

# SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE

Composante du projet régional de santé Paca  
2012 / 2016



**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Provence-Alpes  
Côte d'Azur

## SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>ELABORATION DU SROMS</b>	<b>5</b>
<b>1.1</b>	<b>Les éléments structurants du SROMS</b>	<b>6</b>
1.1.1	Le SROMS et le PRS .....	6
1.1.2	Le SROMS et les autres schémas portés par l'ARS .....	6
1.1.3	Le SROMS et les schémas départementaux en région .....	6
<b>1.2</b>	<b>La méthodologie mise en œuvre</b>	<b>8</b>
1.2.1	Le bilan et diagnostic de l'existant .....	8
1.2.2	La constitution des groupes techniques .....	8
<b>2</b>	<b>LES ORIENTATIONS PARTAGEES PERSONNES AGEES ET PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP</b>	<b>10</b>
<b>2.1</b>	<b>Améliorer les conditions de vie liées à l'hébergement ou à l'accueil des personnes âgées et des personnes en situation de handicap</b>	<b>10</b>
<b>2.2</b>	<b>Favoriser l'accès au logement de droit commun</b>	<b>11</b>
<b>2.3</b>	<b>Promouvoir une politique d'accompagnement et de formation à destination des professionnels et des aidants</b>	<b>11</b>
<b>2.4</b>	<b>Favoriser la bienveillance</b>	<b>12</b>
<b>2.5</b>	<b>Lutter contre la maltraitance</b>	<b>13</b>
<b>2.6</b>	<b>Améliorer la prévention des infections en établissements médico-sociaux</b>	<b>14</b>
2.6.1	Les infections associées aux soins .....	14
2.6.2	Les infections communautaires .....	14
<b>2.7</b>	<b>Accompagner les conversions du sanitaire vers le médico-social</b>	<b>15</b>
<b>2.8</b>	<b>S'engager en faveur de l'efficience</b>	<b>15</b>
2.8.1	Optimiser l'allocation des ressources .....	15
2.8.2	Promouvoir un modèle organisationnel performant .....	16
2.8.3	Accompagner les démarches d'amélioration de la performance dans les établissements et services .....	17
2.8.4	Soutenir et accompagner la mise en place de la politique de gestion du risque assurantiel sur le champ des personnes âgées .....	17
<b>2.9</b>	<b>Répondre au vieillissement des personnes en situation de handicap</b>	<b>17</b>

<b>3</b>	<b>LES ORIENTATIONS REGIONALES SPECIFIQUES</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Les personnes âgées</b>	<b>18</b>
3.1.1	Améliorer la connaissance des besoins de santé des personnes âgées et la connaissance de l'offre médico-sociale qui leur est proposée .....	18
3.1.2	Organiser territorialement l'offre médico-sociale personnes âgées .....	19
3.1.3	Assurer l'adéquation de l'offre existante aux besoins des personnes âgées.....	20
3.1.4	Adapter les prises en charge médico-sociales à des besoins spécifiques.....	21
3.1.5	Améliorer les parcours de santé et la qualité de prise en charge des besoins de santé des personnes âgées .....	22
3.1.5.1	<i>Développer et améliorer les articulations avec les autres secteurs de l'offre de santé</i> .....	22
3.1.5.2	<i>Renforcer l'offre de prévention dans les établissements et services médico-sociaux</i> .....	26
3.1.6	Promouvoir la mise en place d'une offre médico-sociale efficiente à travers la mise en place de la politique de gestion du risque assurantiel .....	26
<b>3.2</b>	<b>Les personnes en situation de handicap</b>	<b>27</b>
3.2.1	Amélioration de la connaissance et du pilotage du handicap .....	27
3.2.1.1	<i>Développer la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap et constituer une observation partagée au service des usagers</i> .....	28
3.2.1.2	<i>Rendre lisible l'activité et les usagers des ESMS</i> .....	29
3.2.2	Soutenir l'accès aux soins et à la prévention.....	30
3.2.2.1	<i>Améliorer la coordination des interventions entre le secteur médico-social et la psychiatrie</i> .....	30
3.2.2.2	<i>Améliorer l'accès au dépistage organisé des cancers</i> .....	31
3.2.2.3	<i>Améliorer l'accès à la santé buccodentaire</i> .....	32
3.2.2.4	<i>Renforcer l'organisation d'actions d'éducation à la santé dans les établissements</i> .....	33
3.2.2.5	<i>Améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques</i> .....	33
3.2.2.6	<i>Améliorer l'accès aux soins hospitaliers</i> .....	34
3.2.3	Construire un parcours individualisé et un accompagnement coordonné .....	34
3.2.3.1	<i>Rendre effectif l'accès aux équipements médico-sociaux</i> .....	34
3.2.3.2	<i>Restructurer et diversifier l'offre de proximité</i> .....	36
3.2.3.3	<i>Assurer la continuité de l'accompagnement aux âges charnière</i> .....	39
3.2.3.4	<i>Mieux articuler les accompagnements médico-sociaux et la scolarité des enfants et adolescents en situation de handicap</i> .....	42
3.2.3.5	<i>Améliorer et garantir une offre cohérente à destination des adultes lourdement handicapés</i> .....	45
3.2.3.6	<i>Soutenir l'insertion professionnelle des adultes</i> .....	46
3.2.4	Développer des accompagnements médico-sociaux spécifiques.....	47
3.2.4.1	<i>Assurer une offre territoriale maillée en réponse à des besoins spécifiquement repérés</i> .....	47
3.2.4.2	<i>Assurer une réponse régionale aux besoins les plus complexes</i> .....	50

<b>3.3</b>	<b>Les personnes confrontées à des difficultés spécifiques</b>	<b>51</b>
3.3.1	Améliorer la coordination des dispositifs de prise en charge .....	51
3.3.2	Le parcours de soins de la personne.....	52
3.3.3	Assurer une couverture territoriale équilibrée .....	52
<b>4</b>	<b>SYNTHESE DES OBJECTIFS QUANTIFIES PAR TERRITOIRE 2012/2016</b>	<b>54</b>
<b>4.1</b>	<b>Personnes âgées</b>	<b>54</b>
4.1.1	Orientation régionale du SROMS .....	54
4.1.2	Déclinaison quantifiée dans les programmes territoriaux .....	54
4.1.2.1	<i>Methodologie</i> .....	54
4.1.2.2	<i>Objectifs quantifiés</i> .....	55
<b>4.2</b>	<b>Personnes en situation de handicap</b>	<b>56</b>
4.2.1	Orientation régionale du SROMS .....	56
4.2.2	Déclinaison quantifiée dans les programmes territoriaux .....	56
4.2.2.1	<i>Methodologie</i> .....	56
4.2.2.2	<i>Objectifs quantifiés</i> .....	57
<b>4.3</b>	<b>Personnes confrontées a des difficultés spécifiques</b>	<b>59</b>

# 1 Elaboration du SROMS

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS) prend place au sein d'une politique de santé profondément renouvelée par la loi HPST, en ce qu'elle intègre désormais non seulement les soins mais aussi la prévention et la prise en charge médico-sociale.

