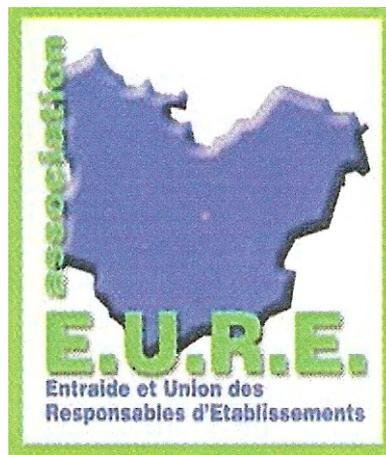


Les usagers accompagnés au 31 décembre 2011



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

3^{ème} édition

septembre 2012

Introduction

Ce diagnostic existe depuis 2009, suite aux échanges au sein de l'E.U.R.E. qui mettaient en lumière certains constats récurrents 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

Le souhait collectif de reconduire ce diagnostic pour 2011 a été renforcé par la réforme des politiques publiques (schéma handicap départementaux, PRIAC et conférences de territoire de l'ARS), la confirmation d'une tension sur les places occupées, un manque de lisibilité sur les réponses aux besoins identifiés d'accompagnement. Les professionnels déplorent toujours le manque de données quant aux notifications prononcées par les CDAPH, et notamment le nombre de personnes en attente d'orientation.

Un fichier simplifié permettant de recueillir le profil (âge, sexe, temps de présence, UTAS, problématique principale) et le besoin d'orientation des personnes concernées a ainsi été envoyé aux adhérents qui pouvaient le remplir, sur la base du volontariat. Ce fichier a été enrichi pour cette troisième édition (territoire de santé, aide sociale).

Un membre de l'association a été chargé d'agrèger les données et de les traiter. Un groupe de travail de 8 adhérents s'est réuni trois fois pour affiner les informations recueillies et partager l'analyse de ces données. Ce travail, qui nécessite un investissement à différents niveaux entièrement assumé par les membres de l'association (saisie et envoi, recueil et traitement, analyse), s'est déroulé de janvier 2012 à juillet 2012.

Ce diagnostic a été pensé comme un outil d'étayage complémentaire des démarches d'élaboration des schémas départementaux « handicap » et « protection de l'enfance », de constitution du PRIAC, mais également comme un support à actualiser annuellement.

La date de recueil des données a été maintenue au 31 décembre (2011) afin d'assurer une cohérence avec les années antérieures et avec d'autres formes de recueil (enquête ES 2010, indicateurs ESMS...). Les informations recueillies sont donc une photographie à cette date arbitraire « D » de la situation des personnes accompagnées effectivement. Par conséquent, elles ne concernent que les établissements et services ayant participé et ne peuvent être extrapolées aux personnes non prises en compte...

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.

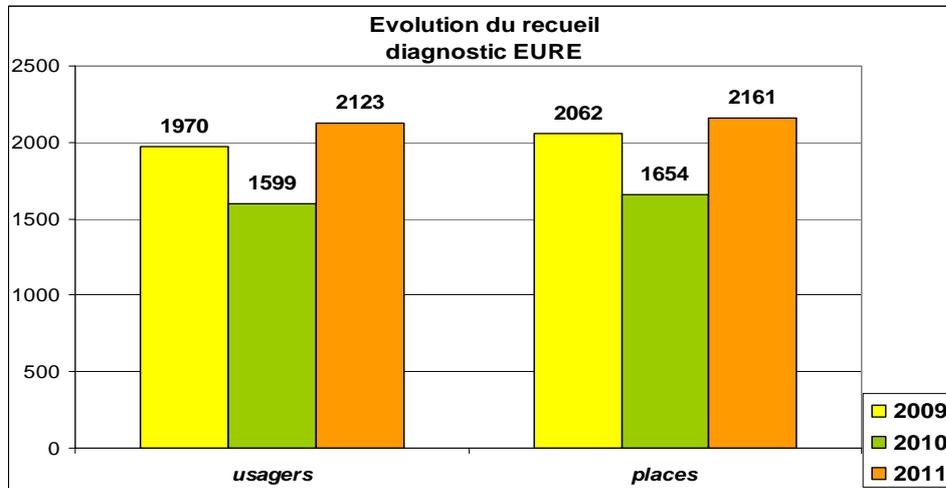
Le parti pris de ne citer ni les associations, ni les établissements et services concernés, du fait de la démarche de réflexion collective, a été maintenu. Par ailleurs, toute donnée inférieure à 5 individus est non éditée afin de respecter la déontologie des publications statistiques.

Précisons que dans un souci de pertinence et de cohérence, les données traitées se limiteront au champ du handicap, au regard du nombre d'établissements habilités protection de l'enfance (2) ayant répondu.

Nous remercions tous les responsables de structures et professionnels ayant participé à ce travail.

I. Données de cadrage :

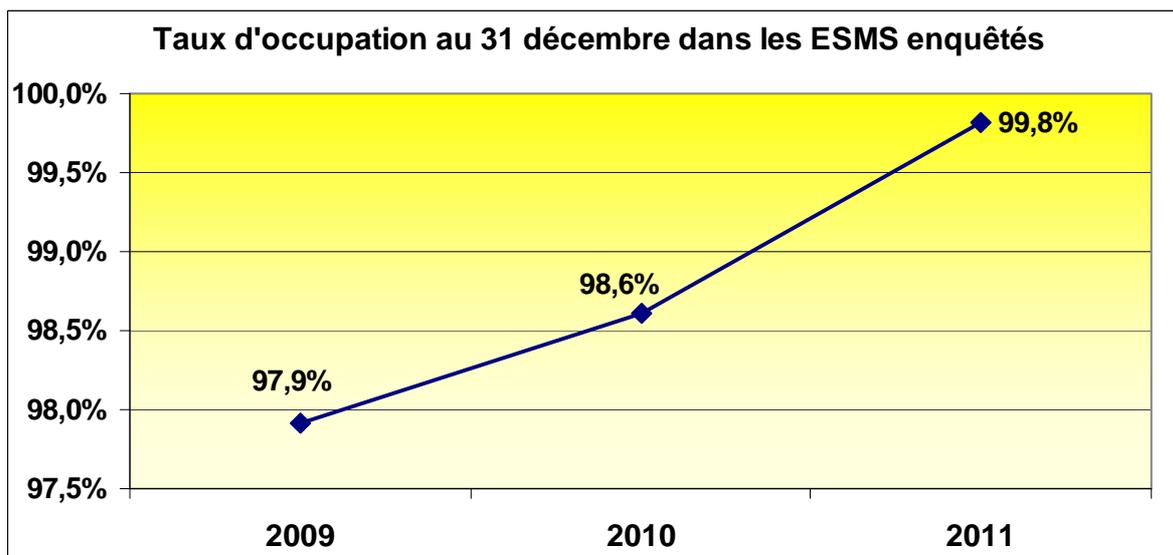
L'échantillon



Ce diagnostic s'appuie sur le recueil de données fournies par **45 établissements ou services différents** (37 l'an passé) gérés par **17 associations** (19 l'an passé). Il concerne **2161 places installées** sur le département de l'Eure.

Taux d'occupation

Sur les 2161 places installées, 2157 places sont occupées soit un **taux d'occupation des places¹ de 99,8 %** au 31 Décembre 2011, soit 1,2 point de plus que l'an passé.



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.

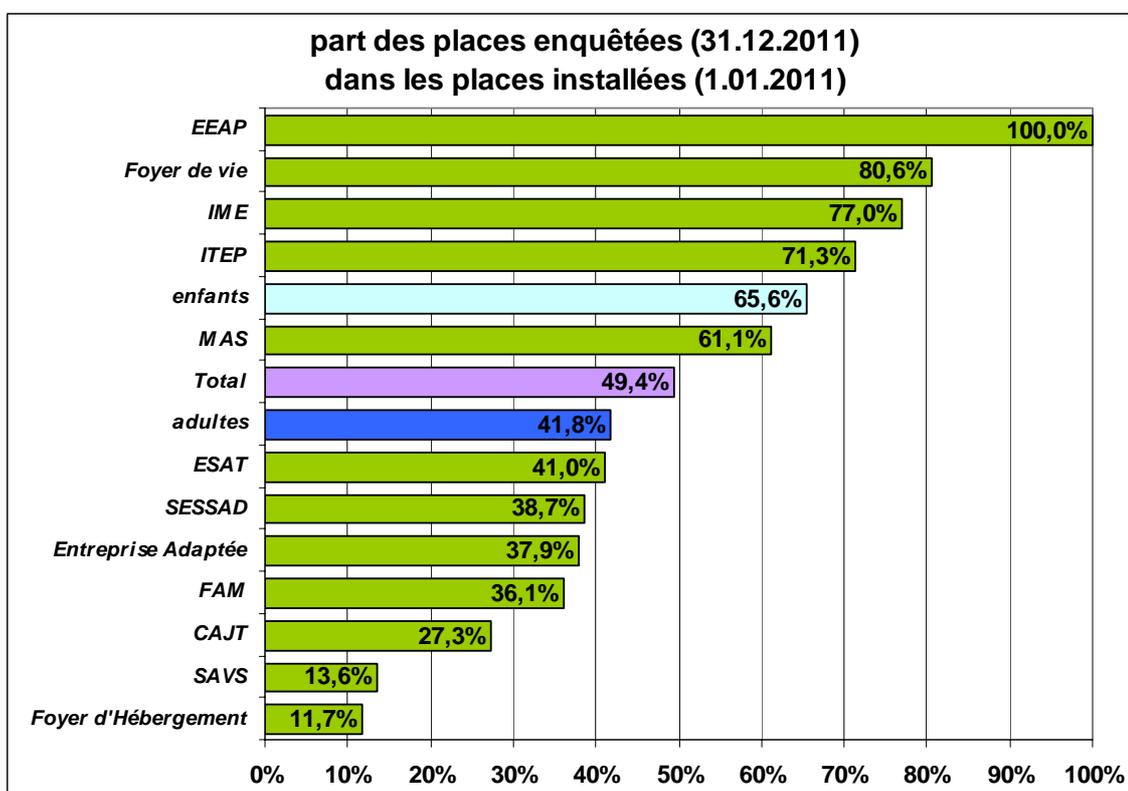
Le taux d'occupation qui s'amplifie depuis 2009 traduit sans conteste **la tension observée sur les admissions** et ce, malgré des ouvertures ou transformation de places en 2011 dans le département de l'Eure.

Concrètement, pour expliquer ce taux, rares sont les services ayant une place libre et nombreux sont ceux ayant un effectif au 31 décembre supérieur aux places installées.

