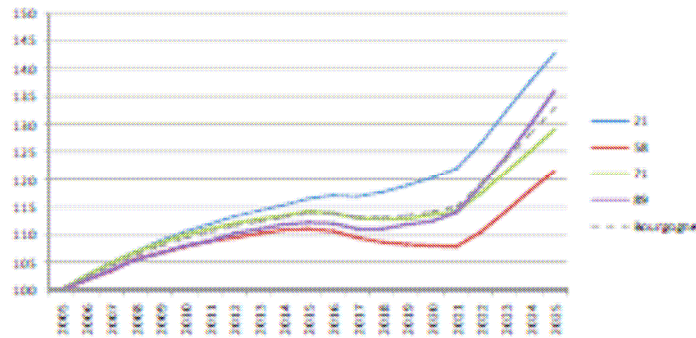
Graphique 1: Part des 75 ans ou plus dans la population totale des départements de Bourgogne, entre 2006 et 2025, selon les projections de l'Insee



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 : Evolution du nombre d'habitants de 75 ans et plus dans les départements de Bourgogne, entre 2006 et 2026, selon les projections de l'Insee



Source : Insee Explotation 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 2008/2014, l'Yonne, département attractif pour les retraités de la région parisienne s'attend en effet à une forte augmentation des plus de 60 ans.

A 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.

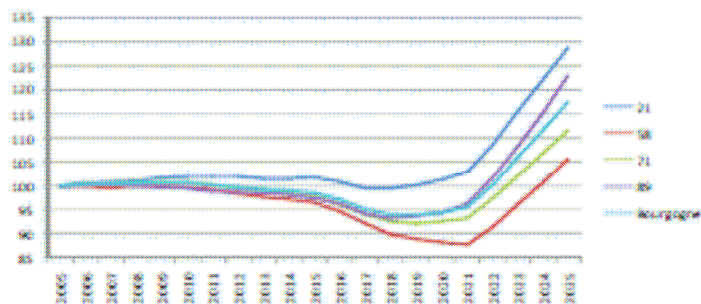
Projection de population de 75 ans et plus et de 85 ans et plus en 2015

	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
Bourgogne	186 669	62 022

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

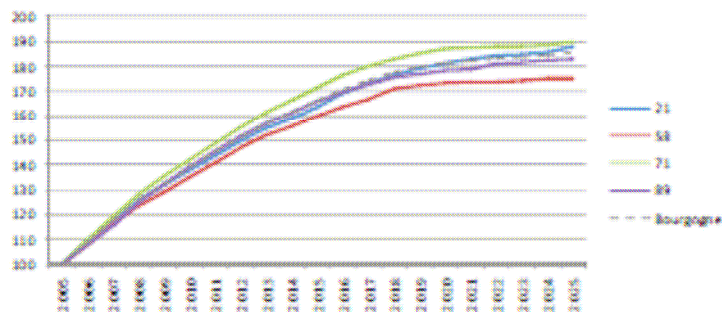
L'augmentation du nombre des personnes âgées masque de fortes différences selon les groupes d'âge : le nombre des 75-84 ans devrait rester stable jusqu'en 2021, voire diminuer, pour progresser nettement à partir de 2022. C'est la population des 75-84 ans de la Nièvre et de la Saône et Loire qui diminue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

Graphique 3 : Evolution 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 : Evolution 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 (38 000 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 ²³.

²³ Rapport "Vieillesse et santé" de l'ORS Bourgogne de septembre 2010

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%).

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 +)
Côte d'Or	39%	36%	3,5%	126,7 ‰	19,98	70‰
Nièvre	40%	44%	4%	102,7 ‰	21,40	64‰
Saône et Loire	39%	43%	4%	116,4 ‰	18,40	67‰
Yonne	37%	40%	3,5%	134,6 ‰	18,66	88‰
Région	39%	41%	3,8%	120,8 ‰	19,36	72‰
France			4,9%		19,2 (en 2009)	

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

La part des foyers fiscaux non imposés est la plus importante dans la Nièvre et en Saône et Loire; les allocataires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse y sont aussi les plus nombreux (mais la moyenne régionale est bien inférieure à la moyenne française); ces constats démontrent une certaine précarité dans ces deux départements. Les taux d'équipement en EHPAD y sont les plus faibles ainsi que les taux d'admission en ALD, ce qui peut poser la question de difficultés d'accès aux soins.

Il faut noter aussi le développement important des SSIAD dans la Nièvre qui peut favoriser le maintien à domicile. Enfin, le rôle de la solidarité familiale supposée développée dans le milieu rural peut être important mais ne peut être évalué.

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 1/1/2008

	A domicile		En établissement	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
Côte d'Or	5 244	119,5	4 396	100,2
Nièvre	4 547	165,1	2 585	93,9
Saône et Loire	8 920	147,2	5 245	86,5
Yonne	3 726	104	3 610	100,7
Bourgogne	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).

Etat 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 *
Côte d'Or	29 598	671,1
Nièvre	16 132	584,8
Saône et Loire	37 202	612,9
Yonne	21 661	603,3
Bourgogne	104 593	621,5

* 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 2008 ; 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
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
Total	97	6685	46	3655	131	9811	76	5309	350	25 460
dont EHPAD	81	6153	35	3011	93	7604	73	5131	282	21 899

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. A 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. A 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 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. A noter qu'au cours du schéma 2003/2007, le Conseil général de la Nièvre a décidé une pause dans la création ou l'extension d'établissements, constatant des places vacantes 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	
Total	137.72	124.74	160.21	139.34	140.46	121.7
dont EHPAD	128.78	102.78	118.42	134.88	120.81	101,3

Source : Données Ars Bourgogne Dosa Organisation

1 : statas 2010 données finess 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 Age, dans le cadre du libre choix du domicile.

Capacité financée 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 ¹ au 1/1/2009	5 373 701	103 230	19,2	9043	1,69	8944	1,66	22,55

Source ARS Bourgogne Dose Organisation, statas 2010

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

* à ces places d'hébergement temporaire médicalisé s'ajoutent 10 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)²⁴. 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.

²⁴ Source DREES / ARS / ADELI dans STATISS 2010