Il recouvre, en tout ou partie, plusieurs des 5 axes stratégiques définis au niveau national, en concordance avec les objectifs de la politique de santé pour les 5 années à venir, qui sont :

- Handicap et vieillissement
- Périnatalité et petite enfance
- Maladies chroniques
- Santé mentale (incluant souffrance psychique et addictions)
- Veille et sécurité sanitaire

Il a pour objectif d'agir sur l'organisation médico-sociale de toute une région pour une réelle amélioration de la qualité de vie d'une population diversifiée, en lui apportant des réponses adaptées, et cela tout au long de son parcours en privilégiant **les prises en charges en milieu ordinaire**.

Son périmètre est particulièrement large ; il concerne à la fois les personnes âgées lorsqu'elles sont confrontées à une perte d'autonomie, plus fréquente avec le vieillissement, les personnes handicapées, ainsi que les personnes confrontées à des difficultés spécifiques telles que précarité et addictions.

Ses leviers d'action sont multiples dont certains sont maîtrisés en propre par les ARS et d'autres sont partagés avec les conseils généraux notamment ou d'autres acteurs des politiques publiques de l'Etat (logement, éducation, emploi, par exemple...).

Le SROMS s'inscrit dans un secteur médico-social en mutation, avec des outils nouveaux, tant juridiques - l'appel à projet - que financiers - convergence tarifaire, réforme de la tarification des EHPAD et des SSIAD, enveloppes anticipées – et d'autres chantiers encore à venir : évolution de la tarification des établissements pour personnes handicapées, financement de la dépendance, modernisation du secteur du travail protégé...

Le SROMS, s'il est d'abord un schéma d'évolution du secteur vers une meilleure organisation et la prise en compte des nouvelles aspirations de vie de la population, est aussi un instrument de poursuite du développement des établissements et services, au travers des plans nationaux (plan solidarité grand âge, plan Alzheimer, plan autisme, plan de prise en charge et de prévention des addictions, le schéma national d'organisation sociale et médico-sociales pour les handicaps rares, le programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées).

Le SROMS présente par conséquent des enjeux forts en termes de réorganisation de l'offre à des fins :

- de meilleure connaissance du besoin ;
- d'optimisation des interventions des établissements et services médico-sociaux ;
- de développement équilibré et intégré des différents établissements et services médico-sociaux ;
- de réponse aux besoins régionaux.

Dans un domaine où pèsent encore des inégalités territoriales, sociales, économiques, qui aggravent et amplifient le handicap et toute forme de vulnérabilité, ce schéma, en **privilégiant la réduction significative de ces inégalités**, contribue à la cohésion sociale d'une région. Tout progrès dans le domaine médico-social, en permettant une utilisation plus rationnelle des services, y compris des services de soins, est porteuse de qualité de vie pour les personnes concernées et, au-delà, pour le corps social tout entier.

Il est par ailleurs porteur d'enjeux économiques nécessitant le développement d'une **efficience** dans ce secteur ; le rôle de l'ARS PACA sera donc d'impulser des actions de réorganisation et de mutualisation de l'offre de services dans le cadre de ce schéma.

Le SROMS doit enfin pouvoir garantir l'accessibilité des personnes à des prestations de services de qualité et le libre choix de vie des personnes **par un meilleur soutien à la vie à domicile, un accompagnement individualisé et la prise en considération du parcours de vie dans toutes ses dimensions**.

## 1.1 Les éléments structurants du SROMS

### 1.1.1 Le SROMS et le PRS

Le SROMS est une composante du PRS. Il définit l'ensemble des objectifs opérationnels permettant d'atteindre, dans l'organisation des services et des établissements médico-sociaux, les objectifs généraux et spécifiques du PSRS. Pour la région PACA, ces objectifs opérationnels portent sur le domaine stratégique « personnes en situation de handicap et personnes âgées » et s'inscrivent en déclinaison des objectifs généraux suivants :

- améliorer la connaissance pour mieux cibler et mieux évaluer les actions,
- réduire les inégalités de santé,
- rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie,
- mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes,
- améliorer la qualité de l'offre de santé.

### 1.1.2 Le SROMS et les autres schémas portés par l'ARS

Le domaine « Personnes en situation de handicap et personnes âgées » constitue désormais l'un des 6 axes stratégiques du PSRS pour la région PACA avec:

- inégalités de santé,
- risques sanitaires,
- périnatalité et petite enfance,
- maladies chroniques,
- santé mentale et addictions.

Les objectifs du SROMS s'inscrivent en transversalité avec les objectifs du Schéma de l'Organisation des Soins ou encore du Schéma Régional de Prévention. En cela il contribue largement aux domaines des « maladies chroniques », souvent génératrices de handicap, de la « périnatalité et la petite enfance » avec le dépistage et la prise en charge précoces du handicap, et de « la santé mentale », avec la reconnaissance du handicap psychique et des besoins de prise en charge qui en découlent.

Le SROMS fixe également des objectifs opérationnels impactant les activités médico-sociales en matière d'efficacité du système de santé en transversalité avec les autres schémas.