2123 personnes enquêtées sont accompagnées, dont 34 (32 en 2010) sont usagers de 2 services, soit 1,6% d'entre eux. Parmi elles, 2044 relèvent du champ du handicap.

Ces données sont significatives car elles représentent **près de la moitié des places « handicap » installées dans l'Eure**, deux tiers pour les enfants et deux cinquièmes pour les adultes, avec de nouvelles données recueillies au niveau des ESAT, et malgré un déficit au niveau des entreprises adaptées, des CMPP et des CAMSP.

Part des places enquêtées dans les places installées



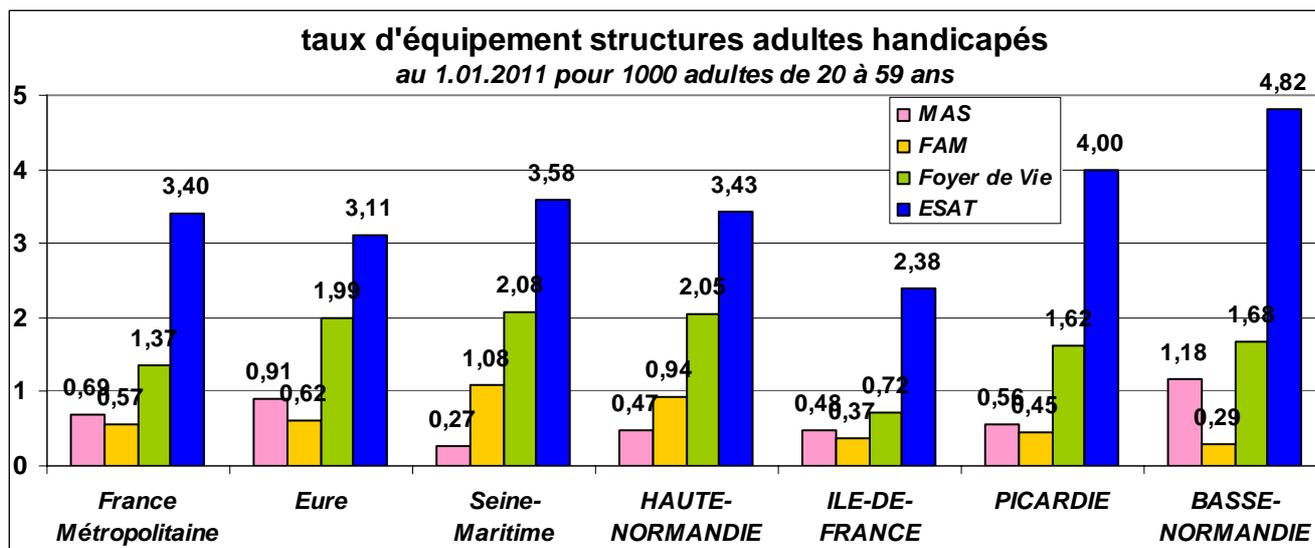
Les taux d'équipement

Les données nationales disponibles et officielles en 2012 sont celles de la DRESS (FINESS agglomérées au 1^{er} janvier 2011). A cette date, les taux d'équipement de l'Eure peuvent ainsi être comparés à d'autres dimensions territoriales.

Ainsi, pour les adultes :

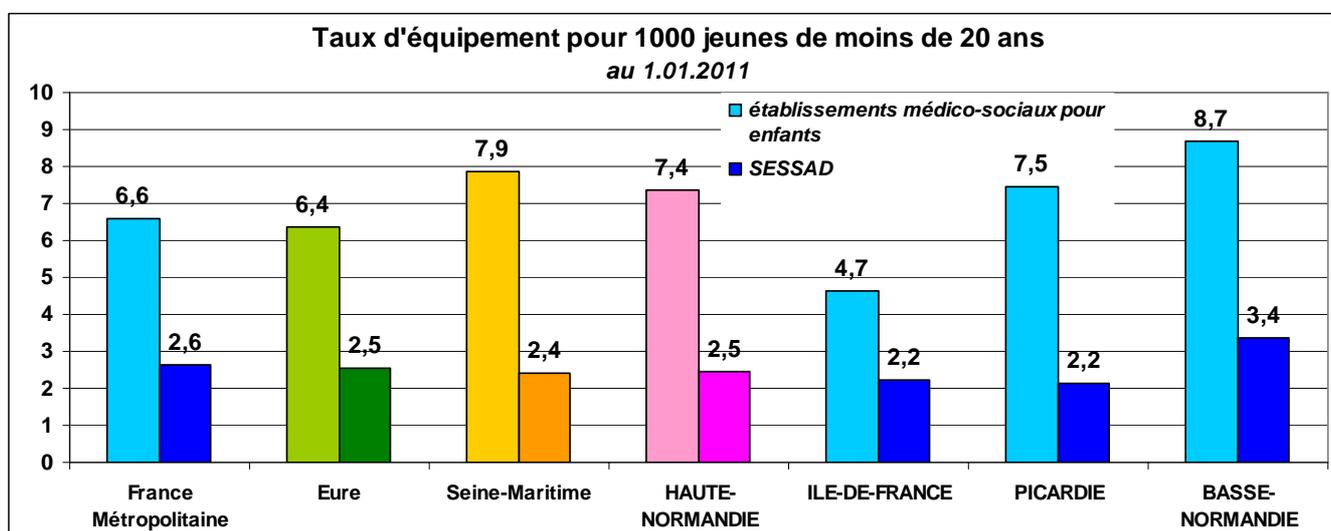
- **taux comparable à la moyenne nationale pour les FAM,**
- **supérieur pour les MAS et Foyer de Vie,**
- **inférieur pour les ESAT.**

Le déséquilibre dans la répartition des établissements adultes en Haute-Normandie persiste. Ainsi, les places en FAM, ESAT et CAJT dans le département ne représentent qu'un cinquième des places de la région. Inversement, elles représentent les deux tiers de celles en MAS.



Le taux d'équipement pour les foyers de vie a diminué mais demeure supérieur au taux national moyen.

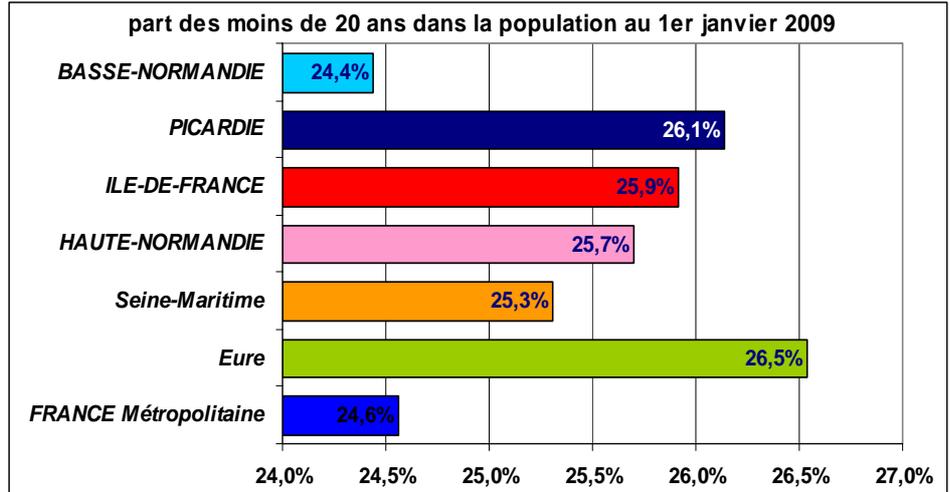
Concernant le taux d'équipement pour les enfants, **celui de l'Eure est inférieur à la moyenne nationale et un point et demi en deçà de celui de la Seine-Maritime**, plus de deux points en deçà de celui de la Basse Normandie. Ainsi, les places destinées aux **déficiences intellectuelles et psychiques représentent moins d'un tiers des places de la région, moins de un quart pour les polyhandicapés et moins de un huitième pour les autres déficiences** (sensorielles, motrices...).



Il faut préciser que les moyennes nationales de taux d'équipement sont « tirées vers le bas » par des régions très déficitaires (Ile de France notamment). Par ailleurs, les caractéristiques socio-économiques et de santé (voir le rapport 2010 de l'ORS Haute-Normandie) influent sur les besoins au titre du handicap mais également de la protection de l'enfance...

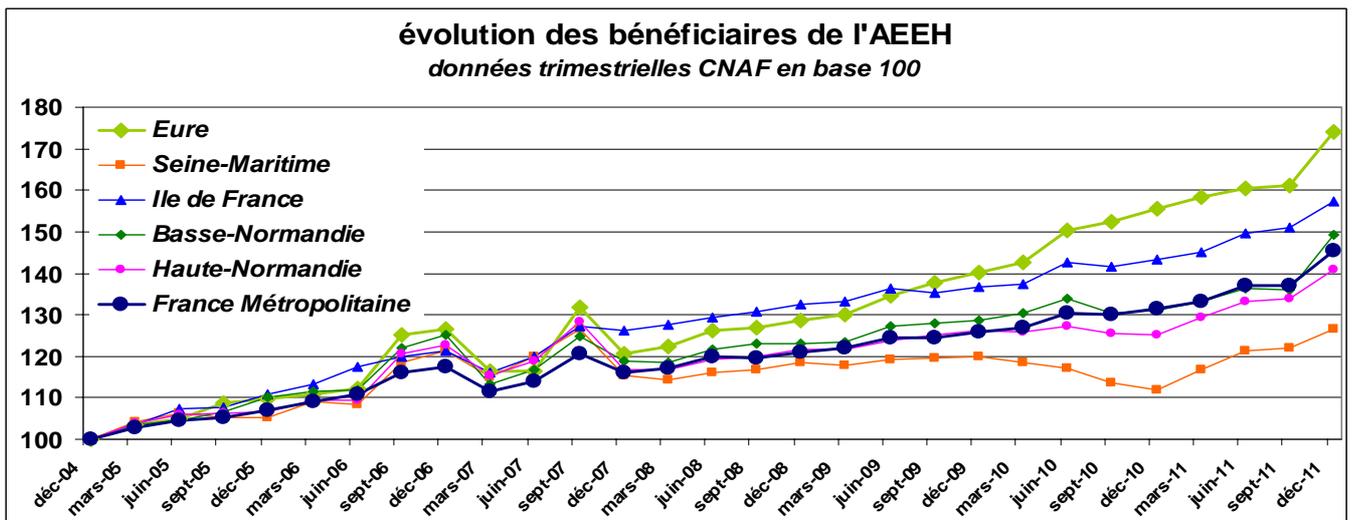
Part des moins de 20 ans

Les données démographiques INSEE accréditent le fait que **l'Eure est un des départements les plus jeunes de France**, avec une population de moins de vingt ans supérieure au quart de l'ensemble. Il n'existe pas de raison objective pour qu'il en soit autrement pour l'enfance déficiente...



