



« Les usagers accompagnés au 31 décembre 2013 »

Diagnostic de l'association E.U.R.E.

5^{ème} édition

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1 Données de cadrage	3
1.1 L'échantillon	3
1.2 Part des places enquêtées dans les places installées	3
1.3 Taux d'occupation	3
1.4 Durée de présence moyenne dans les établissements ou services	4
1.5 Age moyen	4
1.6 Genre	5
1.7. Problématique principale	5
1.8. Domicile	5
1.9. Modalités d'accompagnement	5
2 Démographie	6
3 Handicap enfants	7
3.1 Bénéficiaires de l'AAEH	7
3.2 Scolarité et handicap	8
3.3 Taux d'équipement	9
3.4 Âge et durée de présence	9
3.5 Origine géographique	10
4 Handicap adultes	11
4.1 Bénéficiaires de l'AAH	11
4.2 Taux d'occupation	12
4.3 Taux d'équipement	12
4.4 Âge et durée de présence	14
4.5 Origines géographiques	15
5 Analyse des accompagnements inadaptés	16
5.1 Analyse globale	16
5.2 Inadéquations et problématiques principales	15
5.3 Distinction des inadaptations par secteurs	15
5.4 Dynamique de flux	20
CONCLUSION	21
PRECONISATIONS	22
GLOSSAIRE	23

INTRODUCTION

Ce diagnostic est maintenant réalisé depuis 5 ans. Il a été inauguré suite aux échanges au sein de l'E.U.R.E. qui mettaient en lumière certaines difficultés récurrentes dans la mise en œuvre des « parcours de vie » des personnes dans les établissements et services :

- souci de trouver des places adaptées pour des orientations évaluées comme pertinentes
- souci de fluidité (temps d'attente) dans les passages d'une structure à une autre
- difficultés d'adaptation des structures à de nouvelles problématiques posées par certains usagers (troubles « psy », comportements difficiles, vieillissement)
- limites dans l'adaptation des structures pour répondre pleinement aux besoins des usagers
- manque de lisibilité concernant les personnes en attente de places dans les institutions

La reconduction de ce diagnostic pour 2013 veut contribuer aux politiques publiques (schémas « handicap » et « protection de l'enfance » départementaux, PRIAC et conférences de territoire de l'ARS).

Un fichier, identique à l'année dernière, permettant de recueillir le profil (âge, sexe, temps de présence, UTAS, problématique principale) et le besoin d'orientation des usagers a ainsi été envoyé aux adhérents qui l'ont rempli sur la base du volontariat.

Deux membres de l'association ont été chargés d'agréger les données et de les traiter. Un groupe de travail de 8 adhérents s'est réuni deux fois pour affiner les informations recueillies et partager l'analyse de ces données. Ce travail, qui nécessite un investissement à différents niveaux et entièrement assumé par les membres de l'association, s'est déroulé de février 2014 à septembre 2014.

La date de recueil est systématisée au 31 décembre afin d'assurer une cohérence avec les années antérieures et avec d'autres formes de recueil (enquête ES 2010, indicateurs ESMS).

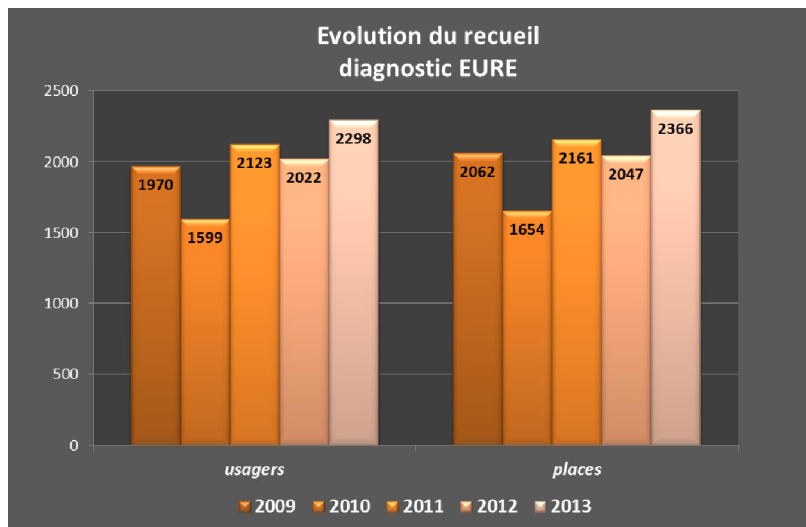
Ce travail n'a pas d'autre ambition que d'apporter une connaissance supplémentaire propice au diagnostic partagé entre décideurs publics et acteurs du secteur associatif.

Le parti pris de ne citer ni les associations, ni les établissements et services concernés, du fait de la démarche de réflexion collective, a été maintenu. Par ailleurs, toute donnée inférieure à 5 individus est non éditée afin de respecter la déontologie des publications statistiques.

Il faut enfin préciser que dans un souci de pertinence et de cohérence, les données traitées se décomposent en deux champs, celui du handicap et celui de la protection de l'enfance. Nous remercions tous les responsables de structures et professionnels ayant contribué à ce travail.

1 Données de cadrage

1.1 L'échantillon

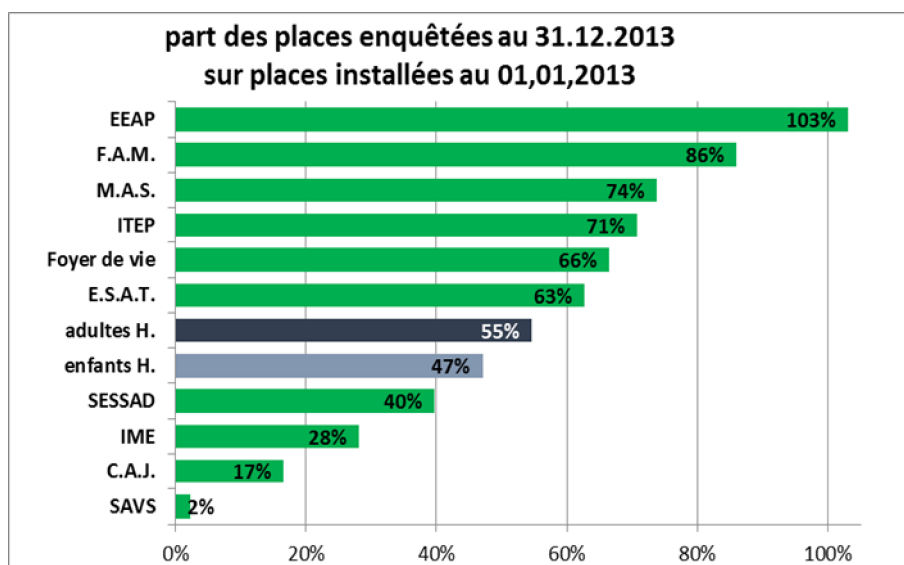


Le présent diagnostic résulte des données de **54 établissements ou services distincts** (11 de plus qu'en 2012) gérés par 17 associations. Un meilleur taux de réponses des ESAT explique cette évolution. Il concerne **2.366 places installées** (300 de plus depuis 2009) sur le département et **2.298 personnes** concernées (865 enfants et 1.433 adultes).

1.2 Part des places enquêtées dans les places installées

Sur les 2298 personnes enquêtées, celles usagers de 2 services sont exclusivement des adultes accueillis en ESAT/ CAJT. Les 1.490 places enquêtées au 31 décembre 2013 dans le secteur adultes représentent **55%** des places installées au 1^{er} janvier 2013. Les 865 places dans le secteur enfants en représentent **47%**.

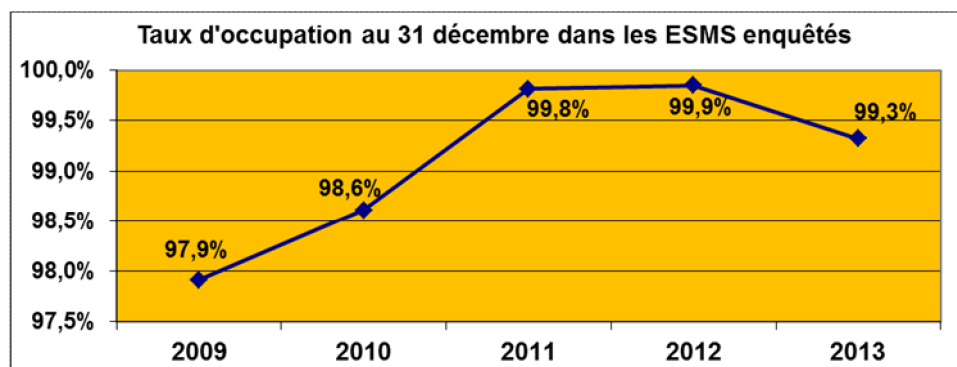
Le présent diagnostic est donc très largement représentatif de l'ensemble du secteur handicap dans le département.



1.3 Taux d'occupation

Sur les 2.366 places installées, 2.350 sont occupées soit un **taux d'occupation des places¹ de 99,35% au 31 Décembre 2013**. On constate une très légère baisse de ce taux d'occupation par rapport à l'an passé (- 0,5 point), du fait d'ouvertures ponctuelles de places. Globalement, on peut considérer qu'après deux années de hausse, on se situe à une stabilisation autour de 99,5% de « remplissage ».

¹ Ce taux correspond aux places attribuées et réellement occupées à un instant T et ne doit pas être confondu avec le taux d'occupation annuel qui prend en considération les absences des personnes en cours d'année et les variations saisonnières.



Il est à noter, à titre de comparaison, qu'une étude de l'ANESM indiquait que le taux global d'occupation des places en 2010 en EHPAD était de 96% (93% dans les EHPAD de statut privé lucratif, 97%

dans les EHPAD de statut public ou privé non lucratif)². Une autre étude évoque un taux d'occupation en EHPAD de 98%³

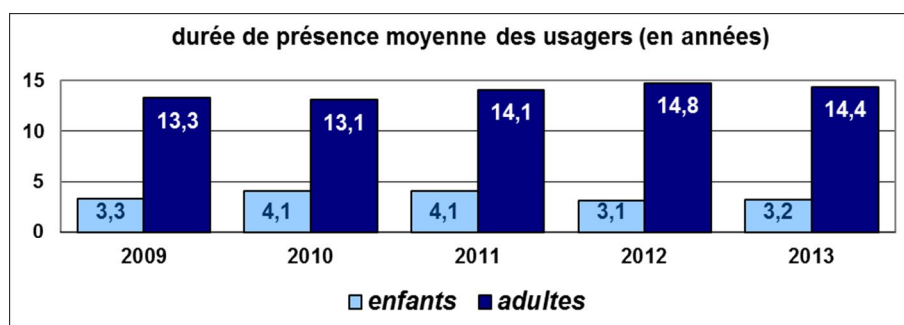
Ce taux d'occupation est donc très élevé, et a augmenté de 1,4 point depuis 2009. Cela traduit sans conteste la **tension observée sur les admissions** et ce, malgré des ouvertures ou transformation de places en 2012 et 2013 dans le département de l'Eure. Ce chiffre reflète également le fait qu'un certain nombre d'établissements ou services sont en situation de suractivité.

Concrètement, rares sont les services ayant une place libre et nombreux sont ceux ayant un effectif au 31 décembre supérieur aux places installées. Sur les 2.350 usagers enquêtés, 26 le sont de 2 services, soit 1,13% (1,6% l'an passé) ; 2030 relèvent du champ du handicap (2044 en 2011) répartis entre enfants et adultes (1/3 - 2/3)

Nos données sont significatives car elles représentent **plus de la moitié des places « handicap » installées dans l'Eure** (51,5%), malgré un déficit de données au niveau des CMPP, des CAMSP, des SAVS et des CAJT.