### 1.1.3 Le SROMS et les schémas départementaux en région

Le SROMS se définit au regard des schémas départementaux (art R1434-6 CSP et R1434-12 CSP). Le SROMS répond aux besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux (Art R1434-6 CSP) et les schémas départementaux à des besoins sociaux en population générale, ils ont donc à s'inscrire en complémentarité afin de garantir la fluidité du parcours de soins dans le parcours de vie. Ces complémentarités se retrouvent notamment dans :

- l'atteinte de l'objectif de promotion de l'autonomie des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie et les principales orientations développées en 2002 et 2005 : accès à l'autonomie, adaptation de l'offre aux besoins, diversification des modes d'accueil, réponse au vieillissement, respect du droit à l'éducation ;
- l'identification des besoins ;

- l'exigence d'accessibilité et de proximité qui impose que la dimension territoriale soit prise en compte. Bien que les découpages territoriaux ne soient pas superposables, ils s'inscrivent dans une logique territoriale comparable ;
- les fonctions d'accompagnement médico-social sur les lieux de vie, d'accueil médico-social et d'activité de jour, d'hébergement médico-social.

La nouvelle rédaction de l'article L.313-3 du code de l'action sociale et des familles issu de l'article 124 9° de la loi HPST définit par ailleurs les compétences respectives des autorités publiques en matière d'autorisation d'établissements et services sociaux et médico-sociaux dont celles partagées conjointement **par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé** pour les établissements et services suivants :

<b>PERSONNES AGEES</b>	<b>PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP</b>
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Accueils de jour (AJ) et hébergement temporaire (HT) pour patients Alzheimer	Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) (SAMSAH) Foyers d'accueil médicalisé (FAM)

Ces complémentarités et compétences partagées entre les instances représentatives (le Conseil Général et les représentants de l'Etat désormais l'ARS) ont trouvé notamment leur traduction opérationnelle dans les différents schémas :

- sur le champ Personnes âgées, le schéma : Alpes de Haute Provence (2008-2012), Hautes Alpes (2007-2011), Alpes Maritimes (2006-2010), Bouches du Rhône (2009-2013), Var (2008-2012), Vaucluse (2006-2010).
- Sur le champ « personnes en situation de handicap », le schéma : Alpes de Haute Provence (2008-2012), Hautes Alpes (2007-2011), Alpes Maritimes (2006-2010), Bouches du Rhône (2009-2013), Var (2008-2012), Vaucluse (2006-2010).

Et dans la participation active des 6 Conseils Généraux aux travaux d'élaboration du SROMS. Plusieurs thèmes abordés sont ainsi partagés dans le schéma régional avec les schémas départementaux :

- sur le champ du handicap, accueil du très jeune enfant dans les structures d'accueil de droit commun, à côté de la scolarisation et de la prise en charge en établissement ou service spécialisé.
- réponse au vieillissement des personnes handicapées. Sont mentionnés l'adaptation des rythmes de travail en ESAT, la médicalisation des accueils, l'accès aux services à domicile (SAD, SSIAD, SAMSAH), ainsi que l'accueil des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD.
- aide aux aidants par la création d'accueil de jour ou temporaire, pour permettre un répit. Les services à domicile constituent aussi une partie de l'aide proposée.
- réorganisation de l'offre par la diversification des modes d'accueil, la création de formules innovantes et expérimentales et le développement de l'accueil familial en lien ou non avec les établissements médico-sociaux.
- développement des soins en lien avec le vieillissement et le handicap psychique par des conventions entre le médico-social et le sanitaire, l'établissement de protocoles de coordination pour la continuité des prises en charge entre ces deux champs, le développement des SSIAD et de sections de FAM en établissements pour adultes ainsi que de vacations d'infirmières en foyer de vie.
- coordination des actions, souvent entre le sanitaire (notamment le secteur psychiatrie), le social et le médico-social. Ce souci est décliné pour éviter les ruptures de prise en charge et leur qualité, mais aussi pour anticiper la convergence avec les dispositifs personnes âgées et personnes en situation de handicap.

## 1.2 La méthodologie mise en œuvre

### 1.2.1 Le bilan et diagnostic de l'existant

Le bilan et diagnostic de l'existant a été partagé avec les partenaires institutionnels et associatifs dans le cadre des groupes techniques, pour apporter la meilleure réponse à l'individualisation des prises en charge et des parcours de santé et de vie. L'inventaire des données a été construit, sur les champs personnes âgées, personnes en situation de handicap et personnes en difficultés spécifiques, à partir :

- des études et documents disponibles (schémas départementaux, études régionales, document d'orientation régional),
- des données démographiques et d'équipements,
- de l'état des lieux de la santé élaboré dans le cadre du PSRS,
- d'un soutien technique apporté par le CREAL sur la consolidation du bilan de l'existant dans le domaine du handicap.

Le bilan de l'existant est joint en annexe du présent document :

- annexe 1 : bilan de l'offre personnes âgées
- annexe 2 : bilan de l'offre personnes en situation de handicap
- annexe 3 : bilan de l'offre personnes en difficultés spécifiques

### 1.2.2 La constitution des groupes techniques

L'ensemble des travaux d'élaboration du SROMS ont débuté dans le cadre d'une réunion de lancement organisée le 17 janvier 2011 en présence de l'ensemble des groupes thématiques « personnes âgées » et « personnes en situation de handicap ». Les travaux se sont alors engagés dans le cadre de réunions bimensuelles voire hebdomadaires jusqu'à fin avril 2011 et une réunion associant respectivement l'ensemble des membres des groupes « personnes âgées » et « personnes en situation de handicap » a été organisée le 5 avril 2011 en vue d'une analyse partagée.

**Pour ce qui relève du champ des personnes en difficultés spécifiques**, il a été convenu de ne pas engager de nouvelles réflexions sur ce champ considérant l'élaboration du schéma régional d'addictologie 2010/2014 arrêté conjointement par le directeur de l'ARH et le préfet de région en mars 2010. Les principaux axes relatifs à l'organisation de l'offre en établissements et services sur ce champ ont par conséquent été actualisés et réintégrés dans le SROMS. Cela concerne principalement les équipements suivants :

- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),
- les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD)
- les appartements de coordination thérapeutique (ACT)
- les structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS)

**Pour les personnes âgées**, deux groupes ont été constitués pour traiter de la question des personnes âgées :

- « améliorer la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées » ;
- « parcours de santé et de vie des personnes âgées ».

La méthodologie retenue pour chacun de ces groupes a reposé sur une approche quantitative (organisation de l'offre) et qualitative avec des thématiques identifiées qui s'appuient sur l'intervention de référents au sein de l'ARS. Neuf réunions ont été organisées afin de traiter des différentes thématiques :

- Articulation avec la prévention
- Articulation filière gériatrique
- Organisation territoriale
- Articulation avec les urgences
- Articulation avec la psychiatrie
- Articulation avec l'offre libérale
- Infections associées aux soins
- Evaluation externe et interne
- Bientraitance
- Soins palliatifs
- Médicaments
- Equipements
- Performance financière

Chacun de ces thèmes a fait l'objet d'une fiche action présentée par un référent interne à l'ARS puis discutée en groupe de travail.