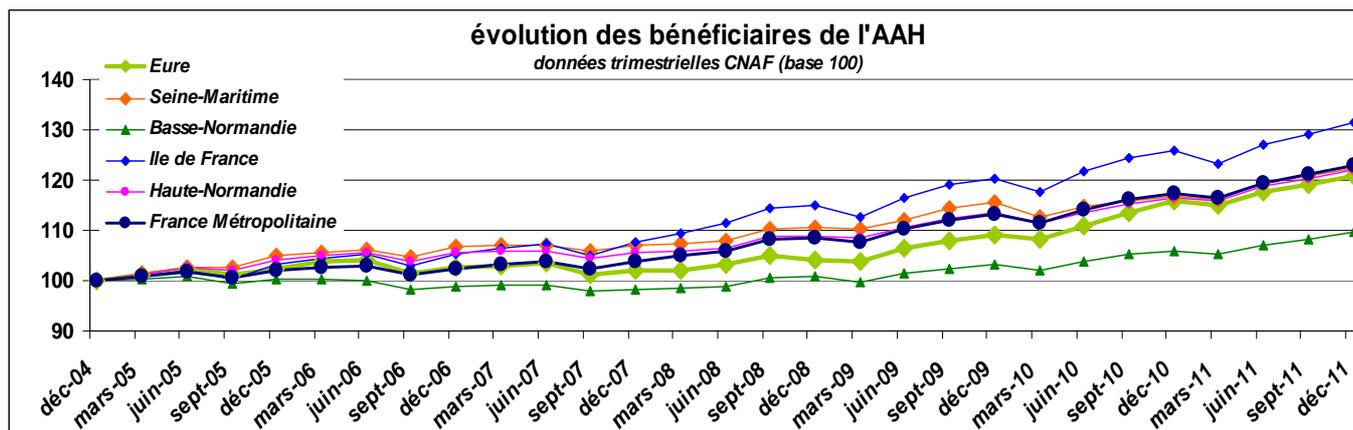
Les bénéficiaires de l'AAEH

En utilisant l'indicateur public des bénéficiaires d'ouverture de droit auprès des CAF, il est possible d'établir un comparatif de l'évolution des données trimestrielles. Ainsi, pour les allocataires de l'AAEH², l'évolution en base 100 permet de visualiser que les bénéficiaires de l'Eure connaissent une tendance comparable aux autres territoires. Néanmoins, **l'Eure est le département de métropole qui connaît la plus forte croissance depuis décembre 2004, 17 points de plus qu'en l'Île de France et 29 points au dessus de la moyenne nationale**. Le lien avec le dynamisme démographique évoqué par l'INSEE est probablement à faire puisque les enfants bénéficiaires de l'AAEH dans l'Eure représentent 37,4% de ceux de la région. **Avec 2119 enfants concernés, pour 1373 places installées, plus de 750 enfants porteurs d'une déficience ne bénéficient d'aucun suivi médico-social**, soit plus d'un tiers d'entre eux contre un cinquième au niveau national. Au regard de ces éléments, il existe probablement une tension sur l'orientation des enfants à la MDPH de l'Eure...



² Allocation d'Education pour Enfant Handicapé

Les bénéficiaires de l'AAH



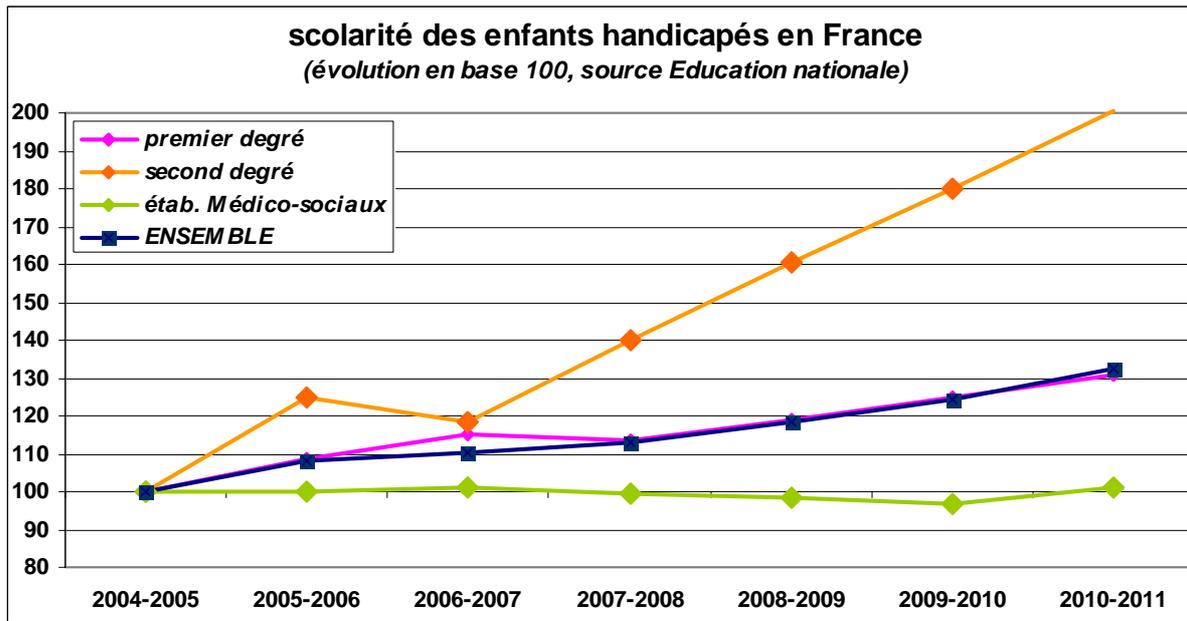
Au niveau des adultes, pour les bénéficiaires de l'AAH, le « rattrapage » évoqué l'an passé semble achevé puisque les évolutions, départementale, régionale et nationale, sont similaires sur l'année 2011. Avec un tiers des personnes allocataires accompagnées dans le médico-social, l'Eure se situe dans la même proportion que la région et la métropole.

La scolarité

Une autre donnée est particulièrement intéressante, celle de l'Education nationale qui publie annuellement dans « repère statistique » des chiffres de la scolarisation des enfants handicapés en France.

	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
premier degré	96396	104824	111083	109682	114482	120180	126294
classe ordinaire	58812	64994	71399	70048	74251	79129	83309
CLIS	37584	39830	39684	39634	40231	41051	42985
second degré	37442	46699	44278	52334	60191	67310	75094
classe ordinaire	31454	38934	34928	40760	45697	50125	54865
dont SEGPA		6275	7571	9570	11956	13392	15099
ULIS	5988	7765	9350	11574	14494	17185	20229
total milieu ordinaire	133838	151523	155361	162016	174673	187490	201388
établissements hospitaliers	6922	6182	6097	6640	6313	6936	7192
étab. Médico-sociaux	70219	70158	70854	69773	69191	67909	70920
total étab. Spécialisés	77141	76340	76951	76413	75504	74845	78112
dont scolarisation partagée	nd	nd	nd	nd	6209	6763	6626
ENSEMBLE	210979	227863	232312	238429	250177	262335	279500

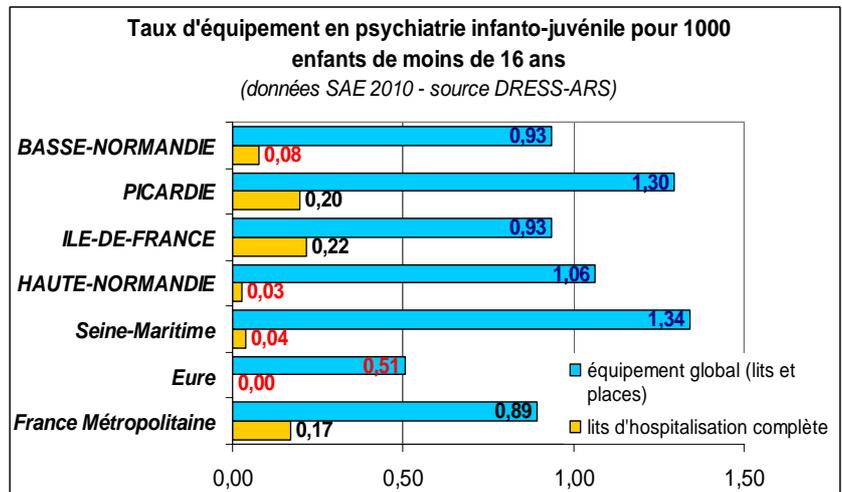
Tandis que le nombre total d'enfants handicapés et scolarisés a augmenté de 32,5%, il est resté stable dans les établissements spécialisés. Si on peut y voir un effort en faveur de la scolarisation ordinaire (+50%), nettement accrue dans le second degré, on peut faire l'hypothèse qu'elle bénéficie seulement aux enfants qui ne sont pas accueillis en unité d'enseignement.



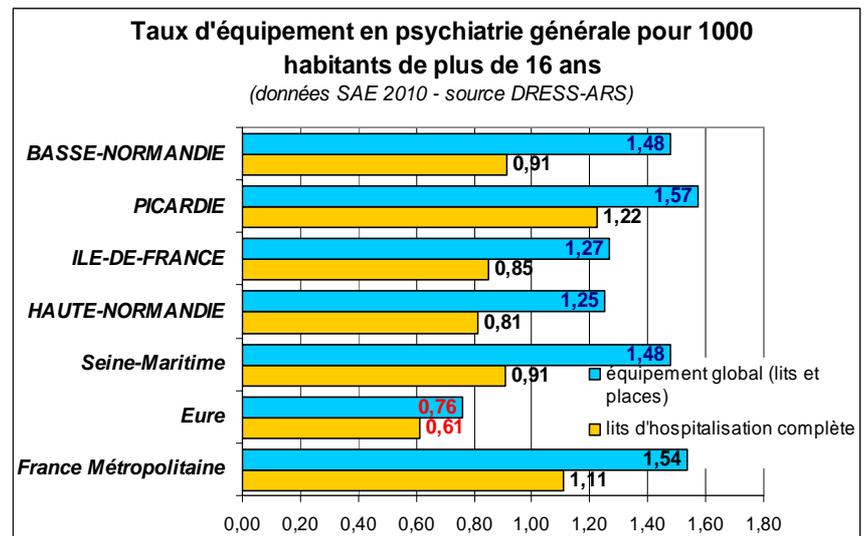
Par ailleurs, la situation de l'académie de Rouen demeure atypique au regard des moyennes nationales. En effet, **les enfants porteurs de handicap en Haute-Normandie représentent 2,2% des effectifs scolaires contre 1,9% au niveau de la métropole. Parallèlement, alors que 25,4% sont scolarisés en établissement spécialisé au niveau national, c'est le cas pour 36,2% dans la région.**

Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile

Une autre donnée est importante au regard de la spécificité locale. Il s'agit de celle qui concerne l'accompagnement psychiatrique. En effet, la pénurie de places est souvent abordée par les professionnels de « terrain ». Il s'agissait donc d'objectiver cette impression.