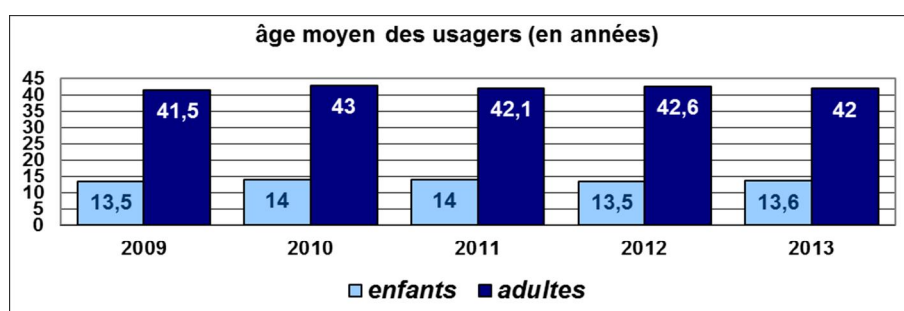
1.4 Durée de présence moyenne dans les établissements ou services

La durée de présence moyenne dans les établissements et service est de 14,4 ans pour les adultes, soit un accroissement de plus d'un an sur cinq ans. Pour les enfants, elle est de 3,2 ans sans évolution très significative depuis 5 ans.



1.5 Age moyen

On ne constate pas de variation significative de l'âge moyen qui demeure à 42 ans pour les adultes et 13 ans ½ pour les enfants.

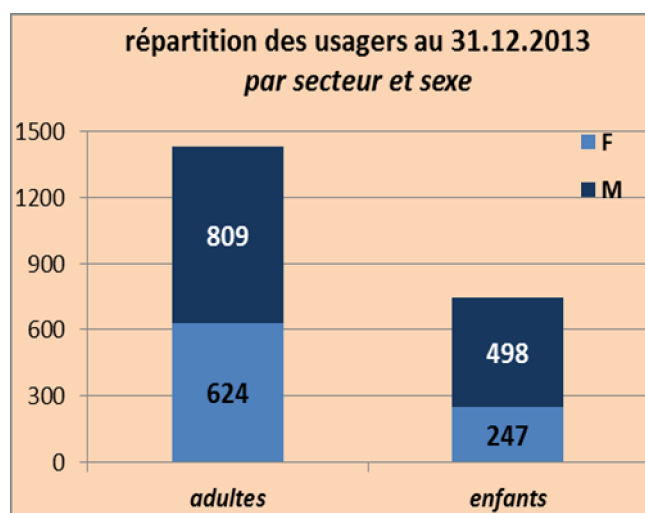


² ANESM - Bientraitance - Analyse nationale 2010

³ KPMG, observatoire des EHPAD, avril 2014

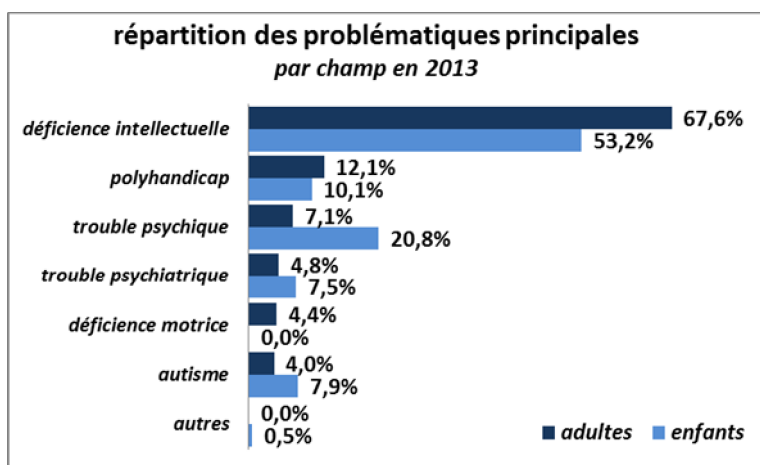
1.6 Genre

Le secteur enfants accueille un tiers des usagers enquêtés (34,2%), ce qui correspond à la répartition des places aux niveaux départemental, régional et national. Par contre, il accueille deux tiers de garçons alors que la proportion est moindre dans le secteur « adultes » (56,5%) et pour la population générale de moins de vingt ans (51,2%). Cette prédominance masculine est amplifiée avant 15 ans puis baisse jusqu'à 25 ans comme le montre la pyramide des âges des usagers.



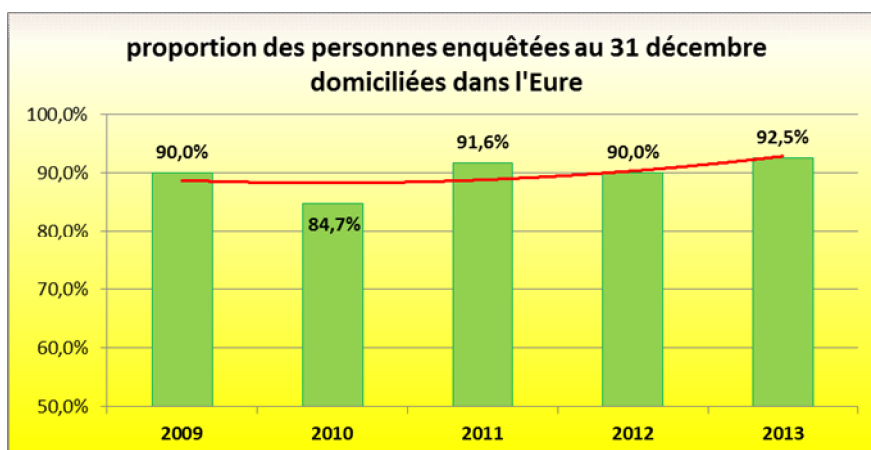
1.7. Problématique principale

En terme de problématiques principales, les troubles psychiques et psychiatriques sont plus fréquents chez les enfants que chez les adultes. Cela peut s'expliquer par la pénurie de place en pédopsychiatrie. Cela peut également avoir des répercussions dans les orientations vers le champ « adultes ».



1.8. Domicile

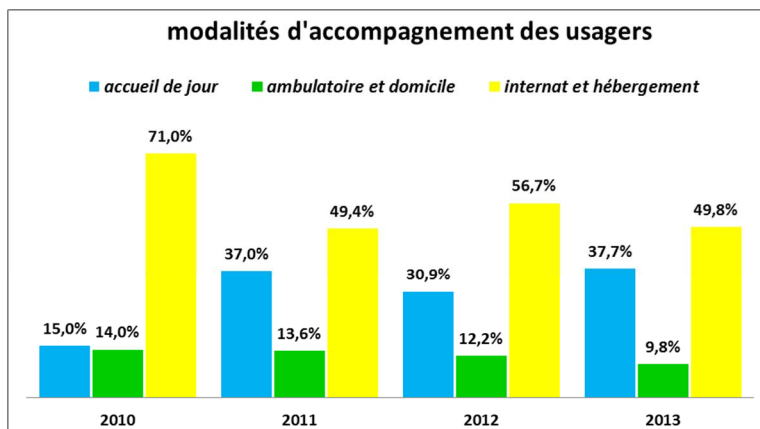
Au cours des cinq années, la proportion des usagers domiciliés dans l'Eure n'a cessé de croître (+1,5 point). Les personnes hors département ne représentent ainsi qu'un sur 14 en 2013.



1.9. Modalités

d'accompagnement

Entre 2010 et 2013, les modalités d'accompagnement ont évolué proportionnellement vers plus d'accueil de jour et moins d'hébergement. L'ambulatoire ou le domicile demeure peu nombreux (1 usager sur 10). La question des transports et de la pertinence, en fonction des problématiques, demeure.



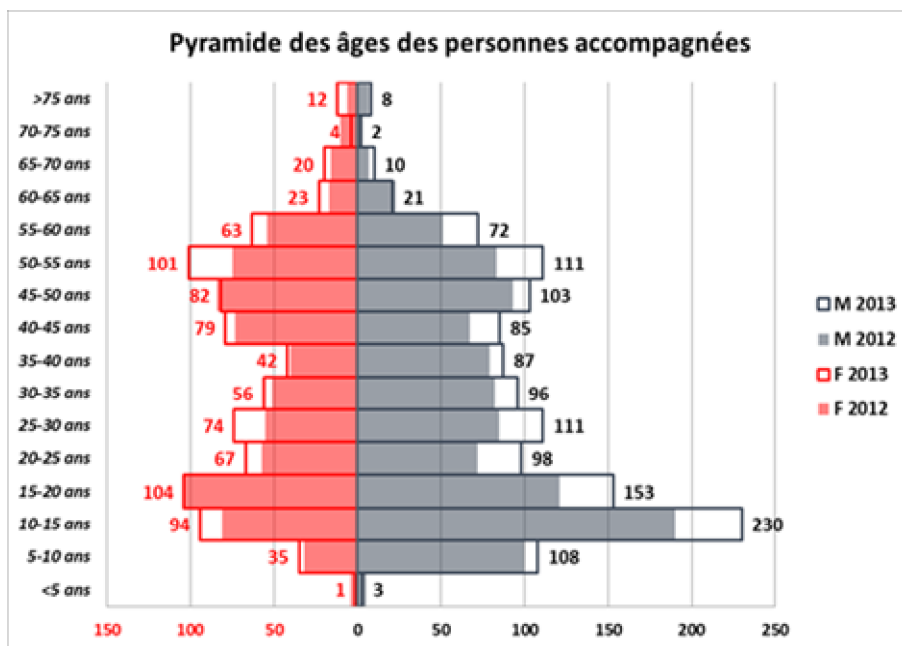
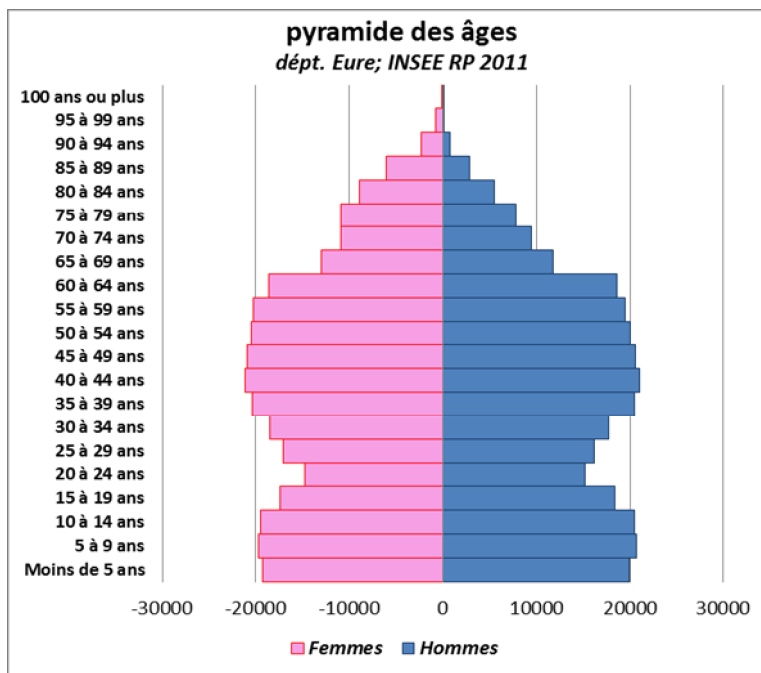
2. Démographie

La situation démographique du département est particulière comme évoquée par l'INSEE :
 « **L'Eure affiche aujourd'hui une croissance démographique (+ 0,8 %) une fois et demie supérieure à l'ensemble du territoire national. Elle est due pour + 0,5 % à l'excédent des naissances sur les décès et pour + 0,3 % à l'excédent des arrivées sur les départs.** »⁴
 « Avec 2,18 enfants par femme en 2009, soit + 0,20 de plus qu'en moyenne métropolitaine, **l'Eure est maintenant le 9^{ème} département le plus fécond de métropole.** »⁵

Ainsi, depuis 8 ans, il semble que l'Eure fasse preuve d'un dynamisme continu sur le plan des naissances, avec des répercussions dans l'ensemble des structures en charge de l'accueil de l'enfance, et sur celui des arrivées de population d'autres territoires, le plus souvent limitrophes, comprenant des adultes et leurs enfants éventuels.

Par ailleurs, la pyramide des âges présente un creux atypique pour les générations comprises entre 15 et 35 ans.

La similitude avec celle des usagers du département est flagrante et nécessite de trouver des explications à ce phénomène local.