**Pour les personnes en situation de handicap**, trois groupes ont été constitués afin de définir les actions prioritaires de réduction des inégalités, d'efficience et de développement :

- le groupe « observation et connaissances »
- le groupe « parcours de vie et parcours de santé »
- le groupe « territorialisation »

Vingt et une réunions ont dès lors été organisées dans le cadre de ces groupes techniques.

Le groupe « observation et connaissances » s'est réuni à six reprises avec le concours de l'ensemble des représentants des MDPH afin d'opérer une revue des données existantes et de rassembler régionalement ces informations dans le but de :

- constituer un/des tableaux de bord quantitatifs et qualitatifs
- déterminer les enquêtes à conduire pour circonscrire les besoins mais aussi l'offre d'accompagnement.

Le groupe « parcours de vie et parcours de santé » s'est réuni à huit reprises en privilégiant une approche chronologique aux différents âges de la personne et en veillant à introduire les mesures des plans nationaux en cours (autisme) ou en voie de finalisation (prise en charge des personnes sourdes ou des personnes souffrant de troubles cognitifs). Les différentes réflexions du groupe « parcours de vie et parcours de santé » se sont par ailleurs appuyées sur les contributions des membres du groupe et l'intervention de personnes « qualifiées ».

Le groupe « territorialisation », réuni à sept reprises, s'est attaché à intégrer, dans le cadre d'un objectif de réduction des inégalités territoriales, les évolutions souhaitables des établissements et services au sein des territoires (plateformes de services, diversification des modalités d'accueil, mutualisation et efficience) et identifier les besoins non couverts nécessitant un équipement à vocation régionale. Le travail s'est organisé à partir d'une présentation de l'analyse du contexte financier et de l'équipement de la région afin d'identifier, sur la base d'une organisation de proximité définie par le groupe technique, les logiques d'organisation, et les prioriser selon les zones les plus pertinentes au regard de la nature de l'offre et des besoins non couverts.

## 2 Les orientations partagées personnes âgées et personnes en situation de handicap

### 2.1 Améliorer les conditions de vie liées à l'hébergement ou à l'accueil des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Les évolutions qualitatives de l'offre s'appréhendent à travers l'adaptation des conditions d'hébergement et d'accueil des personnes vivant en établissement, à leur domicile ou accueillies temporairement.

En effet, les déterminants environnementaux (conditions de l'habitat) et sociaux jouent un rôle dans l'état de santé des personnes âgées ou en situation de handicap et sur son évolution. Ils peuvent aussi devenir un facteur de risque vecteur d'aggravation de l'état de santé des personnes (chutes notamment).

L'objectif poursuivi est de proposer un environnement architectural qui respecte l'intimité des personnes et leurs besoins de vie en collectivité, et qui permette le maintien des liens sociaux avec les familles et les proches.

Les axes opérationnels retenus visent à :

- développer une politique régionale d'amélioration des conditions de vie en établissement et à domicile
- veiller à la prise en compte des recommandations architecturales au sein des projets d'établissement
- initier et développer une réflexion sur les « structures intermédiaires » entre le domicile et l'établissement en s'appuyant sur les expériences existantes.

<b>Objectif</b>	Produire un état des lieux territorial de la qualité des conditions de vie des personnes âgées et des personnes handicapées en institution. Produire des axes d'amélioration territoriaux, intégrant la problématique de l'offre intermédiaire (logement foyer, habitat regroupé...) Produire des volets patrimoniaux des diagnostics de territoires dans une logique de continuité du parcours de vie
<b>Plan d'action</b>	La réalisation d'un état de lieux patrimonial nécessite l'élaboration d'un cahier des charges préalable dans lequel les critères d'appréciation de la qualité et les indicateurs de mesure seront précisés. Ces éléments seront établis au sein d'un groupe projet composé notamment des conseils généraux, des collectivités locales, des antennes territoriales de la DREAL. Ce groupe pourra s'appuyer sur les recommandations et guide produits par la CNSA ou l'ANESM. La réalisation du diagnostic patrimonial s'appuiera dans un premier temps sur un territoire "test" afin de s'assurer de la validité de l'outil avant généralisation. La production du volet patrimonial du diagnostic de territoire devra être réalisée en lien avec l'équipe territoriale en charge du projet de territoire afin que les recommandations produites soient en cohérence avec le diagnostic territorial et les problématiques soulevées.
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : - constitution du groupe projet associant les institutions et professionnels et élaboration du cahier des charges, - réalisation de l'état des lieux patrimonial sur un territoire, - généralisation des états des lieux et production de recommandations à inscrire dans les volets territoriaux.
<b>Evaluation</b>	Mise en place du groupe projet Production du cahier des charges Production de 6 états des lieux

## 2.2 Favoriser l'accès au logement de droit commun

L'accès à un habitat autonome et le maintien en milieu ordinaire de vie constituent des axes majeurs de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Ils s'appuient sur des expériences existantes, et nécessitent d'importantes adaptations des logements impliquant des financements croisés et l'intervention d'une multiplicité d'acteurs institutionnels, dont la DREAL, la DRJSCS, l'ARS, les bailleurs sociaux, les collectivités locales, etc...ainsi que les structures d'interventions à domicile.

Permettre un accès au logement ou encore le maintien dans un logement suppose un partenariat renforcé entre les différents acteurs institutionnels intervenant sur le logement et d'une politique régionale coordonnée et lisible auprès des usagers.