Les données SAE au 1^{er} janvier 2010 semblaient malheureusement confirmer ce point. Le programme régional de santé de l'ARS a pointé cette difficulté. Des modalités palliatives sont en cours de mise en œuvre pour améliorer la situation.

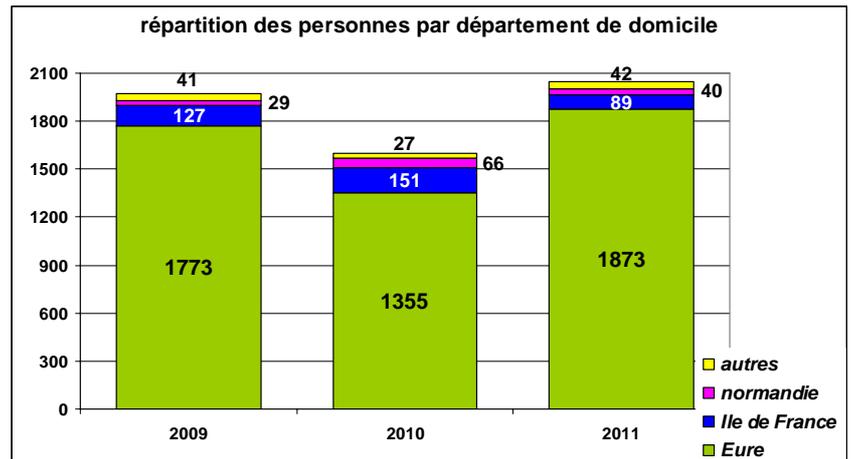


Tant pour les enfants que les adultes, **le secteur sanitaire haut-normand est déficitaire**, notamment en hospitalisation complète. Dans ce contexte régional limité, **l'Eure se situe à des taux d'équipement deux fois inférieurs au niveau national**, avec une absence totale d'hospitalisation pour les moins de 16 ans. La mise en place d'équipes mobiles et de la télémédecine devra être évaluée quant à l'efficacité de la réponse proposée à cette réalité.

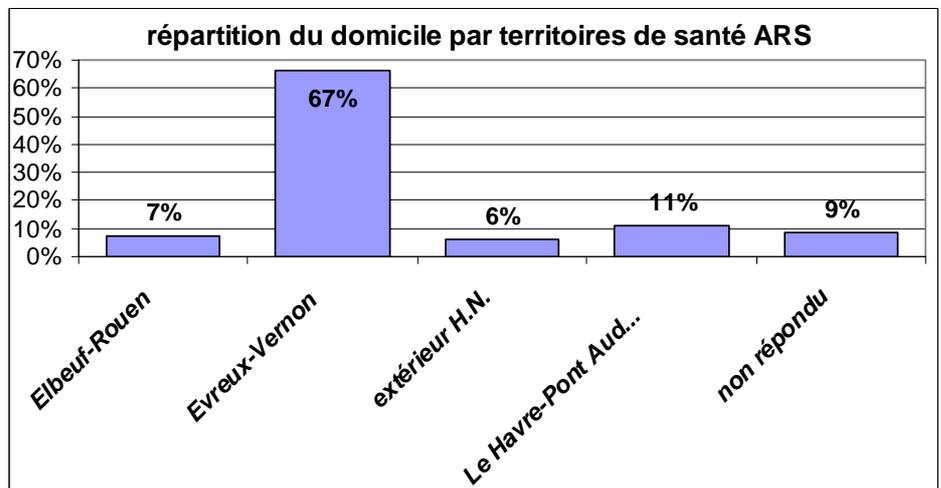
II. Origines des personnes

Répartition territoriale

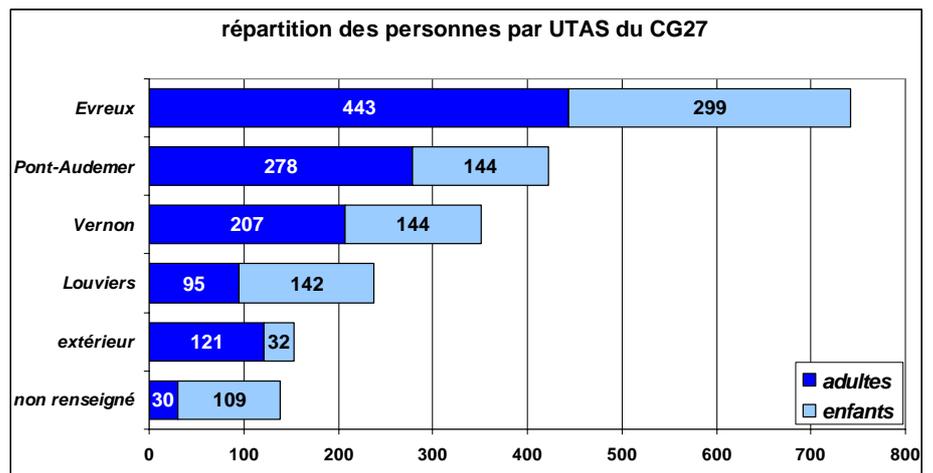
En 2011, **92% des usagers sont domiciliés dans l'Eure**, 4% en région parisienne et 4% dans d'autres départements, généralement limitrophes. La proportion des usagers issus de l'Eure est en hausse de 7 points par rapport à 2010 mais est également en hausse en valeur absolue. Celle-ci est donc liée au recueil avec l'accroissement de données d'établissements ou services n'ayant pas participé l'an passé. De même, le nombre d'usagers issus de la région parisienne baisse du fait de l'absence d'un établissement dont les usagers sont majoritairement franciliens.



Cette année, nous avons intégré les territoires de santé de l'ARS. Sans surprise, les deux tiers des personnes sont domiciliées sur « Evreux-Vernon ». Seules 6% ne sont pas originaires de Haute-Normandie.



L'UTAS d'Evreux reste majoritaire au niveau de leur domicile. Néanmoins, la part des « non renseignés » est importante. Les personnes domiciliées sur l'UTAS de Louviers semblent moins présentes. L'implantation des structures d'hébergement pour adultes influe sur cette donnée.

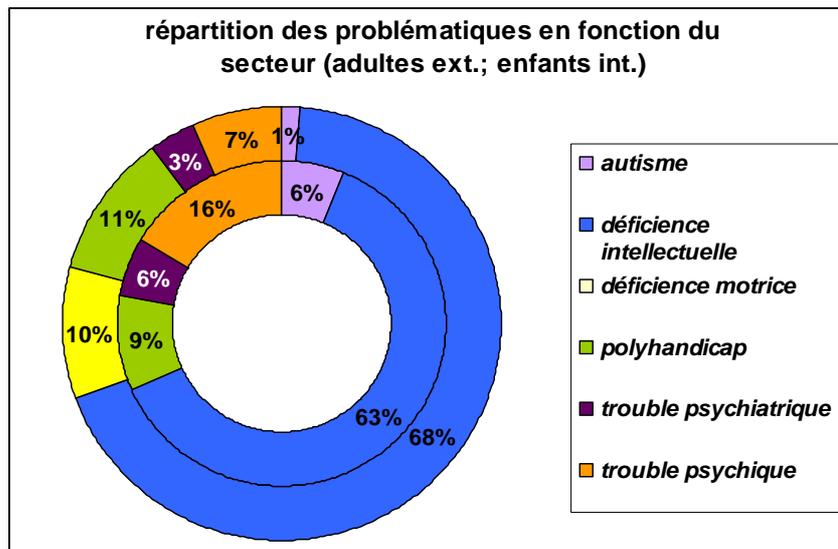


La répartition entre les **secteurs adultes et enfants est déséquilibrée** (57%-43%) parmi les enquêtés en 2011, du fait des ESAT ayant répondu nouvellement cette année.

Par ailleurs, **plus d'un enfant accompagné sur six (17,2%) bénéficie d'une mesure de protection sociale**. La proportion de non réponse ne nous a pas permis d'aller au-delà sur l'indicateur « social » pour les enfants comme pour les adultes.

Répartition des problématiques

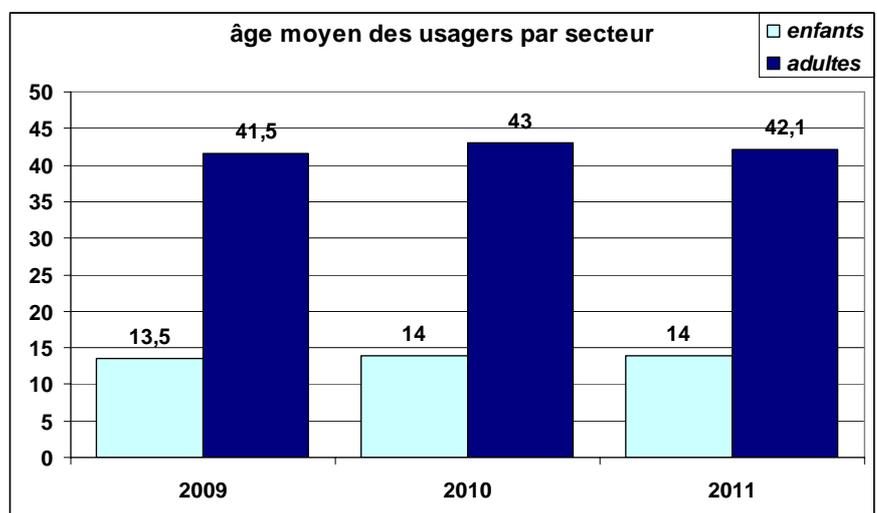
Au niveau de la problématique principale, 1341 personnes présentent une déficience intellectuelle, 221 un trouble psychique, 208 un polyhandicap, 116 une déficience motrice, 88 un trouble psychiatrique et 68 ont un diagnostic d'autisme. Par regroupement des problématiques, **près d'un cinquième des personnes accompagnées ont des troubles psychologiques ou de la personnalité**.