La forme « pelote de laine » de la pyramide des âges, constatée les années passées, persiste logiquement. Il existe donc un effet de seuil et effet « entonnoir » entre 15 et 20 ans.

Dans la pyramide des usagers, la présence d'une population d'adultes vieillissants est confirmée par la moyenne d'âge et l'augmentation du nombre d'usagers de plus de 50 ans.

⁴ Damien Barthélémy, Brèves d'Aval, n°64, INSEE Haute-Normandie, janvier 2013

⁵ Julien Delamare, Brèves d'Aval, n°62, INSEE Haute-Normandie, janvier 2013

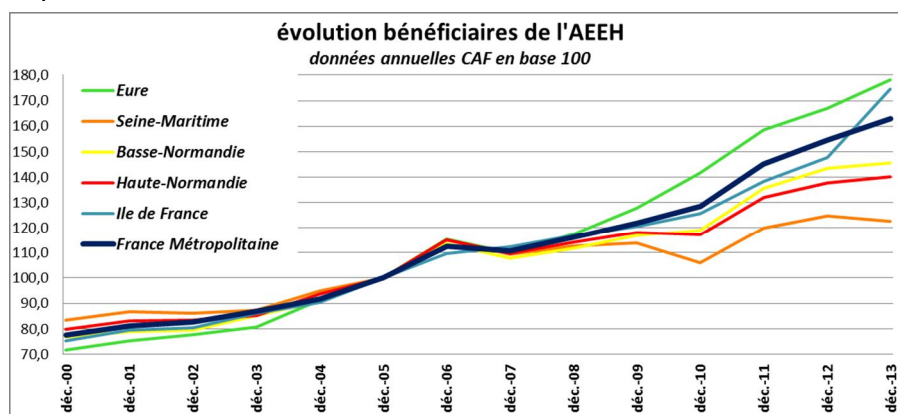
3. Handicap enfants

Pour le secteur de l'enfance, **les places enquêtées représentent un peu moins (47%) des places installées sur le département. Le taux d'occupation des places y est de 98,5 %** en moyenne au 31 décembre 2013, soit légèrement moins que le secteur adultes

3.1. Bénéficiaires de l'AEEH

Le dynamisme démographique évoqué n'est pas sans conséquence sur le secteur Handicap en charge des enfants. Ainsi, nous diffusons chaque année la courbe d'évolution des allocations concernées et délivrées par la CAF.

Concernant l'AEEH, le nombre de bénéficiaires ne cesse d'augmenter dans des proportions supérieures aux autres territoires de référence :

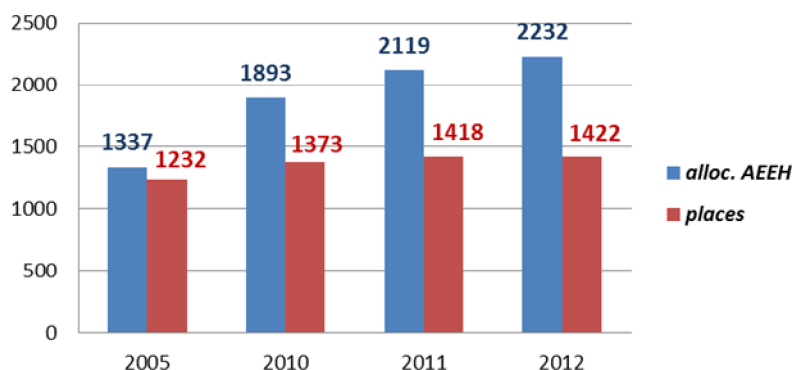


Ainsi, même en ramenant la base 100 à décembre 2005⁶, l'évolution dans l'Eure est de +78,1% en 8 ans, soit 4 points de plus que l'Ile de France et 15 points de plus que la moyenne métropolitaine.

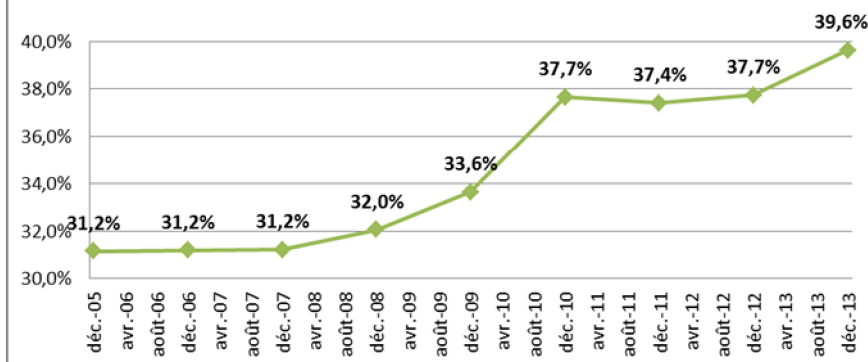
De même, la proportion des allocataires AEEH par rapport aux places installées est passée de 92,1% en 2005 à 63,7% en 2012⁷

Ce phénomène de décalage entre reconnaissance d'un handicap chez les enfants et places installées risque de continuer de s'accroître.

nombre d'allocataires AEEH et places installées "enfants" dans l'Eure



évolution de la part des eurois parmi les allocataires AEEH de Haute-Normandie



Pour une part, il y a eu un effet de « rattrapage » sur la Seine-Maritime. Mais aujourd'hui, les allocataires eurois de l'AEEH sont, au regard des proportions de population, plus nombreux que dans le département voisin.

⁶ En référence avec la Loi de 2005

⁷ données STATISS, DREES 2013, Ministère de la Santé

3.2. Scolarité et handicap

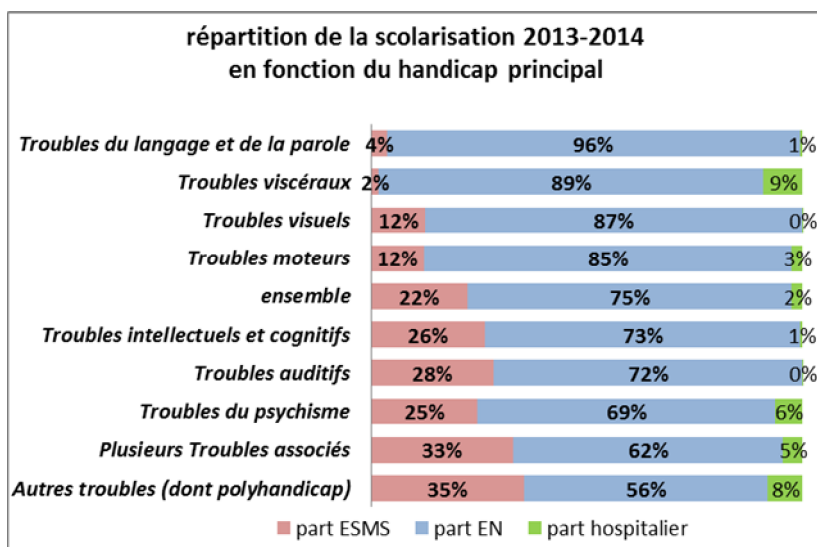
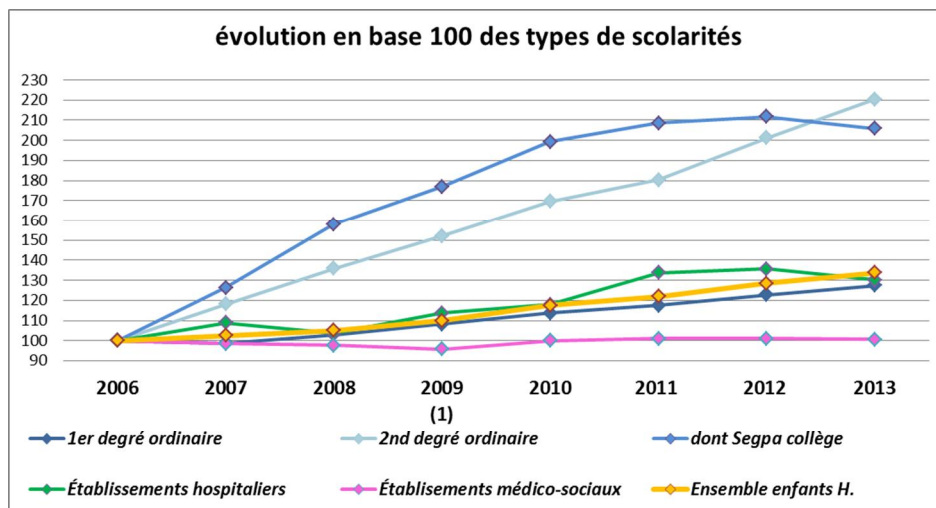
L'éducation nationale observe depuis 2005, **une évolution notable du nombre d'élèves reconnus handicapés (+33,8%)**. Si cet accroissement est dû pour partie à la reconnaissance de nouvelles problématiques, comme les « troubles du langage et de la parole », il découle aussi d'un phénomène de reconnaissance accru pour lequel il serait légitime de questionner les facteurs explicatifs.

Néanmoins, de manière chiffrée, cette évolution a une incidence directe sur le nombre d'enfants reconnus porteurs de handicap et scolarisés en milieu ordinaire. En effet, comme le souligne le graphique (basé sur l'évolution en base 100), **seul le nombre d'enfants bénéficiant d'une scolarité en unité d'enseignement demeure stable au niveau national.**

Ainsi, seuls 71.200 enfants, sur les 310.800 concernés au total à la rentrée 2013-2014, bénéficient d'un accompagnement en ESMS au niveau pédagogique.

Hors interventions des services ambulatoires (SESSAD, CRA, CMPP etc.), **76,9% des élèves présentant une problématique liée au handicap sont scolarisés en milieu ordinaire en 2013 (contre 66,9 % en 2006).**

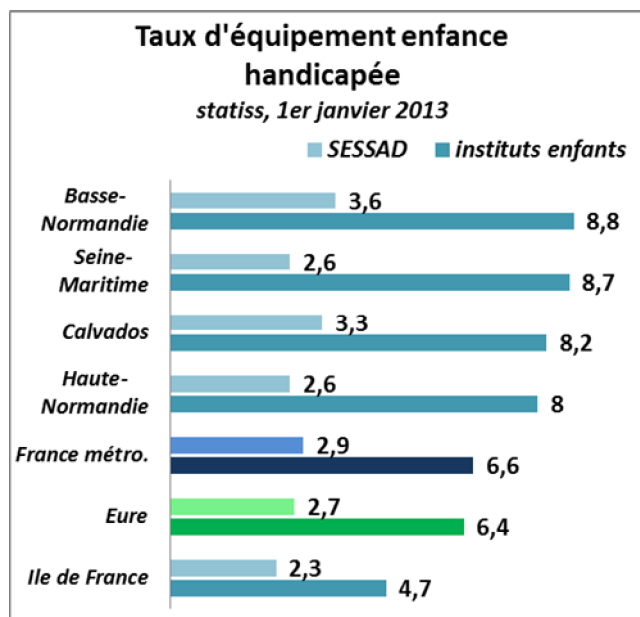
Par ailleurs, c'est dans le second degré que le phénomène est le plus important puisque le nombre d'élèves concernés y a doublé.



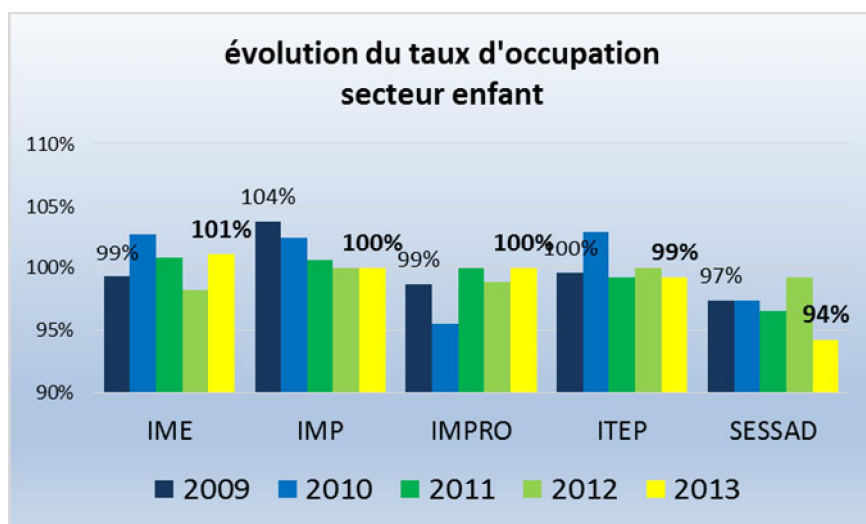
Par contre, le type de scolarisation est souvent fonction de la problématique principale de l'enfant. Ainsi, **l'inscription scolaire est plus ou moins forte en fonction des besoins des enfants mais également en fonction des contraintes pour les équipes de l'Éducation nationale**, qu'elles soient pédagogiques, éducatives ou techniques.