A partir d'un diagnostic partagé, il s'agit de mettre en place un groupe de travail sur l'accès au droit commun en matière de logement devant aboutir à :

- identifier et clarifier articulations entre les différents acteurs du champ et les rendre lisibles auprès des usagers ;
- définir une politique régionale coordonnée en matière d'accès au logement de droit commun notamment sur le champ des personnes handicapées en direction des PHV, les déficients psychiques, les travailleurs handicapés, les adultes autistes de haut niveau de type Asperger et les étudiants handicapés
- Initier et développer une réflexion sur les « structures intermédiaires » entre le domicile et l'établissement

<b>Objectif</b>	Favoriser l'accès au droit commun du logement en initiant une démarche commune et un partenariat renforcé entre les différents acteurs afin de promouvoir une politique du logement autonome.
<b>Plan d'action</b>	Identifier des principaux acteurs. Lancer un partenariat renforcé avec la DREAL, la DRJSCS, les collectivités locales, les bailleurs sociaux à partir d'une définition partagée du logement. Organiser des groupes de réflexions associant des représentants des institutions et des professionnels
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	Constitution des groupes de réflexion et nombre de réunions. Nombre et nature des actions mises en œuvre. Signature d'une charte d'accompagnement au logement avec les différents acteurs.

## 2.3 Promouvoir une politique d'accompagnement et de formation à destination des professionnels et des aidants

L'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap, en établissement ou à leur domicile, requiert un personnel formé et stable afin de proposer une prise en charge de qualité.

Leur exercice professionnel doit s'inscrire au sein d'un projet institutionnel qui propose notamment :

- un axe d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées.  
Il s'agit :
  - d'une part, de faciliter la prise de fonction des personnels, leur exercice professionnel dans la durée et les changements d'emploi au sein du secteur médico-social ;
  - d'autre part, de contribuer à la prévention des risques de maltraitance involontaire des populations accompagnées ainsi qu'à la prévention des risques professionnels et soutenir l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

- un axe d'ouverture de l'établissement à son environnement  
L'objectif étant de permettre les échanges interprofessionnels : échanges de pratiques, formations croisées, fluidité des personnels au sein du territoire.
- un axe de promotion de l'attractivité et de fidélisation des personnels  
La question de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels est récurrente dans un contexte de forte tension entre les exigences de qualité de service rendu à la population et les aspects démographiques et médico-économiques.

Les aidants des personnes doivent pouvoir bénéficier d'une formation afin d'appréhender les problématiques essentielles de la personne âgée ou en situation de handicap (ses difficultés, l'adaptation de son environnement) et de maintenir le lien aidant-aidé. Cet accompagnement doit comprendre un axe fort à destination des aidants de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de personnes autistes ou présentant des TED.

La modernisation du secteur de l'aide à domicile doit également participer à améliorer la prise en charge proposée aux personnes âgées et personnes en situation de handicap à leur domicile.

Par ailleurs, depuis 2002 la réforme du deuxième cycle des études médicales a instauré un enseignement reposant sur des modules transdisciplinaires et sur l'approche diagnostique et thérapeutique par grands syndromes. Une réflexion pourra être entreprise entre l'ARS, l'URPS, les associations de formation continue et les deux facultés de médecine sur les possibilités de renforcer l'offre de formation à destination des médecins généralistes.

<b>Objectif</b>	Améliorer l'accompagnement des professionnels et des aidants afin de garantir une prise en charge de qualité des PA et PH.
<b>Plan d'action</b>	Identifier les besoins de formation, information et de soutien des professionnels et des aidants. Déterminer les moyens nécessaires à la promotion de cet accompagnement. Mise en œuvre de ces moyens.
<b>Programmation</b>	Sur la durée du Schéma.
<b>Evaluation</b>	Actions d'accompagnement et de formations mises en place en faveur des professionnels et des aidants

## 2.4 Favoriser la bientraitance

Dans la continuité des actions engagées depuis les années 2000, le ministère chargé des affaires sociales a défini en mars 2007 un plan de développement de la « bientraitance » et de renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ce plan a notamment été complété par :

- une circulaire d'octobre 2008 instituant notamment une démarche d'auto-évaluation des pratiques de « bientraitance » dans les EHPAD ;
- des recommandations cadres de l'ANESM, en juillet 2009, pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou troubles envahissants du comportement en complément du plan autisme 2008/2010.

La prévention de la maltraitance passe notamment par la diffusion et l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles, la généralisation des démarches d'évaluation et de gestion des risques de maltraitance et le développement de la formation des professionnels à la bientraitance.

Les principaux axes opérationnels retenus pour la mise en œuvre s'articulent autour de :

- l'amélioration du repérage des risques de maltraitance en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- l'inscription des établissements et services médico-sociaux dans une démarche d'auto-évaluation des pratiques concourant au déploiement de la bientraitance.

<b>Objectif</b>	Accompagner la mise en place effective des conseils de la vie sociale et des autres formes de participation. Améliorer les procédures de signalement des dysfonctionnements constatés par les résidents, leurs familles et les personnels des structures. Développer les formations à la bientraitance dans les EHPAD et les ESMS à partir notamment de la formation de formateurs relais.
<b>Plan d'action</b>	Etablir un diagnostic. Inscrire les orientations régionales au sein des outils contractuels (convention tripartite, projet de service et d'établissement, CPOM).
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	Nombre de formations réalisées. Nombre de conseils de vie sociale. Evolution de la satisfaction des usagers (enquête bientraitance perçue, qualité de vie perçue).

## 2.5 Lutter contre la maltraitance

La maltraitance est un phénomène complexe qui renvoie à une diversité de situations allant de la négligence à la violence et qui revêt des formes multiples : maltraitance et/ou violences physiques, psychologiques (dont isolement de la famille et de la vie sociale habituelle), médicamenteuses ou financières.

La qualité de la prise en charge des personnes âgées comme des personnes en situation de handicap est souvent mise en cause au travers des plaintes et signalements administratifs transmis à l'Agence Régionale de Santé. Au-delà du traitement de la situation individuelle de la personne âgée ou en situation de handicap victime de ces maltraitements, il importe d'avoir une attention sur les conditions d'émergence qui peuvent être liées à des pratiques professionnelles inappropriées ou encore des problèmes de formation du personnel.

Les trois axes opérationnels de lutte contre la maltraitance retenus portent sur :

- le signalement et le traitement des situations de maltraitance,
- le contrôle et l'accompagnement des établissements et services médico-sociaux,
- l'amélioration de la connaissance de la maltraitance en institution et le développement de la formation.