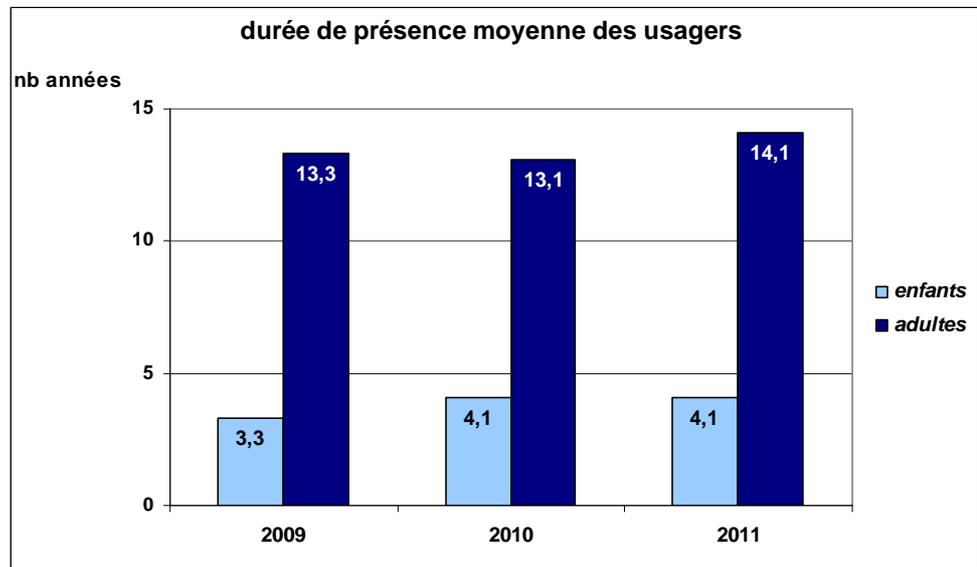
La répartition entre les secteurs enfants et adultes est différente en fonction des problématiques identifiées pour les usagers enquêtés. Ainsi, 28% des enfants présentent une problématique « psychique » pour 11% des adultes. A contrario, certaines proportions sont légèrement (polyhandicap, déficience intellectuelle) ou nettement (déficience motrice) supérieures dans le secteur adultes. Cet indicateur est néanmoins à manier avec précaution tant le recueil de données influe sur les pourcentages.

L'âge moyen par secteur

L'âge moyen des personnes est de **42 ans pour le secteur adultes et de 14 ans pour le secteur enfants**. Or une situation équilibrée devrait théoriquement présenter des moyennes se situant en dessous respectivement de 40 ans et de 13 ans

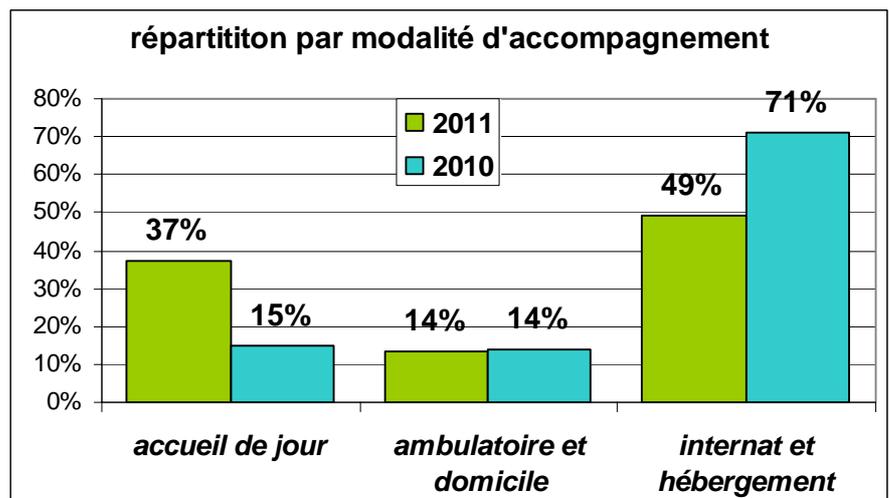


Le temps de présence moyen est lui respectivement de plus de 14 ans pour les adultes (1 an de plus qu'en 2010) et de 3 ans 10 mois (4 mois de plus qu'en 2010). Il augmente depuis 2 ans tant chez les adultes que chez les enfants. **Ceci dénote un « vieillissement » des populations accompagnées et qui perdure depuis le commencement du diagnostic.**



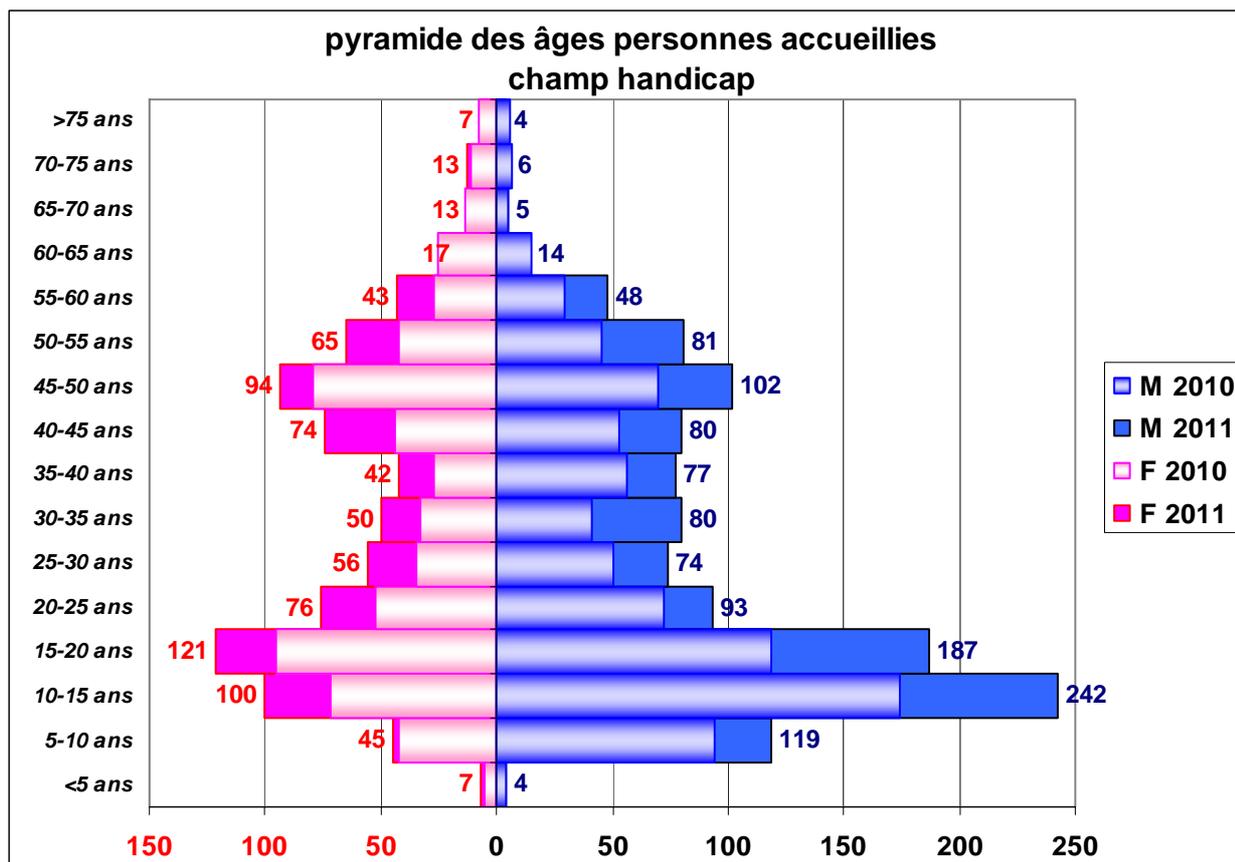
Répartition par modalité d'accompagnement

En 2011, **un usager sur deux est hébergé**, un sur sept est accueilli en journée ou accompagné à domicile et/ou en ambulatoire. La plus grande présence des ESAT a permis de rééquilibrer les chiffres de l'an passé.

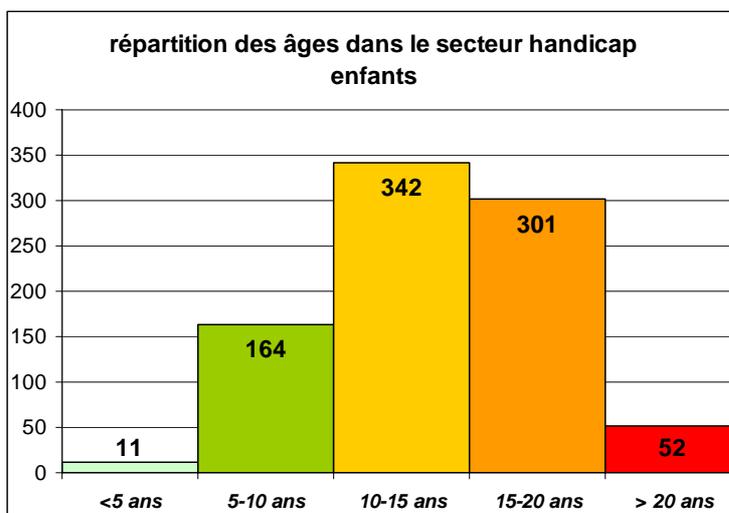


Pyramide des âges :

On observe que la répartition hommes (59%) femmes (41%) ne correspond pas à la répartition de la population générale. Il existe une **prévalence masculine notamment entre 5 et 20 ans**. Celle-ci est plus forte qu'en 2010 due à la présence de données d'établissements d'activités. Néanmoins, la forme « pelote de laine » persiste comme le **manque de continuité** de la pyramide des âges, (notamment pour les 15-40 ans). La population « **d'adultes vieillissants** » est confirmée par la moyenne d'âge des adultes et l'augmentation du nombre d'usagers de plus de 45 ans. Par ailleurs, ceci n'explique pas la **diminution de l'accompagnement de garçons observée entre 15 et 20 ans**, pas plus que leur **augmentation entre 10 et 15 ans**.