3.3. Taux d'équipement

Concernant les **taux d'équipement**, malgré des ouvertures de places en SESSAD et l'augmentation de certains agréments, l'Eure demeure un territoire qui se situe en deçà des autres territoires. Ainsi, en 2013, le nombre de places en institution demeure faible, sauf en comparaison de l'île de France. Les problématiques d'occupation, de réorientation ou d'admission devraient donc perdurer.



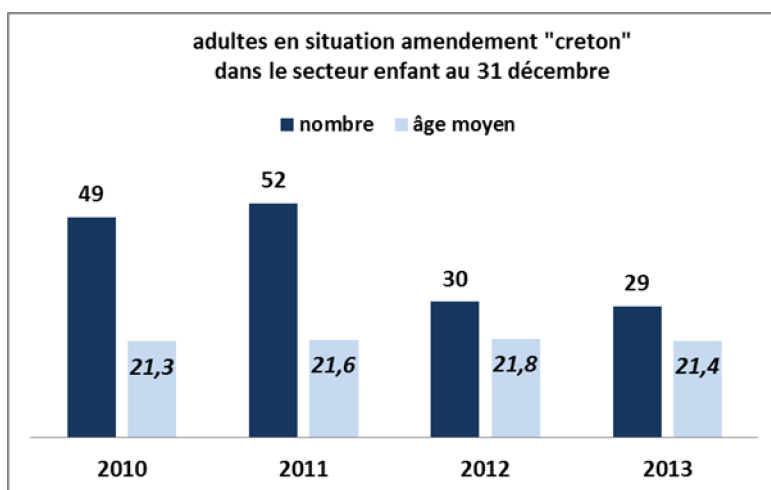
Dans le secteur enfant, l'évolution du taux d'occupation est plus contrastée que pour les adultes. Celui des IME est irrégulier mais demeure élevé, proche du maximum. Celui des IMP est en baisse mais a atteint 100 %. Celui des IMPRO reste également maximal, comme celui des ITEP. Au niveau des SESSAD, les ouvertures en fin d'année ont impacté ce taux.



3.4. Âge et durée de présence

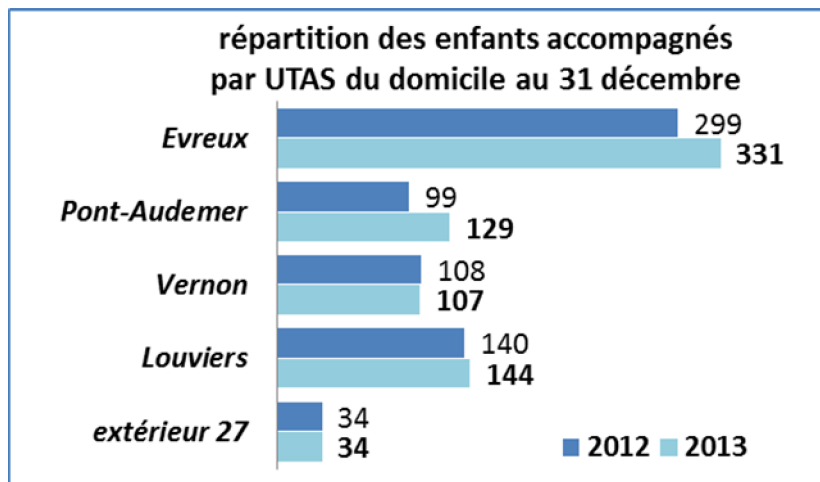
L'âge moyen demeure stable, autour de 13 ans ½, de même que la durée moyenne de présence dans l'institution, à un peu plus de 3 ans.

Néanmoins, la situation des jeunes de plus de vingt ans en IME ou IMPRO perdure comme le montre le graphique. Au niveau départemental, par extrapolation, **c'est plus de 60 jeunes qui pourraient être concernés.**



3.5. Origine géographique

En 2013, seuls 34 enfants ne sont pas domiciliés dans le département, soit 4,6%. **Les enfants sont donc eurois à plus de 95%.** Au niveau des UTAS du domicile, **Evreux accueille plus de deux enfants sur cinq**, Louviers un sur cinq, Pont-Audemer plus d'un sur six et Vernon un sur sept.

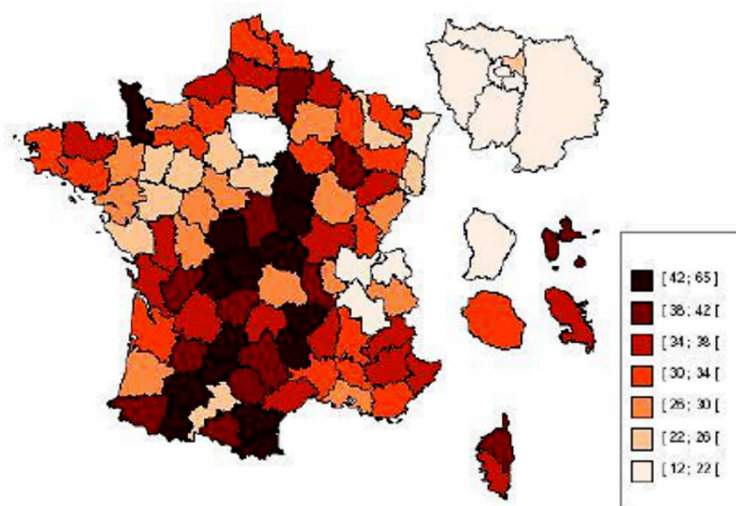


Entre 2012 et 2013, si le nombre d'enfants enquêtés a augmenté de 9,6%, les UTAS de Vernon et Louviers sont restés stables tandis que celui d'Evreux enregistrait une augmentation de +10,7% et **Pont-Audemer de +30,3%**. Ces augmentations ne peuvent s'expliquer que par l'évolution des places enquêtées sur les 2 UTAS concernés. Une évolution de la demande est possible sur ces territoires.

4. Handicap adultes

4.1. Bénéficiaires de l'AAH

Taux de prévalence de l'AAH (nombre d'allocataires pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans) au 31 décembre 2012



Lecture • Fin 2012, à Paris le nombre d'allocataires de l'AAH est compris entre 12 et 22 pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans.

Champ • France entière, hors Mayotte.

Sources • Données CNAF et MSA 2012 ; estimations de populations INSEE.

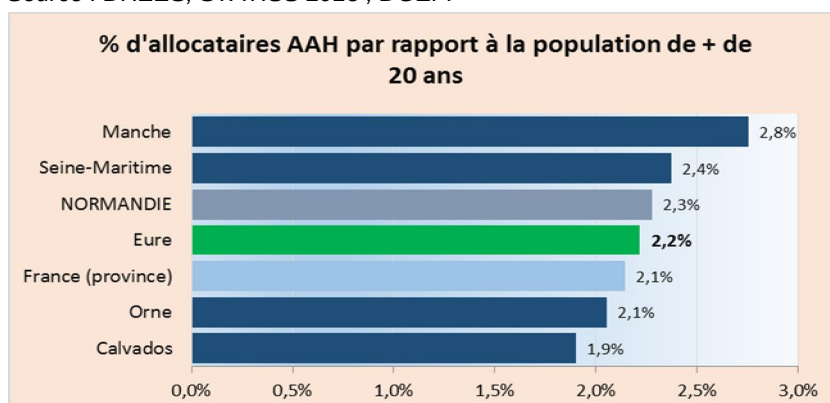
Avec un taux de prévalence compris entre 30 et 34 allocataires pour 1.000 habitants de 20 à 59 ans, l'Eure se situait en 2012 dans la moyenne des départements métropolitains. Cette situation tend à évoluer à la hausse.

Le nombre d'allocataires de l'AAH (données FINESS) augmente plus rapidement en 2013 dans le département de l'Eure, qu'en Seine Maritime, qu'en Normandie, et qu'en France (hors Ile de France). Cette tendance constatée les années précédentes perdure.

Un focus sur les 3 dernières années montre que le nombre d'allocataires de l'AAH dans l'Eure évolue de 17,2 points de 2010 à 2013, soit presque 5 points de plus que sur l'ensemble de la France (province) et 7 points de plus que sur l'ensemble de la Normandie. Cela représente près de 1500 allocataires supplémentaires sur cette période.

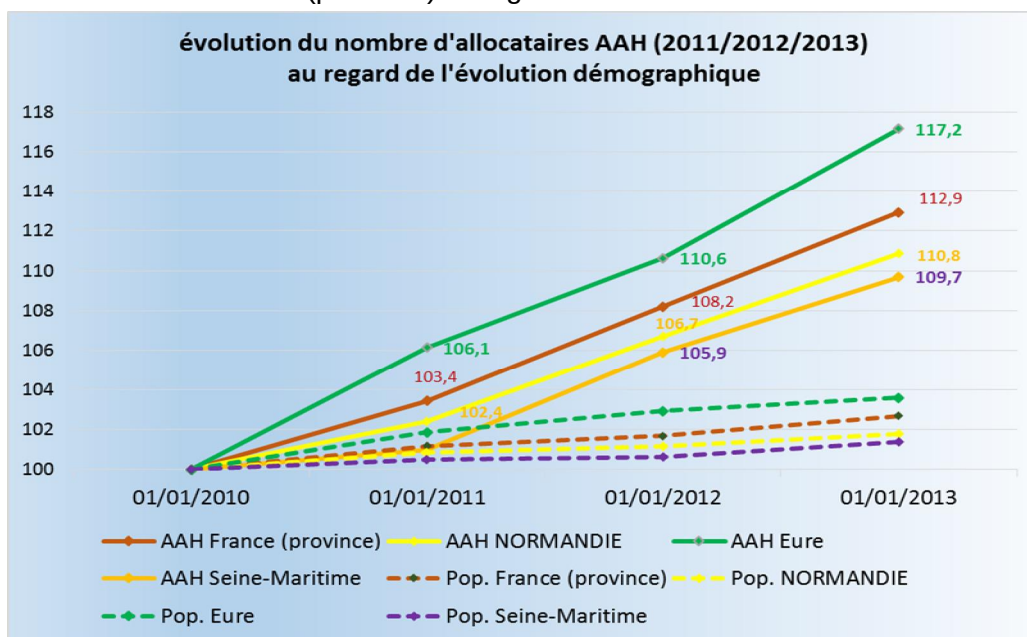
Pourcentage d'allocataires de l'AAH par rapport à la population de + 20 ans

Source : DREES, STATISS 2013 ; DGEFP



Le pourcentage d'allocataires de l'AAH par rapport à la population de plus de 20 ans est légèrement supérieur à celui de la France (province) et légèrement inférieure à l'ensemble de la Normandie.

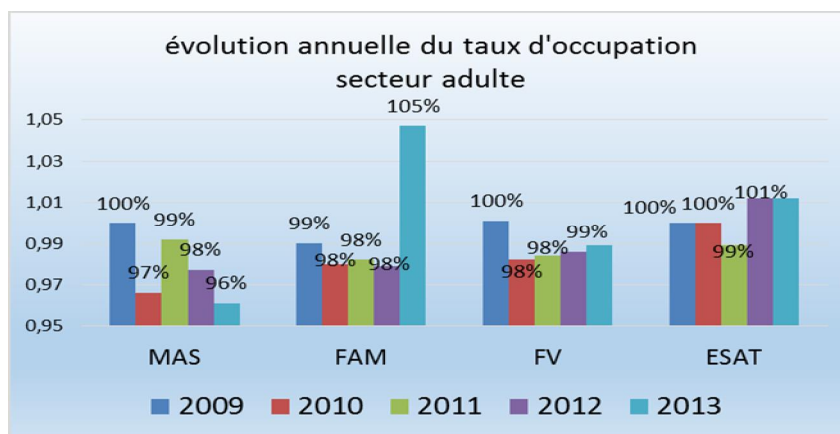
Cet indicateur montre un phénomène de « rattrapage » du département voisin (Seine-Maritime) et laisse présager, par corrélation, un décalage croissant entre équipement dans le secteur adultes et besoins notifiés par la MDPH du département.