<b>Objectif</b>	Mise en place d'une procédure commune de suivi et de traitement coordonné des plaintes et signalements de maltraitance avec le Conseil Général
<b>Plan d'action</b>	Réaliser un bilan des pratiques et des situations rencontrées. Définir des modalités d'échanges et d'interventions conjointes sur la base d'un schéma cible organisationnel qui sera soumis pour avis à la commission de coordination des politiques publiques. Définir des modalités de suivi et d'accompagnement à partir de procédures et accords conventionnels entre l'ARS et les conseils généraux.
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : <ul style="list-style-type: none"> <li>- constitution d'un groupe de travail ARS – conseils généraux,</li> <li>- état des lieux,</li> <li>- élaboration des procédures et des conventions,</li> <li>- mise en œuvre conjointe de la lutte contre la maltraitance.</li> </ul>
<b>Evaluation</b>	Groupe constitué. Présentation du schéma organisationnel en CCPMS. Procédure et conventions formalisées.

## 2.6 Améliorer la prévention des infections en établissements médico-sociaux

### 2.6.1 Les infections associées aux soins

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins élargit le concept de lutte contre le risque infectieux au domaine médico-social. En effet, la circulation des personnes âgées et personnes en situation de handicap entre la prise en soins à domicile, en établissement de santé et en établissement médico-social conduit à une perception moins nosocomiale des infections associées aux soins. Leur prévention et leur gestion se conçoit désormais dans le champ plus large du parcours de soins et de vie des personnes.

Les axes opérationnels retenus pour la mise en œuvre sont :

- La mobilisation de la ressource territoriale en hygiène afin d'accompagner les établissements et services médico-sociaux vers l'amélioration de la prévention du risque épidémique et de la gestion des épidémies.
- L'utilisation des compétences en infirmières hygiénistes, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales et autres dispositifs chargés de la lutte contre les infections associées aux soins permet de diffuser un savoir et un savoir faire auprès des professionnels du secteur médico-social.

<b>Objectif</b>	Mobiliser les ressources territoriales de lutte contre les infections associées aux soins afin d'en améliorer la prévention et la gestion.
<b>Plan d'action</b>	Améliorer la connaissance du maillage territorial des équipes IAS. Identifier et acter les ressources mobilisables au sein du territoire. Organiser les coopérations entre les établissements (notamment l'adhésion des structures à un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou un interCLIN) Organiser la diffusion des savoirs et savoirs faire.
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : <ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnostic territorial des ressources et plan de couverture,</li> <li>- scenarii d'organisation territoriale,</li> <li>- intégration du schéma retenu par la conférence de territoire au sein du futur projet de territoire.</li> </ul>
<b>Evaluation</b>	Production des diagnostics territoriaux. Production des scenarii d'organisation. Intégration dans les projets territoriaux.

### 2.6.2 Les infections communautaires

Du fait de la fragilité des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et du risque de transmission croisée en collectivité, les pathologies à risque épidémique représentent un problème majeur de santé publique dans les établissements hébergeant des personnes âgées.

Pour prévenir et contrôler ce risque, des outils adaptés à différentes pathologies ciblées ont été développés par l'Agence Régionale de Santé :

- des outils de surveillance (infections respiratoires aiguës, gastroentérites aiguës, gale)
- des outils d'information et de communication (lettre de sensibilisation des médecins, affiches d'information, plaquette de promotion de la vaccination, etc.) ;
- des mesures de prévention des épidémies (vaccination contre la grippe pour les résidents et le personnel, contre le pneumocoque pour les résidents, contre la coqueluche pour le personnel, recommandations de bonnes pratiques) ;
- des mesures de gestion (renforcement des précautions standard et recherches étiologiques).

Afin de poursuivre ces actions de prévention et de gestion du risque épidémique communautaire, le schéma fixe un objectif d'harmonisation des pratiques de gestion des risques dans les établissements médico-sociaux.

L'axe opérationnel retenu est la prévention du risque épidémique, associé aux soins ou communautaire, qui doit figurer au sein du plan de gestion des risques des EMS. L'objectif étant d'harmoniser la démarche de gestion des risques au sein des EMS en termes de déclinaison opérationnelle et de mise en œuvre des procédures. Pour cela, une action sera menée sur la durée du schéma pour unifier et standardiser ce plan de gestion des risques à partir des plans bleus.

<b>Objectif</b>	Elaborer un document unique de gestion du risque au sein des EMS
<b>Plan d'action</b>	Constitution d'une équipe projet (ARS, CG, établissements, professionnels et fédérations). Etat des lieux des risques à intégrer dans le plan de gestion des risques. Réalisation d'un plan standardisé intégrant des fiches réflexes pour chacun des risques. Expérimentation de la mesure sur l'ensemble des EMS personnes âgées et un échantillonnage de structures Personnes Handicapées.
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : <ul style="list-style-type: none"> <li>- constitution d'un groupe projet associant les représentants des professionnels et institutions,</li> <li>- état des lieux,</li> <li>- élaboration du plan type,</li> <li>- information et formation des EMS,</li> <li>- désignation d'un référent gestion du risque au sein de chaque établissement</li> </ul>
<b>Evaluation</b>	Production de l'état des lieux. Production du plan type. Déploiement de l'action sur les EMS.

## 2.7 Accompagner les conversions du sanitaire vers le médico-social

Les conversions de structures sanitaires en structures médico-sociales présentent des enjeux forts pour la planification médico-sociale. Dans un contexte de contraintes financières, face à un secteur médico-social en mutation, le développement des conversions sanitaires vers le médico-social doit être considéré comme un axe prioritaire dans la recomposition de l'offre et la réduction des inégalités départementales.

Au-delà des enjeux financiers liés à la fongibilité asymétrique, il importe de pouvoir garantir dans le parcours de soins des personnes âgées ou en situation de handicap une prise en charge adaptée notamment pour les personnes en situation de handicap qui sont accueillies par défaut dans les structures sanitaires.

Ces opérations de conversions gagneront à s'inscrire sur la base de diagnostics partagés entre l'ARS et les Conseils Généraux sur les besoins et les territoires prioritaires. Elles devront également s'accompagner d'une part, de mesures de formation en direction des personnels visant à l'adaptation des emplois et des compétences et d'autre part, de mesures d'information en direction des usagers et aidants naturels afin d'accompagner le changement d'institution et de prise en charge.

## 2.8 S'engager en faveur de l'efficacité

### 2.8.1. Optimiser l'allocation des ressources

L'optimisation de l'allocation de ressources régionales auprès des établissements et services médico-sociaux poursuit également un objectif de financement des évolutions de l'offre proposée aux personnes âgées. Cette optimisation des ressources s'inscrira dans les outils de contractualisation liant l'ARS aux établissements et services médico-sociaux et dans l'accompagnement des établissements et services médico-sociaux en déficits structurels, dans un cadre pluriannuel.