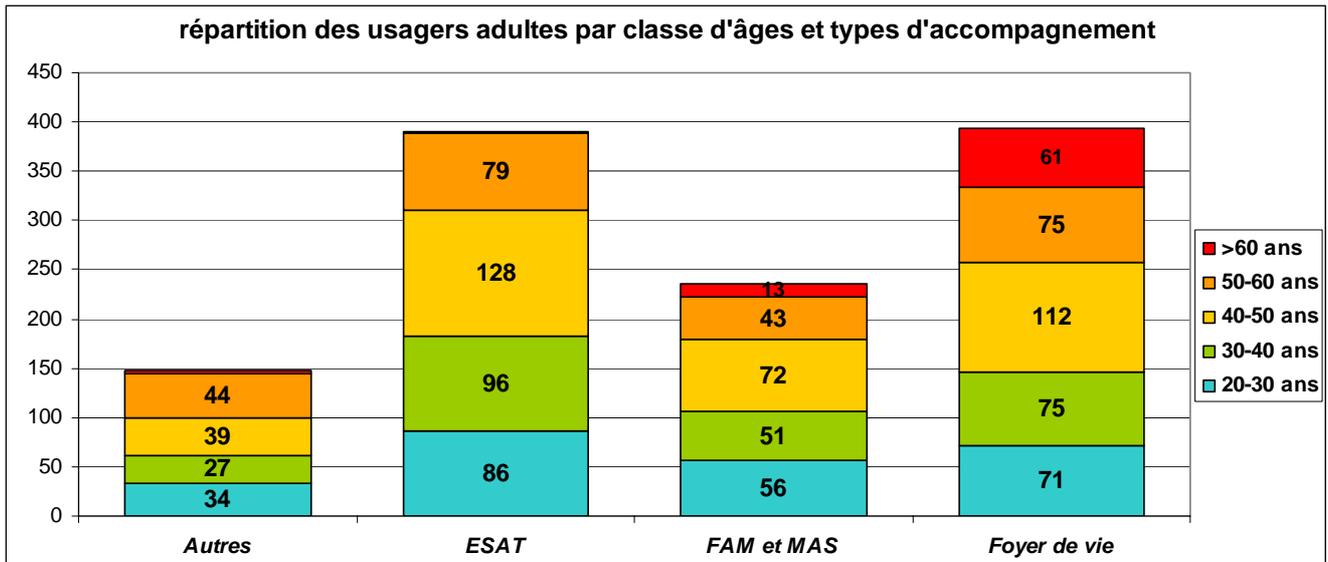


Pour les « amendements Creton », **52 jeunes ont plus de 20 ans** (38 en 2010 et 27 en 2009) et demeurent accompagnés par le secteur « enfants ». **Le phénomène s'amplifie** et on peut estimer (par projection) que leur nombre total avoisine 75 dans le département, nombre à vérifier auprès des données détenues par la MDPH de l'Eure.



La **forte croissance au-delà de 10 ans** correspond aux années « collège ». On peut faire l'hypothèse de limites de l'adaptation scolaire (dispositifs, potentialités des enfants, formation des enseignants, accessibilité, autonomie demandée,...) malgré l'accroissement des accueils dans le secondaire. A titre d'exemple, le nombre d'ULIS (anciennement UPI) dans l'Eure demeure nettement inférieur au nombre de CLIS...

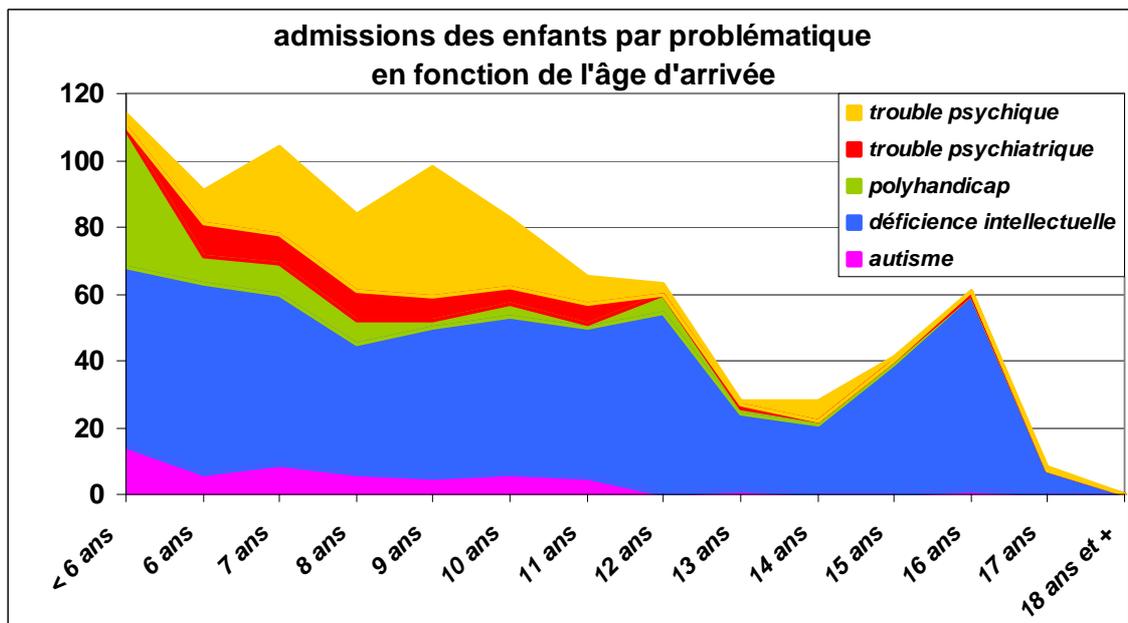
Dans le secteur adulte, le **phénomène de vieillissement n'est pas identique dans tous les types d'établissement...** Mais 75 personnes accompagnées ont dépassé 60 ans dont 30 qui ont plus de 70 ans.



Comme le montre l'histogramme ci-dessus, **le vieillissement des personnes porteuses de handicap touche en premier lieu les résidents de foyer de vie**, puisqu'un tiers d'entre eux a plus de 50 ans, puis ceux des FAM et des MAS, avec un quart de personnes concernées. Mais, dans une mesure différente, les ESAT sont aussi impactés. En effet, un cinquième des personnes a plus de 50 ans et une moitié a plus de 40 ans, ce qui impacte directement la gestion des « richesses humaines » dans un environnement règlementé et de plus en plus compétitif.

Les Admissions

L'identification des problématiques est également enrichissante. En effet, selon celles-ci, on observe des différences quant à l'âge moyen d'entrée dans le service comme le montre les graphiques suivants :

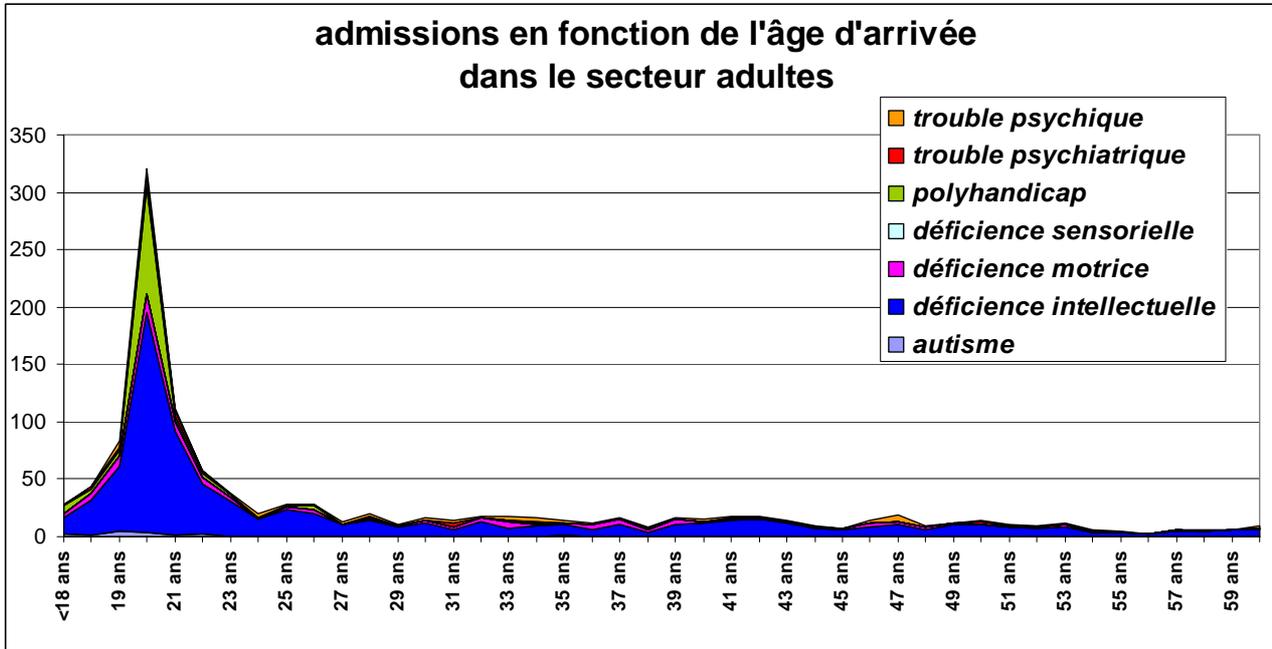


Ainsi, on observe

- une constance des admissions concernant les enfants porteurs de déficience intellectuelle, de polyhandicap, de trouble psychiatrique ou d'autisme de 4 ans jusqu'à 11-12 ans.
- Concernant la problématique des troubles psychiques, les admissions croissent régulièrement avec l'âge jusqu'à 10 ans puis diminuent jusqu'à 16 ans.

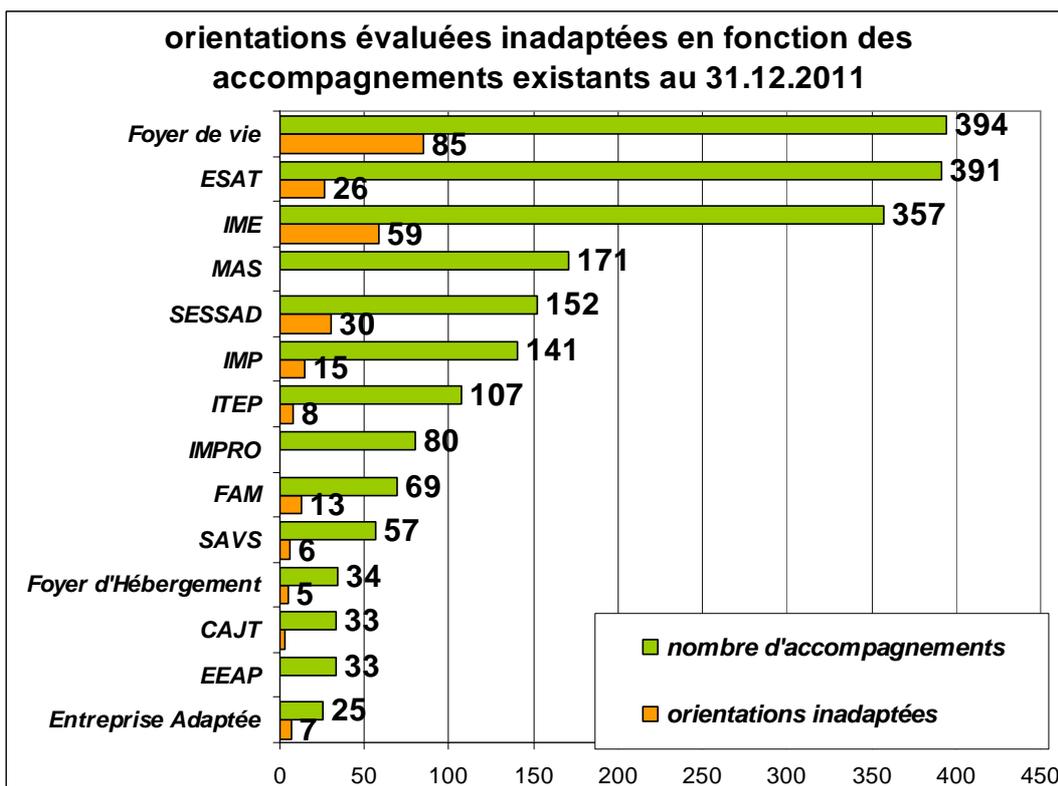
- Pour la déficience intellectuelle, elles chutent à 14 ans pour ré-augmenter jusqu'à 16 ans avant de s'arrêter au-delà.
- Au-delà de 16 ans, les admissions cessent, exception faite de la protection de l'enfance.