Cette évolution des bénéficiaires de l'AAH est par ailleurs clairement en corrélation avec l'évolution démographique, évolution plus rapide dans l'Eure que dans la France (province), l'ensemble de la Normandie et les autres départements.

4.2. Taux d'occupation

Dans le secteur adultes, si le taux d'occupation est en dessous des 100% en MAS et baisse sur les 3 dernières années, il a beaucoup augmenté en 2013 dans les FAM, augmente régulièrement dans les Foyers de vie depuis 4 ans (il y a eu une baisse entre 2010 et 2011 au moment de la transformation de places de Foyers de vie en places de FAM). Dans les ESAT le taux d'occupation demeure maximal sur les 5 années.



4.3. Taux d'équipement

Les années passées, les données de taux d'équipement en places étaient données pour 100.000 habitants âgés de 20 à 59 ans. Le taux d'équipement de l'Eure étant comparé à celui des départements de Seine-Maritime, Orne, Manche, Calvados, France province et France métropolitaine.

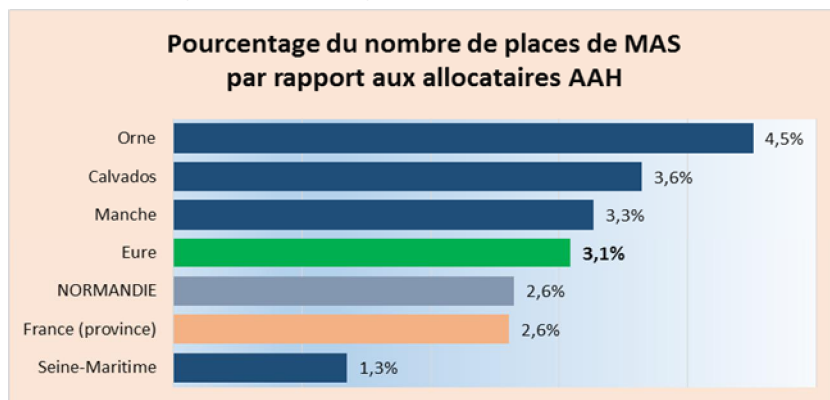
Cet indicateur montrait que ce taux départemental est inférieur à ceux d'autres territoires pour la plupart des types d'institution.

Le choix a été fait cette année de prendre ces données en pourcentage de places par rapport à l'ensemble des allocataires de l'AAH de plus de 20 ans, comparant ce pourcentage dans l'Eure à celui de la Seine-Maritime, Normandie (Haute et Basse) et France (province).

Les écarts constatés entre les territoires restent sensiblement les mêmes, mais il semble plus précis de les analyser de cette manière. Cela présente l'avantage de prendre en compte toutes les classes d'âge y compris après 60 ans.

Taux d'équipement en places de MAS rapporté au nombre d'allocataires AAH

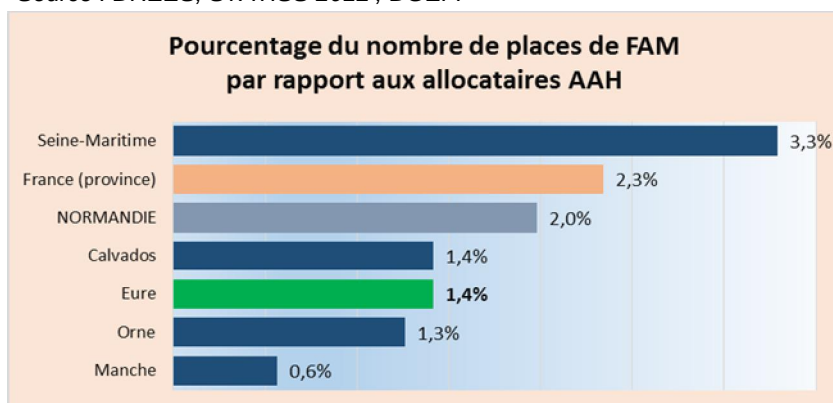
Source : DREES, STATISS 2013 ; DGEFP



Le pourcentage de places de MAS dans l'Eure est légèrement supérieur aux pourcentages de la France (province), de la Seine maritime et de l'ensemble de la Normandie. Mais il demeure en deçà des taux observés dans les départements de Basse-Normandie.

Taux d'équipement en places de FAM rapporté au nombre d'allocataires AAH

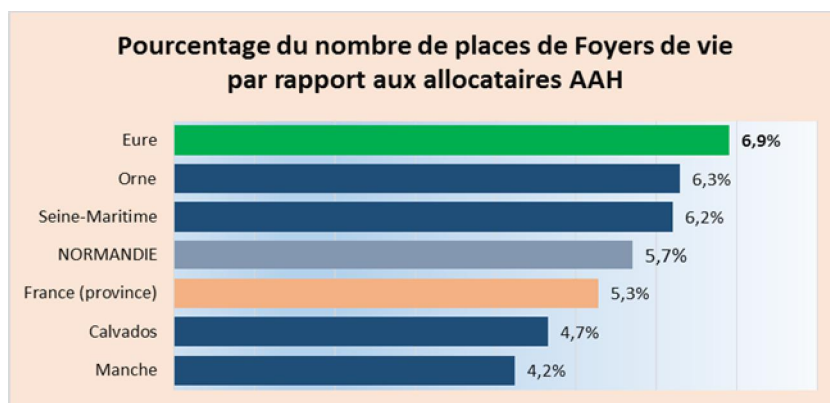
Source : DREES, STATISS 2012 ; DGEFP



Le pourcentage de places de FAM, est de moitié inférieur à la Seine-Maritime et très inférieur à la Normandie et à la France (province).

Taux d'équipement en places de foyer de vie rapporté au nombre d'allocataires AAH

Source : DREES, STATISS 2013 ; DGEFP

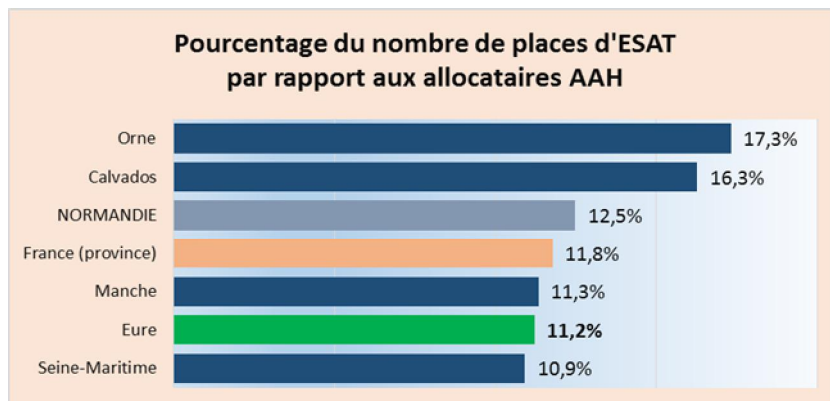


Le taux d'équipement en places de foyer de vie est supérieur à l'ensemble de la Normandie et de la France (Province).

Néanmoins, le taux d'occupation en Foyer de Vie montre que l'on ne peut parler de suréquipement. Il ne faut pas oublier que la création d'une place de FAM signifie, aujourd'hui, une place de moins en Foyer de vie

Taux d'équipement en places d'ESAT rapporté au nombre d'allocataires AAH

Source : DREES, STATISS 2013 ; DGEFP

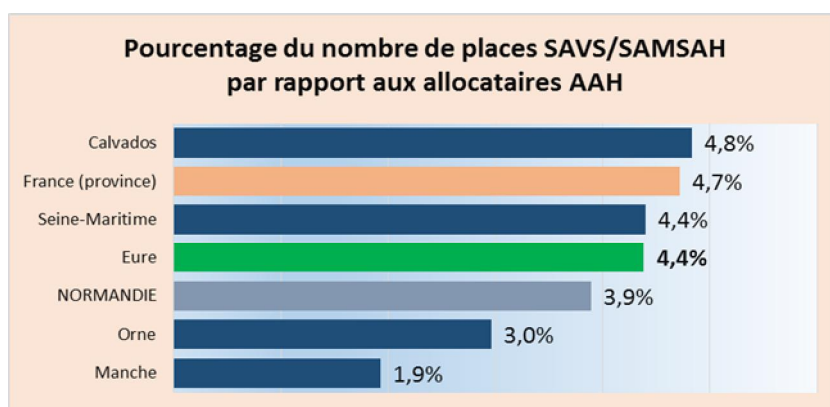


Le taux d'équipement en ESAT est inférieur à celui de la France (province) et est équivalent à ceux de la Seine-Maritime.

Le décalage est supérieur à 5 points avec 2 départements bas-normands.

Taux d'équipement en places de SAVS/SAMSAH rapporté au nombre d'allocataires AAH

Source : DREES, STATISS 2013 ; DGEFP

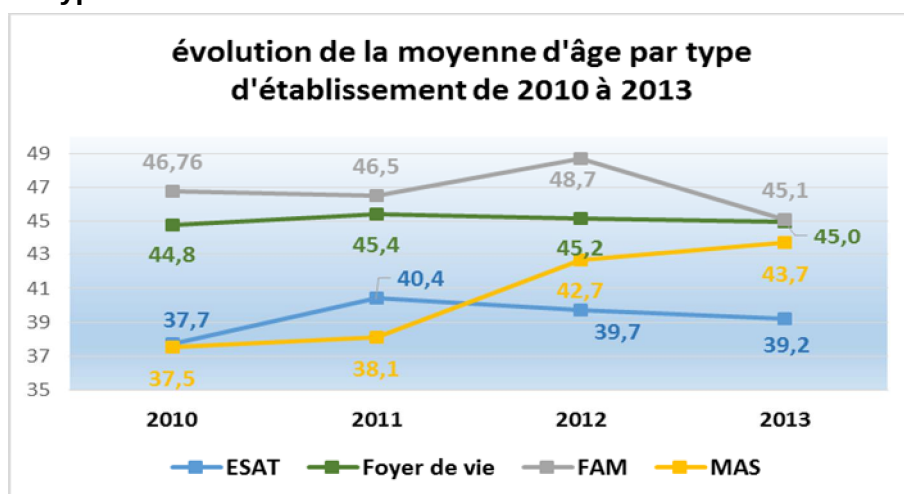


Le taux d'équipement en SAVS/SAMSAH est inférieur à celui de la France (province) et équivalent à celui de la Seine-Maritime

Compte tenu de l'évolution de la population, du nombre d'allocataires AAH et des taux d'occupation très élevés, **l'équipement en places adultes demeurera inférieur aux besoins. Il est probable que cette insuffisance s'accroîtra dans les années à venir.**

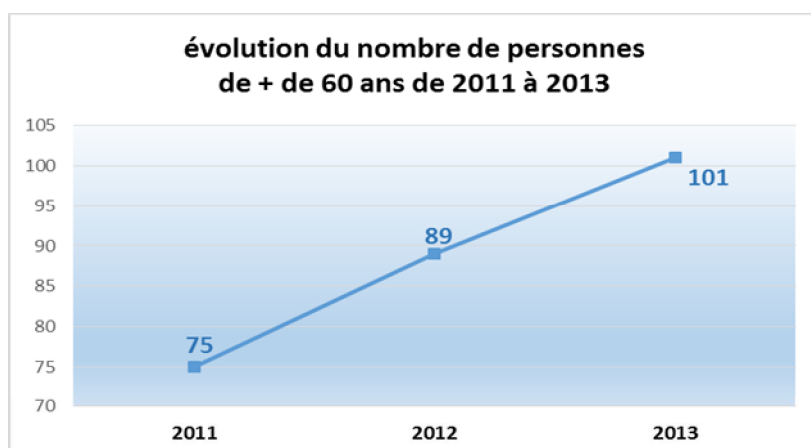
4.4. Âge et durée de présence

Dans le secteur adulte, le **phénomène de vieillissement n'est pas identique dans tous les types d'établissement.**