Plus spécifiquement, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes qui bénéficient d'une ressource assurance maladie supérieure à un niveau plafond observeront une convergence de leur dotation soins sur la durée du schéma. Cette politique de convergence tarifaire permettra sur la durée du schéma d'aboutir à une équité de traitement dans la répartition de la ressource régionale de médicalisation entre les établissements de la région.

Une démarche similaire pourra être envisagée sur le champ des personnes en situation de handicap à partir d'une batterie d'indicateurs de coûts, par type d'activité, qui doit être mise en place par la CNSA et l'ANAP, et de réflexions régionales.

## 2.8.2 Promouvoir un modèle organisationnel performant

Le bilan de l'existant en matière d'offre de santé territoriale fait apparaître des ressources de santé diversifiées réparties sur l'ensemble du territoire régional. Cette offre, destinée à l'amélioration de la santé des personnes âgées et personnes en situation de handicap du territoire, connaît d'ores et déjà des modèles de coopérations. Il peut s'agir de coopérations « filières » entre équipes de professionnels et établissements, les coopérations « efficience » recherchant la mutualisation des moyens, les coopérations « isolement » permettant de faire face à un isolement géographique.

Les travaux du schéma font émerger un besoin de mobilisation des ressources territoriales de santé afin d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ce besoin puise ses sources dans des situations variées, propres à chaque territoire.

La performance d'un système de prise en charge repose sur le principe que la qualité et l'efficience des structures et des acteurs de la santé doivent être coordonnés dans un cadre parfaitement sécurisé. De manière plus générale, l'amélioration de la qualité des prises en charge et le maintien d'une desserte de proximité nécessitent une réflexion à l'échelle territoriale.

Sur la base de ces constats, le schéma fixe comme orientation la mise en place de coopérations territoriales.

Des mécanismes de coopération seront utilisés à l'échelle du territoire et mis au service d'une meilleure réponse aux besoins de la population exprimés dans le Projet Régional de Santé et permettront d'accompagner la recherche d'efficience. Ils permettront également de mettre en œuvre des solutions contre l'isolement géographique, notamment par le partage des ressources humaines.

Ces coopérations territoriales pourront répondre à des besoins multiples : la couverture du territoire, l'organisation des prises en charge, l'amélioration de la qualité des soins, la réponse à une raréfaction des moyens humains, le maintien d'une continuité des soins, l'optimisation des coûts notamment sur la question des transports.

Différents outils de coopération pourront être mobilisés : depuis le mode de coopération « fonctionnel » (convention, réseau, communauté hospitalière de territoire, etc.), jusqu'à la coopération organique conduisant à la création d'une nouvelle structure juridique (GCS, GCSMS, etc.).

Des formes innovantes de coopération seront recherchées, notamment sous forme de plateformes afin d'accompagner la diversification et complémentarité des prises en charge au sein des territoires. Dans ce cadre, pourront émerger des « territoires de projet » au sein desquels seront développés des modèles territoriaux d'organisation.

<b>Objectif</b>	Optimiser l'organisation des établissements et services.
<b>Plan d'action</b>	Promouvoir et développer les logiques de mutualisations, coopérations Redéfinir les zones de desserte des services Requalification, redéploiement de places dans le cadre de la recomposition de l'offre Recherche de projets innovants ou expérimentaux
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	Nombre de places redéployées sur une autre zone Nombre de services ayant fait l'objet d'une redéfinition de la zone de desserte Nombre de places requalifiées Nombre de mutualisations, regroupements réalisés

### **2.8.3 Accompagner les démarches d'amélioration de la performance dans les établissements et services**

L'efficience de l'offre médico-sociale s'entend d'un service de qualité au meilleur coût. Pour en apprécier le niveau il importe de pouvoir le qualifier et en évaluer le contenu afin de définir les axes d'améliorations.

Plusieurs enjeux et leviers concourent à cette amélioration et à l'accompagnement des établissements et structures dans une démarche de performance :

- la fiabilisation des systèmes d'information,
- l'évaluation interne et externe des établissements et services,
- le renouvellement des autorisations,
- la politique d'investissement,
- l'adaptation des modes de gouvernance.

La performance doit pouvoir s'inscrire dans une organisation régionale efficiente et impliquer de nouveaux modes de gestion.

### **2.8.4 Soutenir et accompagner la mise en place de la politique de gestion du risque assurantiel sur le champ des personnes âgées**

Cette démarche s'inscrit dans l'objectif d'améliorer la connaissance médico-économique de la production de soins médico-sociaux et d'établir des diagnostics territoriaux de performance. A partir de ce diagnostic, seront mises en œuvre des actions d'amélioration de l'efficience de l'offre médico-sociale (*cf. orientation spécifique personnes âgées : promouvoir la mise en place d'une offre médico-sociale efficiente à travers la mise en place de la politique de gestion des risques assurantiels*).

## **2.9 Répondre au vieillissement des personnes en situation de handicap**

Le phénomène du vieillissement des personnes handicapées questionne sur de nombreux aspects l'accompagnement médico-social : l'allongement de la vie en institution, la capacité d'adaptation des structures, la réévaluation des situations individuelles, la prise en compte de l'environnement de la personne, l'intégration de personnes n'ayant jamais connu l'accueil en établissement médico-social. Il importe par conséquent de pouvoir renforcer l'offre médico-sociale et adapter le fonctionnement et l'organisation des structures au vieillissement.

Cf orientation spécifique aux personnes en situation de handicap :  
« assurer la continuité de l'accompagnement aux âges charnières

## 3 Les orientations régionales spécifiques

### 3.1 Les personnes âgées

#### 3.1.1 Améliorer la connaissance des besoins de santé des personnes âgées et la connaissance de l'offre médico-sociale qui leur est proposée

Les personnes âgées constituent une population hétérogène, dont l'avancée dans le grand âge, met en évidence des besoins spécifiques liées à l'évolution de leur état de santé, de leur capacité, de leurs revenus, et de leurs relations sociales et familiales :

- Le soutien à domicile et la préservation de l'insertion sociale par des services adaptés aux besoins et réellement accessibles,
- Les actions de prévention, de soins et médico-sociaux à domicile : le soutien aux actions de prévention du vieillissement pathologique, l'accessibilité aux soins de premier recours et la bonne coordination des acteurs de soins et de nursing à domicile pour une réponse complète, territorialisée et de proximité à leurs besoins,
- L'organisation des établissements médico-sociaux : les résidents sont plus souvent atteints de poly-pathologies chroniques et de maladie d'Alzheimer ou apparentée. Les établissements devront renforcer leur organisation et leurs liens avec les structures sanitaires. Ils doivent aussi lutter contre des maltraitances encore trop fréquentes et développer des plans de bientraitance.