Les « effets de seuil », la pénurie de l'offre de formation et les difficultés d'orientation dans le secteur adultes sont à interroger pour fluidifier le secteur enfants.



Inversement, pour les **adultes**, on observe une « montée en charge » **progressive des admissions entre 18 et 20 ans**, puis une baisse significative jusqu'à 25 ans, et enfin une constance d'une quinzaine d'admission par génération jusqu'à 50 ans. Les problématiques liées à la déficience intellectuelle et au polyhandicap influent fortement. Le pic d'admission observé l'an passé est « gommé » du fait de la dynamique d'admission en ESAT.

Spécificités liées aux orientations



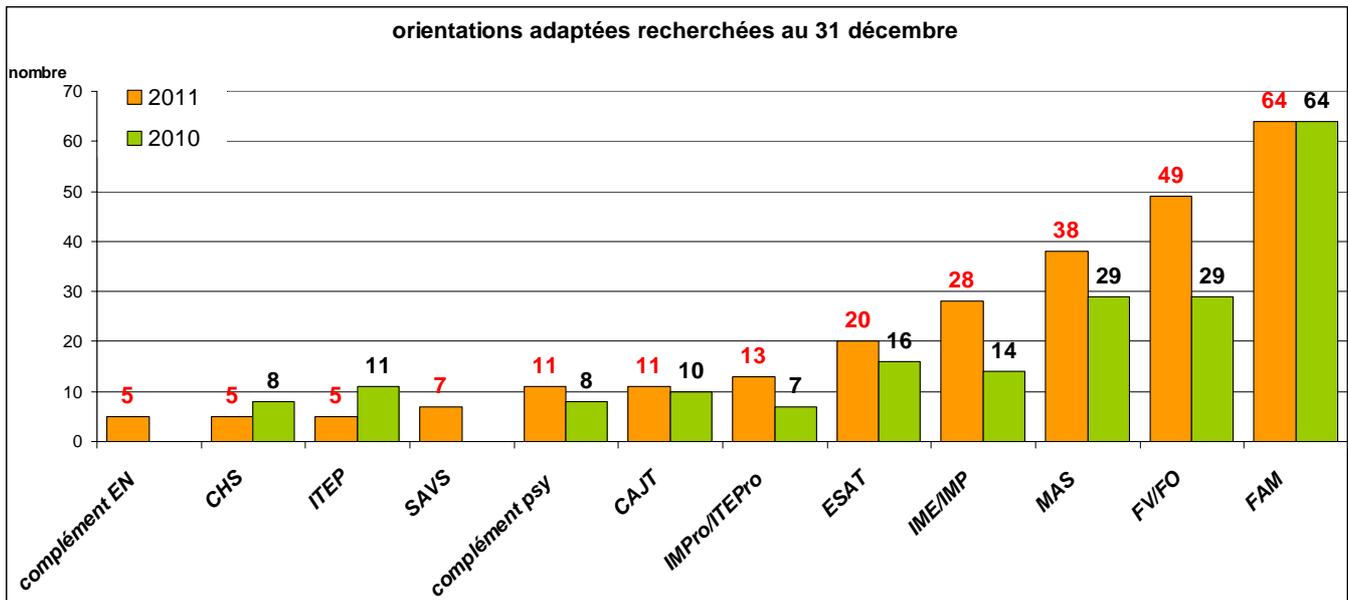
(Clef de lecture : 152 enfants sont accompagnés en SESSAD. Parmi eux 30 nécessiteraient une réorientation)

Sur l'échantillon, une orientation inadaptée³ est pointée pour 258 usagers en 2011 (325 en 2009, 200 en 2010), soit un sur huit (12,6%) comme en 2010 (16% en 2009).

Elles concernent :

- un usager sur cinq en Foyer de vie (comme en 2010) et en SESSAD et FAM,
- près d'un sur trois en entreprise adaptée,
- un sur sept en Foyer d'hébergement et en IME,
- un sur dix en IMP,
- un sur quinze en ITEP ou en ESAT,
- aucun en IMPRO.

A noter, 10% des orientations sont évaluées inadaptées en MECS. Ainsi, 11 jeunes sont concernés et nécessiteraient un accompagnement complémentaire dans le médico-social, dont 10 par un ITEP.



Les besoins identifiés sont principalement en direction de FAM (une fois sur quatre), de Foyer de vie (une fois sur cinq), de MAS (une fois sur sept).

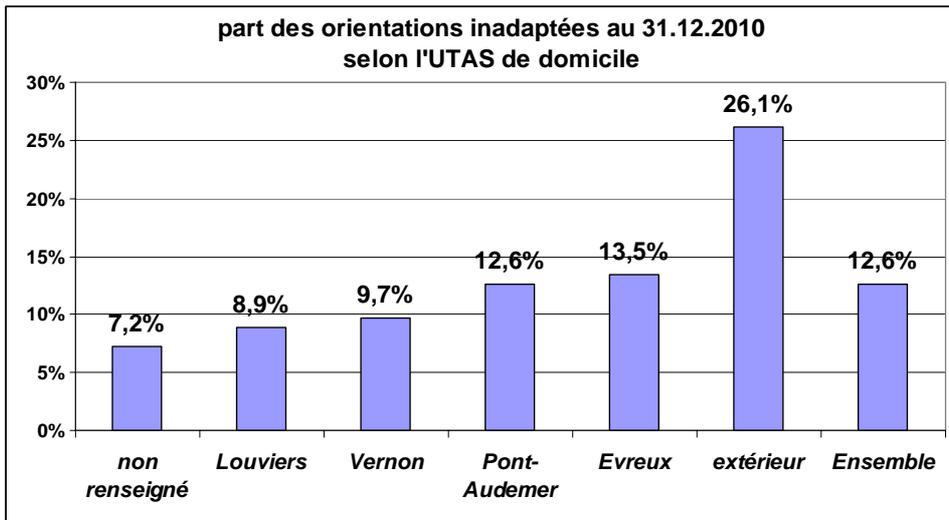
Entre 2010 et 2011, les besoins sont stables en proportion mais augmentent en valeur absolue. Les ouvertures de places en Foyer d'Accueil Médicalisé ont permis de contenir la demande de places qui demeure élevée (64). Parallèlement, les besoins de places ont augmenté, notamment en foyer de vie, en maison d'accueil spécialisée et en IMP/IME.

Des réorientations en ESAT (20) sont également souhaitées dans 8% des cas. Dans 6% des situations (16), le besoin évalué est soit une prise en charge complète par le CHS (hospitalisation), soit un soutien de l'établissement par une équipe sanitaire. De même, les besoins d'accompagnement en ITEPro ou IMPro (13) sont de l'ordre de 5% parmi les orientations inadaptées, de même en ITEP (si on ajoute les besoins exprimés en MECS).

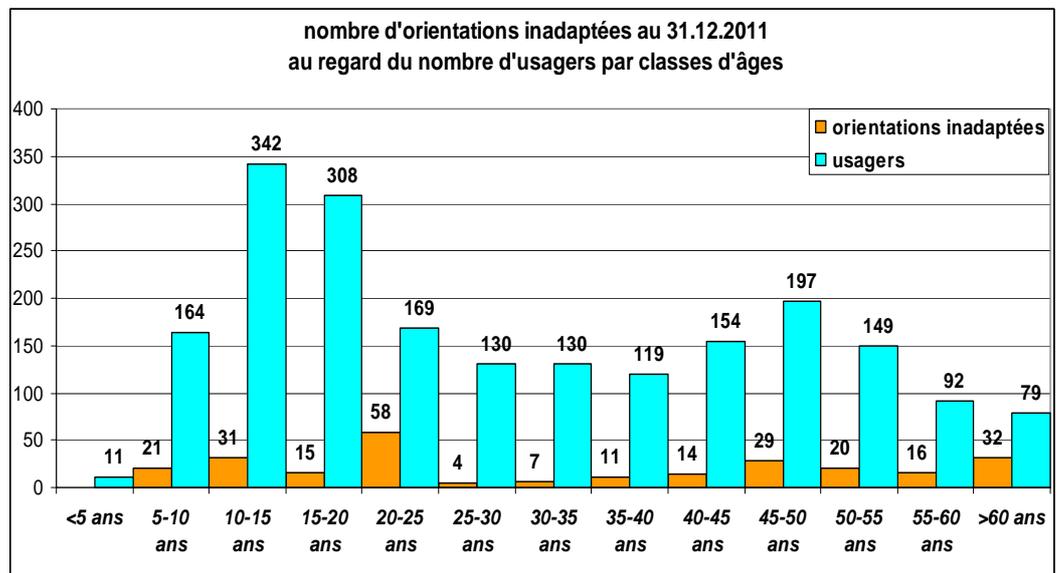
Plus d'une orientation à revoir sur trois (38%) émane de l'UTAS d'Evreux, une sur cinq (21%) de l'UTAS de Pont-Audemer, une sur six concerne des personnes domiciliées hors département, une sur huit des personnes de l'UTAS de Vernon et une sur douze pour l'UTAS de Louviers.

³ Par orientation inadaptée, on entend non pas une orientation initiale inappropriée mais une orientation opérante (au 31 décembre 2011) qui ne correspond pas ou plus aux besoins de la personne concernée.

Par contre, la proportion de ces inadaptations est plus forte pour les personnes domiciliées à l'extérieur du département, comme le montre l'histogramme.