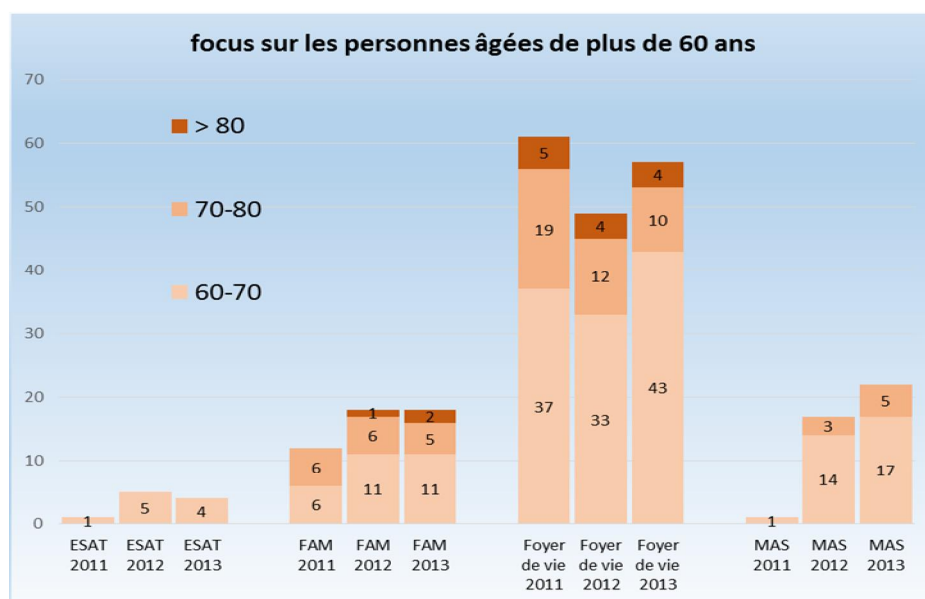
On remarque que, depuis 2010, la moyenne d'âge a légèrement baissé dans les FAM. Elle reste cependant la plus élevée.

Elle a par contre augmenté, légèrement en Foyer de vie et en ESAT **Elle a augmenté de manière très significative en MAS (+ 7,5 ans)**



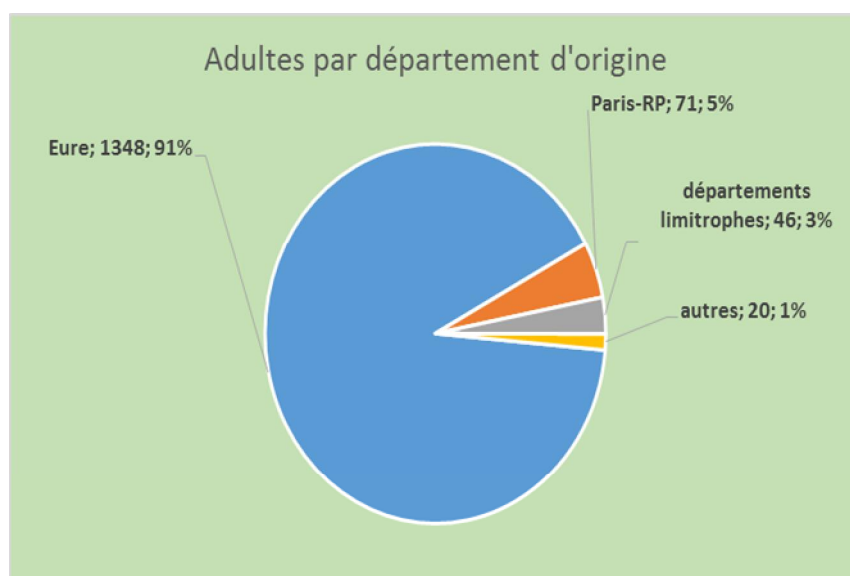
Par ailleurs, le nombre de personnes accueillies de plus de 60 ans a augmenté d'un tiers en deux ans, dans l'ensemble des institutions, à l'exception des ESAT.

Un focus sur les personnes les plus âgées montre bien cette évolution du nombre de personnes âgées, voire très âgées ; indépendamment de la moyenne d'âge, leur nombre évolue globalement à la hausse.



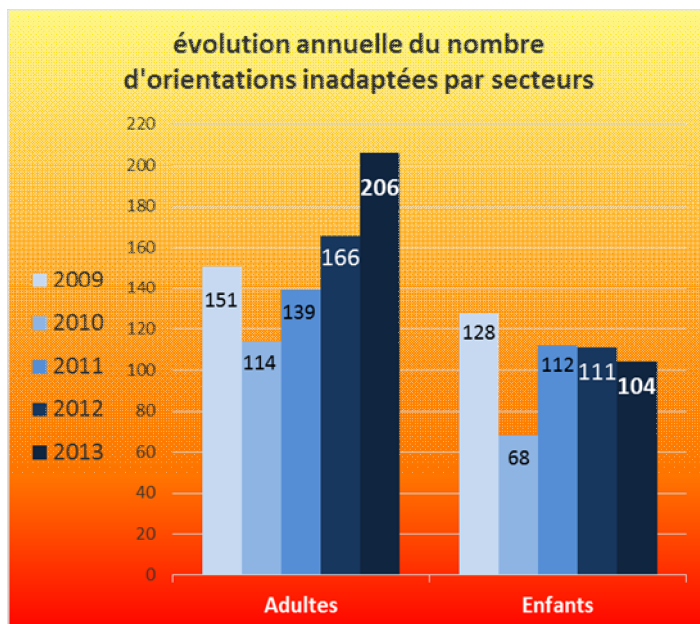
4.5. Origine géographique

En 2013, 91% des usagers étaient domiciliés dans l'Eure, 5 % en région parisienne et 4 % dans d'autres départements, majoritairement limitrophes. La proportion des usagers issus de l'Eure est en augmentation de 1 point par rapport à 2012, mais cette évolution est sans doute liée au recueil.



5. Analyse des accompagnements inadaptés

5.1. Analyse globale



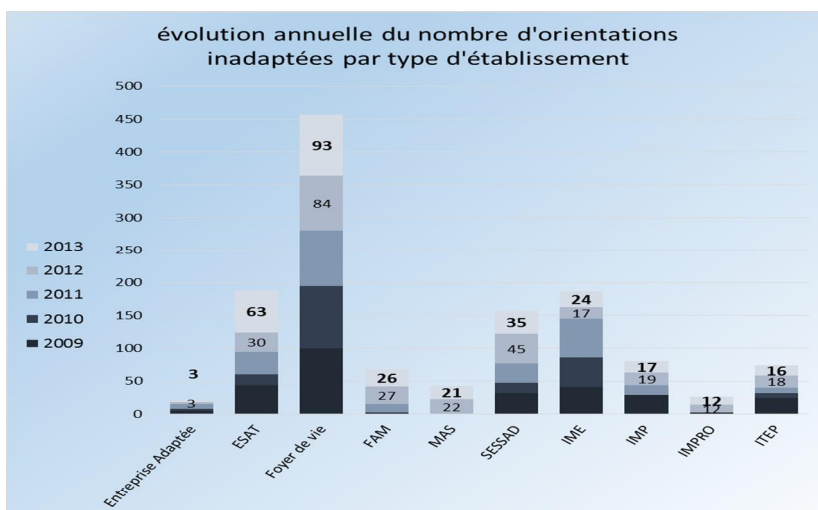
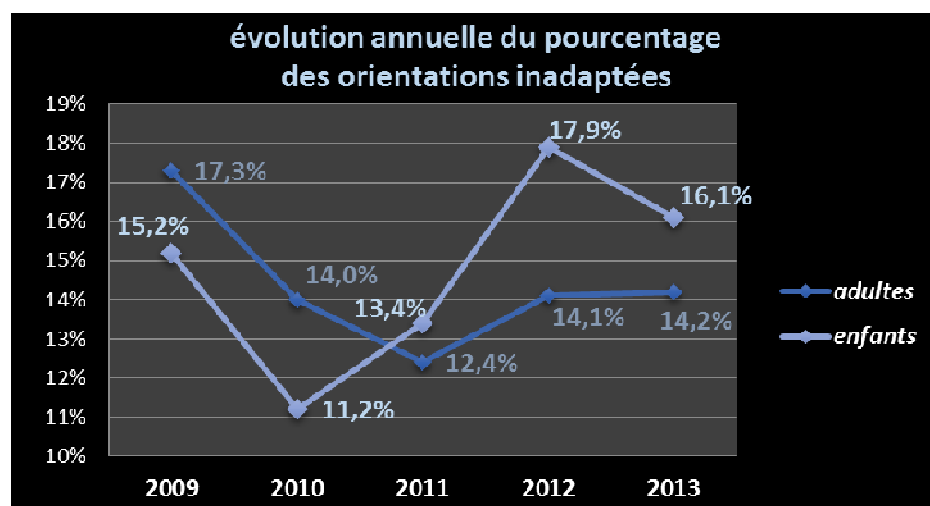
Au total, le nombre d'orientations inadaptées, augmente d'année en année, exclusivement dans le secteur adulte.

Au 31 décembre 2013, 310 personnes nécessiteraient une réorientation dans les établissements et services enquêtés.

Extrapolé à toutes les places du département, **c'est potentiellement 375 adultes et 220 enfants qui pourraient être concernés en 2013**, hors personnes en attente de place.

Etant donné les fluctuations de données, il semble plus pertinent d'utiliser les pourcentages pour les comparaisons annuelles sur les 5 années et percevoir leur évolution.

Ainsi, en proportion on constate une légère baisse chez les enfants entre 2012 et 2013 après une hausse de plus de 6 points entre 2010 et 2012. Dans le secteur adulte, la proportion des orientations inadaptées est stable entre 2012 et 2013, après avoir diminué de près de 5 points entre 2009 et 2011.

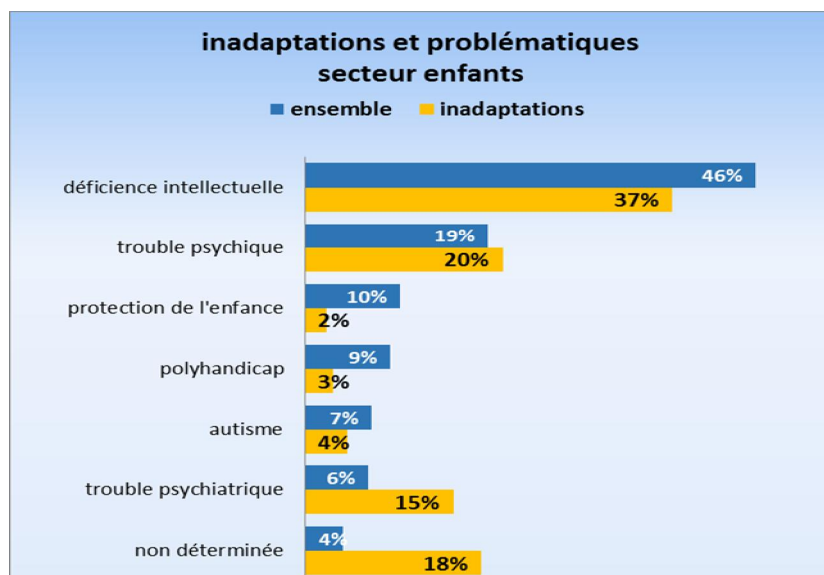
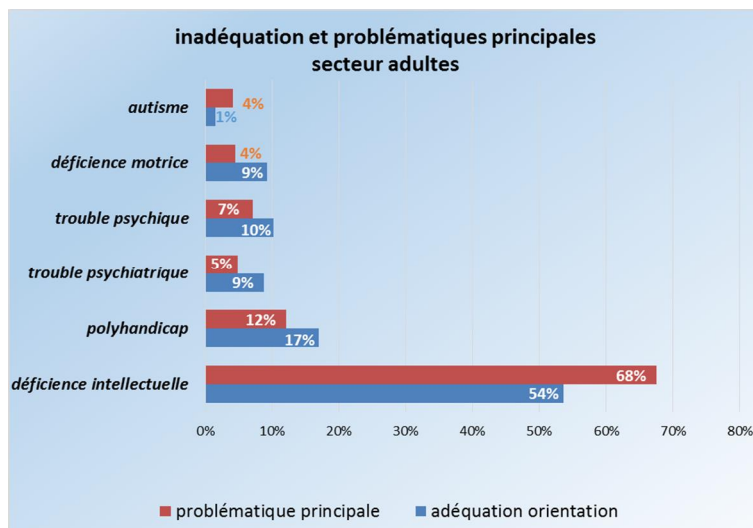


L'augmentation en nombre apparaît exclusivement dans le secteur adulte entre 2012 et 2013. Elle est principalement due à celle du nombre de places enquêtées en ESAT entre 2012 et 2013 (348 contre 656). L'analyse en pourcentage d'orientations inadaptées par rapport aux orientations adaptées est donc plus significative.