Parmi les besoins d'orientation, **une sur 5 concerne la tranche d'âge des 20-25 ans soit un jeune sur trois renseigné à cet âge.** Ce sont ensuite les usagers **de plus de 60 ans qui sont concernés avec deux sur cinq** qui ont besoin d'une nouvelle orientation. En valeur absolue, les 10-15 ans et les



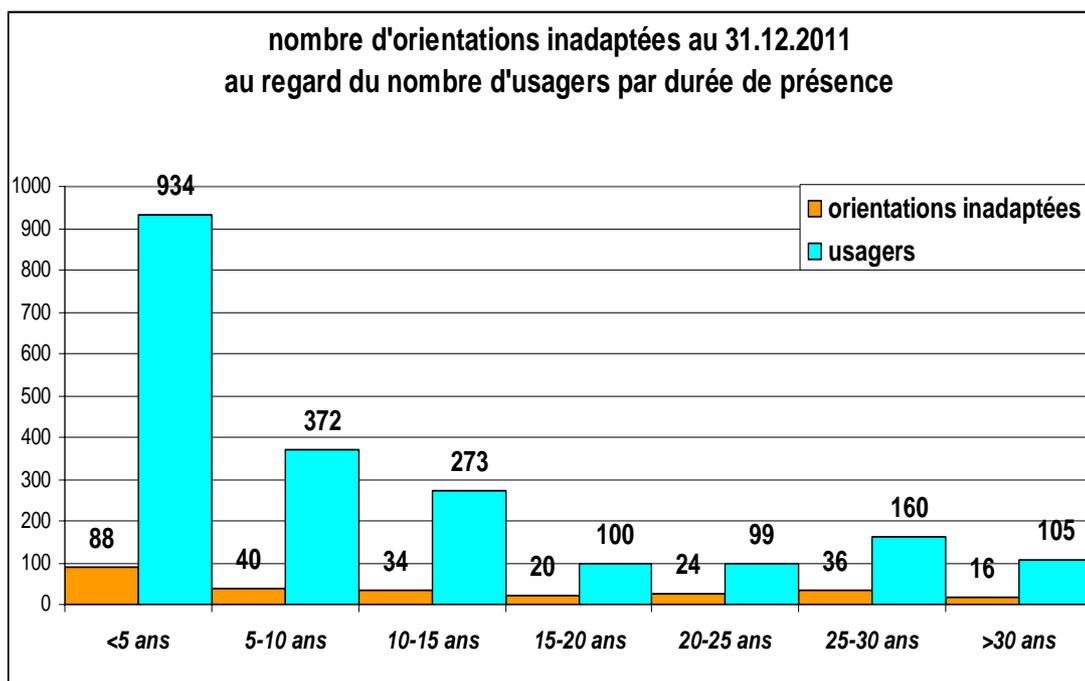
les 45-50 ans sont ensuite les classes concernées. Les effets de seuil selon les structures sont à nouveau interpellés. Le manque de fluidité des réorientations peut-être une hypothèse quant à ces inadaptations évaluées.

Au niveau des âges des personnes concernées, on observe trois pics de besoins situés respectivement autour de 20 ans, 50 ans et 65 ans. Ces éléments confirment la difficulté de « passage » du secteur enfants vers le secteur adultes en termes de débouchés d'orientation mais également les difficultés probables des « aidants naturels » (parents âgés) ou la diminution de l'autonomie des usagers.

L'ancienneté de l'utilisateur influe sur l'adaptation de l'orientation. Jusqu'à 30 ans **plus l'ancienneté croît, plus la proportion d'orientations évaluées comme inadaptées augmente.** Au-delà, elle diminue. Ainsi, c'est le cas pour une personne sur dix entre 5 et dix ans de présence, une sur cinq entre 15 et 20 ans, une sur quatre au-delà.

Néanmoins, en valeur absolue, **ce sont dans les dix premières années que les orientations inadaptées sont les plus nombreuses** (y compris chez les adultes) et elles décroissent au fil du

temps, démontrant le travail de réorientation opéré par les professionnels des établissements et des services orienteurs.



Les besoins d'orientation en détail :

Les besoins d'orientation ont augmentés (269 contre 196 en 2010) mais dans la même proportion que le nombre de personnes enquêtées. **La part des réorientations souhaitées dans le secteur médico-social stagne à une sur huit (12,6%).**

- Comme en 2010, **deux fois sur trois elle concerne des personnes déficientes intellectuelles (160), une fois sur cinq des personnes présentant des troubles psychiques ou psychiatriques (65).** Une fois sur dix, cela concerne le polyhandicap.
- **Une fois sur cinq, ces besoins concernent des jeunes âgés de 20 à 25 ans (58 usagers),** une fois sur huit les tranches d'âges 10-15 ans, 45 à 50 ans ou plus de 60 ans. Mais en proportion de la classe d'âge, **il existe un besoin d'adaptation au vieillissement pour un tiers des personnes de plus de 60 ans accompagnées.**
- **Un quart des besoins d'orientation concernent des places en FAM, un cinquième en foyer de vie, un septième pour des accueils en MAS,** un neuvième des places en IMP-IME, et moins d'un dixième en ESAT, ITEPro-IMPro ou accompagnements par le secteur psychiatrique.
- **Ce sont des usagers en foyer de vie qui ont besoin de places en FAM (55) et en MAS (20)** puis ceux d'IME avec respectivement des besoins de 9 places en FAM et 8 en MAS.
- **Ce sont des usagers d'IME (14), d'ESAT (12) et d'IMPRO (7) qui ont besoin de places en Foyer de vie**
- **Ce sont des usagers d'IME (8), d'IMPRO (5), ou d'Entreprise Adaptée (7) qui ont besoin de places en ESAT**

- **La moitié des besoins en IME sont liés à des usagers de SESSAD (19) et un quart à des besoins de passage d'IMP à IMPRO (11)**
- **Les deux tiers des besoins en ITEP sont pour des jeunes de MECS (10) ou accompagnés en SESSAD (5). Les besoins d'ITEPro (4) émanent d'ITEP**
- **L'ensemble des besoins de centre d'accueil de jour sont à destination de personnes travaillant en ESAT**
- **Les demandes d'accompagnement complémentaire par le secteur psychiatrique sont liées principalement à des usagers de foyer de vie (6) et d'IME (3)**
- **Les besoins d'accueil au CHS (5) émanent d'ITEP (2), d'IMP (2) et de SESSAD (1)**

CONCLUSION

Ce travail, bien que réalisé avec le plus grand sérieux, ne l'a pas été par des professionnels des statistiques. Il ne demande qu'à être enrichi par les travaux de professionnels de l'ARS, du Conseil Général, de la Cohésion Sociale et de la MDPH. Ainsi, les besoins non pourvus (personnes en attente de places) n'ont pu être étudiés ici, un usager pouvant figurer sur différentes listes d'attente.

Néanmoins, si chaque situation d'utilisateur est une réalité de personne à considérer qui s'accorde mal aux statistiques, le nombre de données nous permet de dégager quelques lignes de force. Ces points peuvent être posés comme hypothèses à des travaux complémentaires :

- Les éléments nationaux (FINESS 2011, données CAF) font apparaître un décalage d'équipement entre les deux départements. Cela signifie un **probable déficit de places dans l'Eure**, notamment dans le secteur de l'enfance à « l'intelligence troublée »⁴ et surtout pour les FAM, qui pourrait engendrer des orientations notifiées mais non pourvues.
- Tous les établissements ou services ont un taux de « remplissage » compris entre 95% et 105% ce qui pose nécessairement une **question de fluidité dans les parcours de vie** des personnes et une **question de places disponibles réduites**, surtout dans le secteur adulte du fait du temps moyen de présence. Cet élément est stable d'une année sur l'autre, malgré les créations de places, et ne peut favoriser la problématique du point précédent.
- L'ancienneté dans les dispositifs adultes ou le vieillissement des usagers sont des facteurs qui s'amplifient du fait d'un **accroissement de la durée de vie** au-delà de 60 ans. **Ce phénomène s'est accru entre 2009 et 2011** au niveau des données recueillies.
- Le vieillissement constaté d'une partie de la population des foyers de vie et des ESAT se confirme de nouveau cette année. De même des modifications de problématiques chez un certain nombre d'utilisateurs entraînent des **demandes d'orientations, ou d'accompagnements**

⁴ Ce terme regroupe les problématiques ayant trait à la déficience intellectuelle, aux troubles envahissant du développement et aux troubles psychiques

complémentaires, vers des structures plus « médicalisées », y compris du secteur psychiatrique.

- L'insuffisance probable de places pour les jeunes de 15 à 25 ans, étant donné le nombre d'orientations « inadaptées », pose la **question des accompagnements réalistes en vue d'une formation (pré)professionnelle ou de l'inscription dans la vie active**. Ce phénomène risque de s'amplifier du fait de l'augmentation **de l'âge moyen dans les services destinés aux enfants**.
- Parallèlement, se pose toujours la **problématique des adultes de plus de vingt ans (amendement Creton) ne pouvant intégrer le secteur adultes**. L'accroissement des conditions concurrentielles pour les ESAT et les entreprises adaptées influe-t-il sur une modification des recrutements pour les adultes porteurs de handicap ?
- On observe **des « creux » des admissions dans le champ du handicap entre 12 et 14 ans et entre 18 et 20 ans, et un « pic » entre 18 et 22 ans, qui sont symptomatiques d'effets de seuil ou d'entonnoirs liés aux agréments**. A l'inverse, on constate un accroissement des admissions entre 12 et 16 ans dans les structures relevant de la protection de l'enfance.
- Pour certaines problématiques du handicap, il existe une **absence de réponses sur l'ensemble des territoires entre 16 et 20 ans, notamment pour les personnes porteuses de troubles psychiques**. Cela a probablement des répercussions dans le secteur de la protection de l'enfance mais également dans le secteur adulte handicapé. Le chantier de la collaboration entre les trois champs concernés nous semble incontournable.
- **L'accroissement des admissions** pour les personnes déficientes intellectuelles **entre 45 et 50 ans** est pour partie lié aux **limites rencontrées par certains ESAT** mais surtout consécutif aux **réalités rencontrées par les aidants familiaux**.
- La **diminution progressive des orientations possibles entre 12 et 20 ans** continue de poser question tant dans le secteur médico-social que scolaire.

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
DRESS : Direction de la Recherche E Sanitaire et Sociaux
EA : Entreprise Adaptée
EEAP : Etablissements pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
EN : Education Nationale
EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT : Entreprise Spécialisée d'Activité 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
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 Spécialisé et de Suivi A Domicile
ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UTAS : Unité Territoriale d'Action Sociale