5.2. Inadéquations et problématiques principales

Il n'y a pas de prévalence majeure des problématiques principales dans les inadéquations d'orientation chez les adultes. Néanmoins les personnes présentant une déficience intellectuelle sont les principales concernées.

Les inadéquations ne sont pas non plus soumises à corrélation avec le sexe ou le type d'établissement.



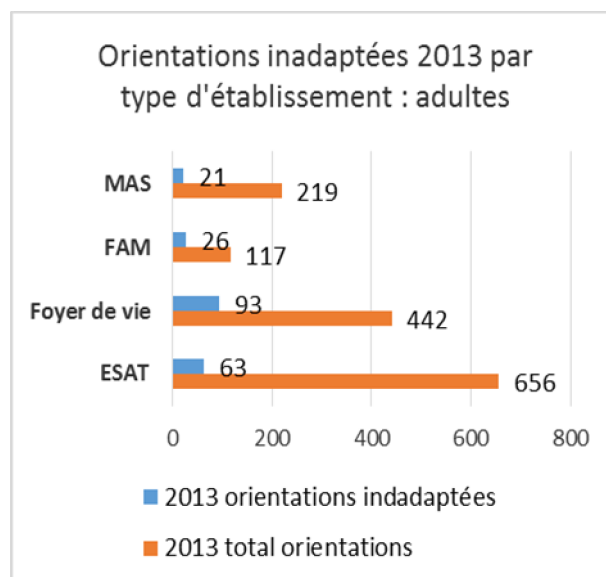
Dans le secteur enfants, les inadéquations d'orientations suivent également la proportion des problématiques principales.

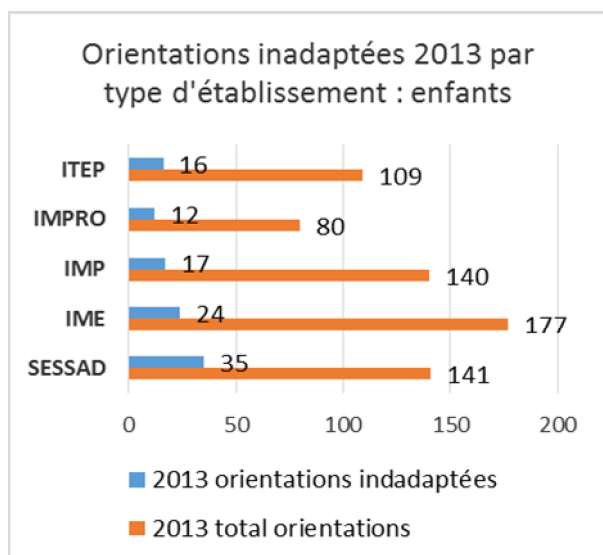
Néanmoins deux distinctions apparaissent : l'une sur les problématiques indéterminées, l'autre sur les problématiques d'ordre psychiatrique.

Le déficit de places, dans l'Eure, en pédopsychiatrie pointé les années précédentes, n'est pas sans répercussion dans le médico-social. Par ailleurs la question de l'évaluation des orientations demeure indispensable à mener en collaboration avec la MDPH.

5.3. Distinction des inadaptations par secteur

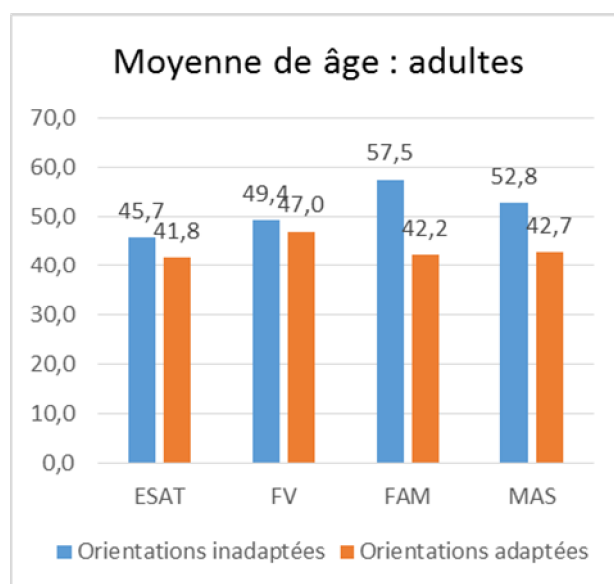
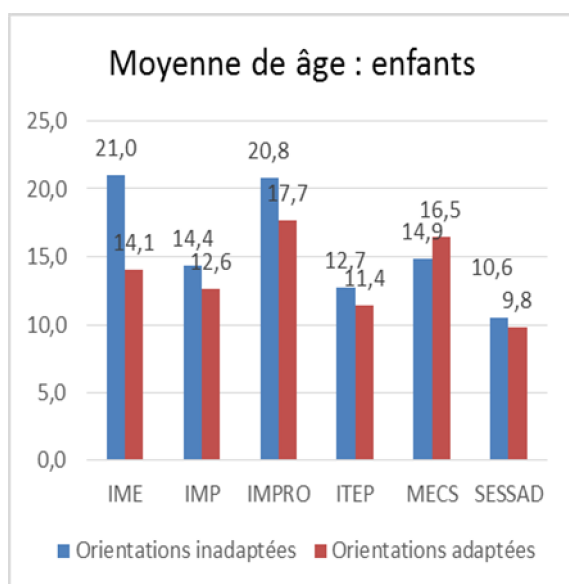
On constate qu'entre 2012 et 2013, dans le secteur adulte, les orientations inadaptées restent stables en MAS (21 personnes) et en FAM (26 personnes). Elles évoluent à la hausse en Foyer de vie (93 personnes) et en ESAT (63 personnes).





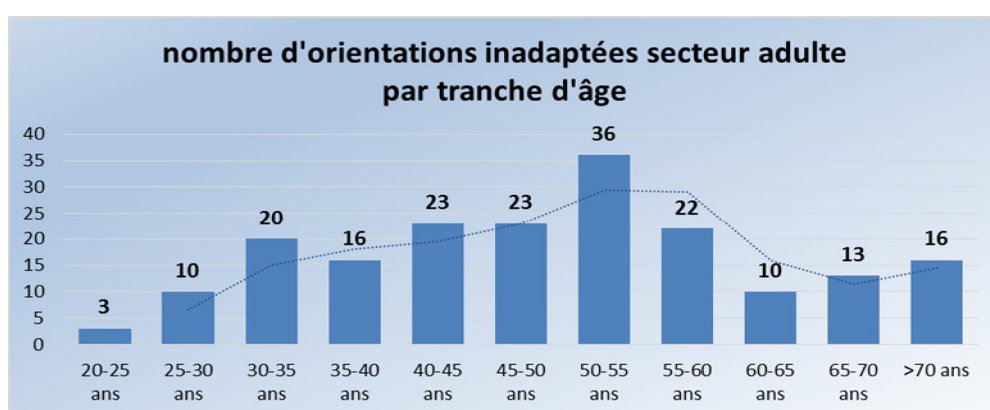
Dans le secteur de l'enfance, elles sont stables en ITEP (16 personnes), en IMPRO (12 personnes) et en IMP (17 personnes), elles diminuent en SESSAD (35 personnes) et augmentent en IME (24 personnes).

La moyenne d'âge des personnes dont l'orientation est inadaptée est toujours légèrement plus élevée que celle des personnes dont l'orientation est adaptée.



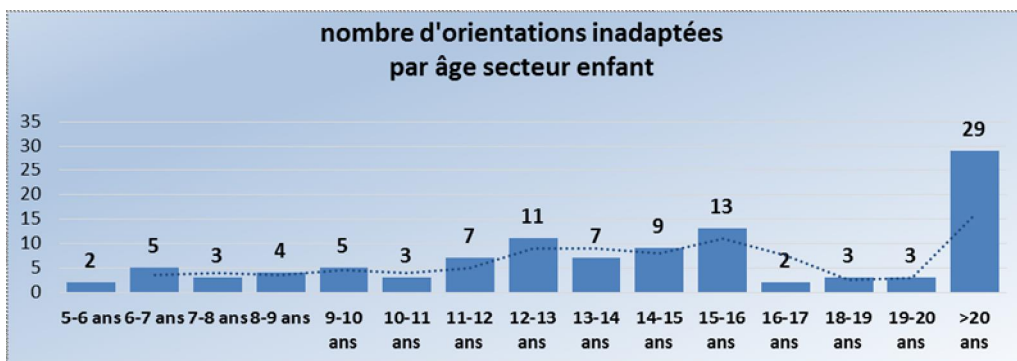
Les orientations inadaptées sont également réparties selon les tranches d'âge chez les adultes, avec néanmoins un « pic » dans la tranche 50/55 ans.

L'hypothèse d'une inadaptation liée à l'avancée en âge dans l'établissement ou le service semble confirmer la problématique de vieillissement.



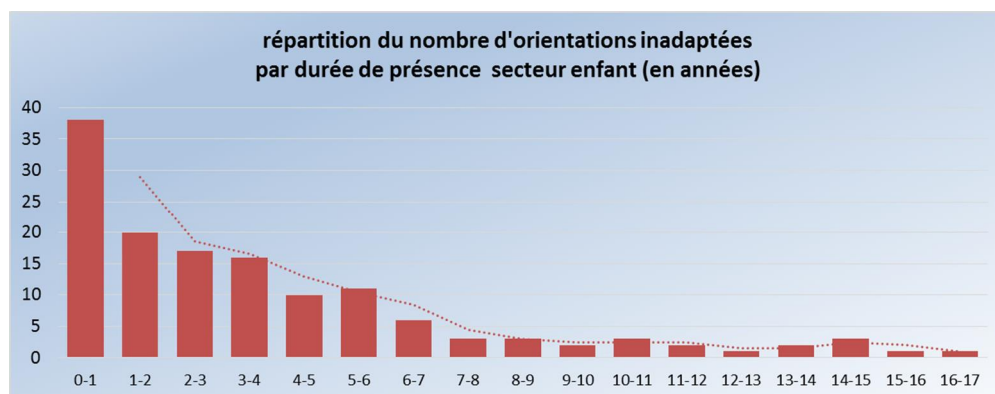
Ce sont les MAS, les FAM et les Foyers de vie qui sont touchés par ce phénomène. Il n'est pas donc lié au départ en retraite des travailleurs d'ESAT, établissements dans lesquels la tranche d'âge 45-50 ans est celle qui enregistre le plus d'adaptations.

Chez les enfants, il existe également une plage d'âge où les inadaptations augmentent entre 11 et 16 ans. Les effets de seuils entre IMP-ITEP et IMPRO-ITEPRO et la difficulté de trouver des orientations adaptées au-delà de 16 ans dans le département se confirme. Les problématiques des « amendements Creton » (au-delà de 20 ans) et de l'accès au secteur adultes demeurent.

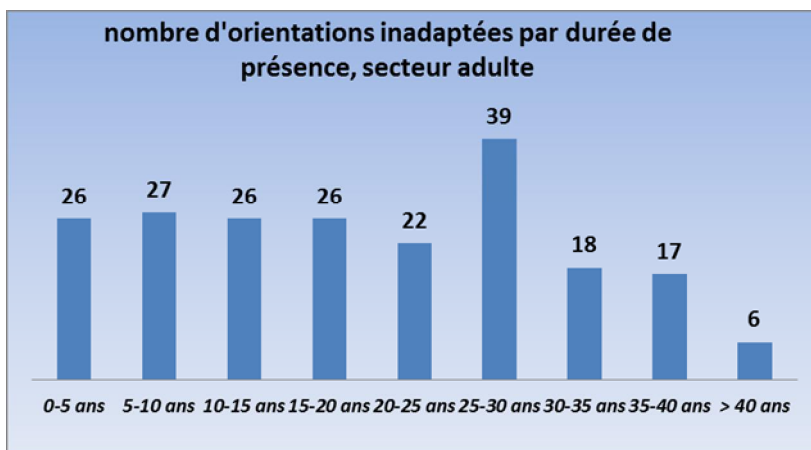


La durée de présence des personnes dont l'orientation est inadaptée est très différente entre le secteur enfant et le secteur adulte.

Chez les enfants, l'inadaptation est inversement proportionnelle à la durée de présence.



Chez les adultes, on constate une certaine stabilité, avec néanmoins un surcroît entre 26 et 30 ans de présence.



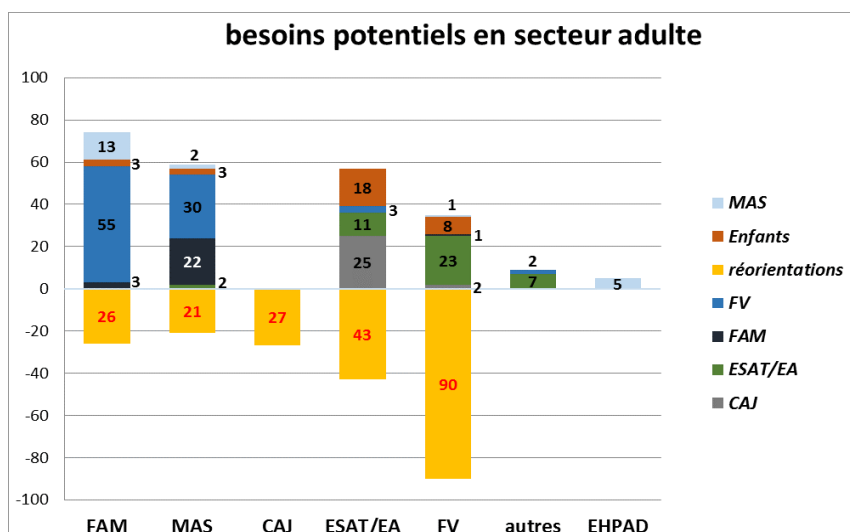
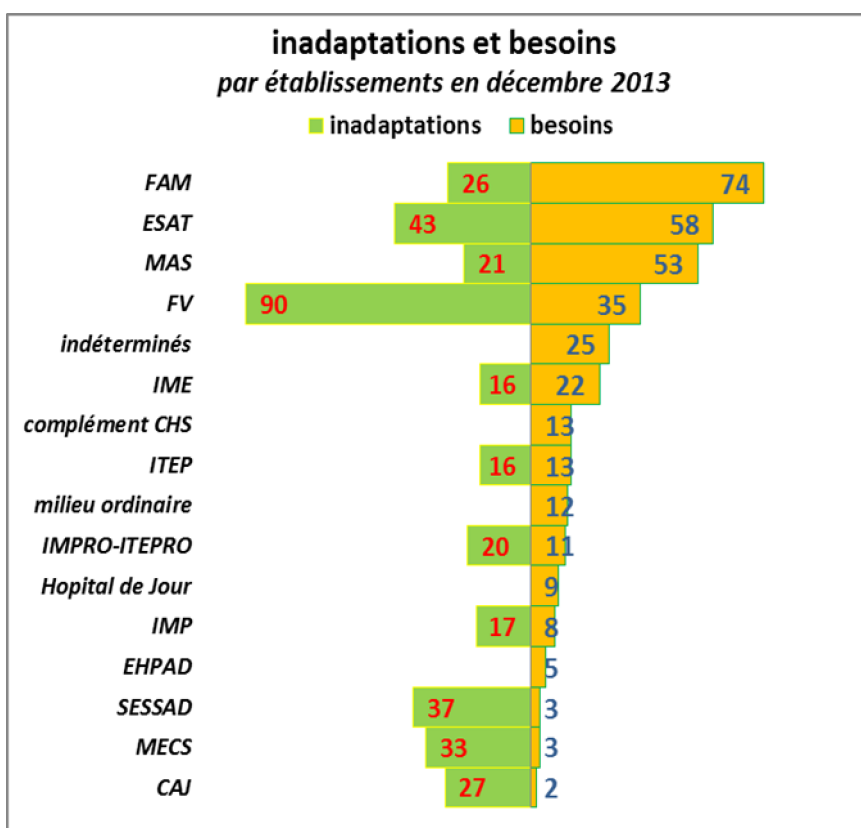
Concernant la répartition hommes/femmes, les orientations inadaptées sont également réparties si l'on regarde l'ensemble du secteur adulte. Examinée au sein de chaque type d'établissement, il peut apparaître néanmoins quelques différences.

5.4. Dynamique de flux

Comme les années précédentes, **ce sont les foyers de vie et les ESAT qui rencontrent le plus de situations inadaptées** suivis des SESSAD et des MECS.

Parallèlement, **les besoins identifiés se situent en FAM, MAS et ESAT** à un niveau équivalent. A noter : une demande sur trois d'orientation ESAT émane du secteur enfant (amendements Creton). Pour les FAM-MAS, on se situe à une sur vingt émanant du secteur enfant.

Pour les enfants, les besoins principaux identifiés se situent en IME, ITEP, hôpital de jour et IMP-IMPRO. Il existe un équilibre « entrées-sorties » en IME et ITEP. Par conséquent, même en améliorant la fluidité des parcours, on ne pourra répondre aux besoins en attente ou à venir pour les enfants concernés.



Chez les adultes, il existe un phénomène de glissement schématisé de ESAT vers Foyer de Vie, de FV vers FAM et MAS, et de FAM vers MAS, comme le montre le graphique ci-joint : Cela renforce le constat d'un vieillissement des personnes accueillies nécessitant un accroissement du besoin de prise en charge de leur dépendance.

CONCLUSION

Il faut rappeler que le présent diagnostic n'est pas le travail de professionnels des statistiques. Par ailleurs, même s'il est intéressant d'étudier l'évolution des données d'une année en année, l'échantillon varie d'une année sur l'autre. Ainsi le nombre de travailleurs de ESAT est beaucoup plus important cette année que les années précédentes, par exemple.

Il s'agit donc surtout d'une photo, à un instant « t », le 31 décembre de l'année 2013. Il ambitionne de venir en complément des travaux de professionnels de l'ARS, du Conseil Général, de la Cohésion Sociale et de la MDPH. Il faut notamment rappeler que notre étude ne prend pas en compte les personnes en attente de place ; seules les personnes déjà accueillies sont comptabilisées.

Les données recueillies nous permettent néanmoins de faire ressortir quelques conclusions :

- Les statistiques nationales (FINESS 2013, STATISS) font apparaître un retard d'équipement au regard de l'évolution démographique et de l'accroissement du nombre de titulaires de l'AAEH et de l'AAH. Néanmoins, l'augmentation démographique, plus forte dans le département qu'ailleurs, entraîne « mécaniquement » **une augmentation du nombre de personnes reconnues handicapées dans l'Eure, tant chez les enfants que chez les adultes.**
- Il existe toujours une « tension » sur les places occupées, dans les secteurs « adulte » et « enfant » qui ne facilite pas les réorientations (file d'attente, délaissé). **Les taux d'occupation**, compris entre 95% et 105%, **ne permettent pas la fluidité dans les parcours de vie** des personnes.
- **Les inadaptations semblent liées plus particulièrement à l'ancienneté dans la structure qu'à d'autres caractéristiques** (sexe, problématique principale, résidence). Pour les enfants elle décroît en fonction de l'ancienneté alors que pour les adultes, le phénomène est stable puis s'accroît au bout de vingt-cinq années de présence. L'âge influe chez les enfants autour des moments « seuils » (entre 11 ans et 16 ans, au-delà de 20 ans) comme chez les adultes en situation d'aide par le travail ou d'hébergement (50-55 ans).
- **Les créations récentes de places enfants** (en SESSAD) **semblent insuffisantes comme réponses au regard des besoins identifiés dans ce secteur.** Par ailleurs on observe sur 4 ans un glissement de places d'internat vers des places d'accueil de jour.
- La non création de places, notamment en ESAT, en Foyer de vie et en MAS, pour le secteur adultes, engendre un **déficit de places dans l'Eure au regard des besoins.** Il faut également souligner que la transformation de place de Foyers d'Accueil Médicalisé se fait par la modification des places de Foyers de vie. Il y a donc diminution de celles-ci.
- L'espérance de vie des personnes handicapées s'accroît. Le vieillissement s'accompagne de besoins différents et de problématiques de santé. La majeure partie des demandes de réorientations se situe toujours sur la tranche d'âge 40/60 ans, tout type d'établissement et toute problématique confondus.

PRECONISATIONS

- Identifier les besoins non pourvus émanant de la MDPH de l'Eure par la production de données régulières sur les files d'attente.
- Intégrer dans la réflexion collective la hausse des besoins dans le contexte de non évolution des moyens. Cette réflexion doit avoir pour objectif de faire évoluer les conceptions futures de l'accompagnement médico-social tout en préservant le projet de vie de chaque personne.
- Poursuivre la création de places en Foyer d'Accueil Médicalisé sans suppression de celles de Foyers de vie.
- Améliorer le processus conjoint d'évaluation des situations entre la MDPH et les établissements et services, notamment pour les enfants
- Poursuivre le mouvement d'évolution entamé vers plus d'accueil de jour et moins d'hébergement sans occulter les différentes répercussions (transports, logement, etc.)
- Construire de nouvelles réponses adaptées au vieillissement des populations en fonction du type de structure (rythmes, activités, liens sociaux, transports, hébergements, retraite, etc.)
- Entamer une réflexion sur les agréments, et les modalités de financement, qui génèrent des blocages pour les réorientations (nombre de places, limites d'âges, seuils enfants-adultes, pluri-orientations, etc.)
- Mettre en place un soutien généralisé aux établissements concernant l'accompagnement psychiatrique des usagers (adultes et enfants)
- Identifier les blocages limitant les sorties d'ESAT vers le monde ordinaire du travail
- Questionner le rôle et la mission des établissements enfants dans le soutien à la scolarité en milieu ordinaire (formation, classe externalisée, coordination pédagogique, etc.)

GLOSSAIRE

AAH : Allocation Adulte Handicapé
AEEH : Allocation d'Education pour Enfant Handicapé
ARS : Agence Régionale de Santé
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAJT : Centre d'Accueil de Jour et de Travail
CAMSP : Centre d'Accueil Médico Spécialisé Précoce
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie pour les Personnes Handicapés
CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapés
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CLIS : CLasse d'Inclusion Scolaire
CMP : Centre Médico Psychologique
CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique
CNCPH : Conseil National Consultatif des Personnes Handicapés
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EA : Entreprise Adaptée
EEAP : Etablissements pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
EN : Education Nationale
EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail
FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FO : Foyer Occupationnel
FV : Foyer de Vie
IME : Institut Médico Educatif
IMP : Institut Médico Pédagogique
IMPro : Institut Médico Professionnel
INSEE : Institut National Statistique
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapés
MOSP : Mesure d'Observation et de Soutien à la Parentalité
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
ORS : Observatoire Régional pour la Santé
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médical et de Suivi des Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile
ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UTAS : Unité Territoriale d'Action Sociale