Les orientations régionales du schéma proposent une évolution de l'offre médico-sociale à destination des personnes âgées en réponse à ces besoins de santé.

Prévoir l'évolution de l'offre requiert une connaissance fine de l'offre et de son fonctionnement au sein du territoire. Le schéma prévoit par conséquent pour chaque équipement une action de développement des connaissances de ces structures. Cet axe de connaissance porte sur l'aspect quantitatif de l'offre, sa répartition spatiale, et son fonctionnement. Il constitue un élément incontournable pour l'élaboration d'un diagnostic territorial.

Des orientations spécifiques par types d'équipement sont retenues :

- La connaissance du périmètre géographique d'intervention des SSIAD, leurs articulations avec l'intervention des infirmiers libéraux et des services d'aide à domicile constitue un axe d'amélioration. Il doit être complété par la connaissance de l'activité des SSIAD au regard des autres intervenants à domicile.
- La connaissance de l'activité des EHPAD de la région à travers notamment le taux d'occupation des structures est un axe de connaissance à développer en concertation avec les Conseils Généraux. L'accessibilité financière des structures constitue également un axe privilégié de connaissance à développer.

Focus sur la connaissance des équipements destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et évaluation de leur activité :

La connaissance de l'activité des accueils de jour, des hébergements temporaires, des unités d'hébergement renforcé, des pôles d'activités et de soins adaptés doit être améliorée.

Le taux de fréquentation de l'accueil de jour et les modalités d'utilisation des places d'hébergement temporaire sont à évaluer.

<b>Objectif</b>	Affiner les diagnostics territoriaux de l'offre médico-sociale personnes âgées
<b>Plan d'action</b>	Constituer un groupe projet composé de représentants des établissements, des conseils généraux et de l'ARS qui aura pour mission de : - recenser les indicateurs d'activité actuellement disponibles à travers les enquêtes, rapports d'activité, et autres supports existants. - définir les conditions d'amélioration de l'exhaustivité et de la fiabilité de ces sources d'information. - recenser la liste des indicateurs de mesure de l'activité complémentaires qui nous permettraient d'apprécier plus finement ces critères d'activité. - définir le besoin en enquêtes complémentaires. - élaborer des diagnostics territoriaux de l'offre.
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : - groupe projet associant les représentants des institutions et professionnels - fiabilisation des informations d'ores et déjà disponibles - enquêtes complémentaires - analyse des éléments de diagnostics - production des diagnostics territoriaux
<b>Evaluation</b>	constitution du groupe projet fiabilisation des données existantes mise en œuvre des enquêtes complémentaires production des diagnostics territoriaux indicateur CPOM 6,2, : taux de places installées / financées

### 3.1.2 Organiser territorialement l'offre médico-sociale personnes âgées

L'objectif du schéma est de proposer une organisation territoriale de l'offre afin de répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées. Cette proposition s'inscrit dans le respect de l'objectif de répartition équitable de l'offre sur le territoire, de diversification des prises en charge et du respect du libre choix des personnes.

Cette orientation régionale s'inscrit dans l'objectif stratégique de rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie en proposant des axes d'organisation territoriale en complémentarité avec les autres acteurs de la santé et de la préservation de l'autonomie, et notamment les Conseils Généraux et les Communes.

Cette organisation s'inscrira dans des scénarii de recombinaison de l'offre par territoire et s'accompagnera en fonction du niveau d'équipement et des besoins, de création de places en accueil de jour, hébergement temporaire ou de services.

Ces actions trouvent leur traduction opérationnelle dans le programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC).

Des orientations spécifiques par types d'équipement sont retenues :

- Les établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes et les services de soins infirmiers à domicile constituent une offre de proximité. Leur organisation territoriale est guidée par un objectif d'équité de l'offre au sein du territoire régional. Cette équité est mise en œuvre par des actions de diversification et/ ou de recombinaison de l'offre.
- S'agissant de la situation des établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes, aucune création nouvelle ne sera prévue au SROMS; sera considéré comme un axe prioritaire la médicalisation des EHPAD existants dans le cadre des enveloppes allouées à la région de manière pluriannuelle. Toutefois, une évaluation sera réalisée à mi parcours de la mise en œuvre du schéma. Cette évaluation portera notamment sur l'accessibilité des établissements actuellement en fonctionnement et sur leur fonctionnement en terme de service rendu. L'accessibilité financière de ces structures sera un point central d'appréciation eu égard au faible niveau de ressources des personnes âgées de la région et des situations de plus grande précarité nécessitant un accompagnement social coordonné (personnes âgées sans domicile fixe, migrants âgés, personnes sortant de prison...). Durant cette phase de montée en charge des EHPAD et d'observations et analyse tant du point de vue qualitatif qu'en termes d'efficacité, l'évaluation des besoins éventuels complémentaires d'offre en EHPAD sera réalisée conjointement avec les Conseils Généraux et pourra donner lieu à une révision du schéma.

- Les accueils de jour doivent présenter une capacité minimale de six places lorsqu'ils sont rattachés aux EHPAD ou de dix places lorsqu'ils sont autonomes. Une capacité inférieure au seuil minimal peut se justifier pour des raisons inhérentes aux territoires (zone rurale, pays de montagne, faible densité de population).

Focus sur le déploiement des équipements destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées :

L'ensemble des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (formation des aidants, Equipes spécialisées Alzheimer, plateforme de répit, accueil de jour, dispositif MAIA...etc.) participent des orientations du SROMS et ont vocation à se développer dans la région pour une couverture optimale des territoires de santé en fonction des enveloppes nationales dédiées à ces actions. Parmi ces mesures :

- Les accueils de jour doivent s'inscrire dans un dispositif plus global de plateformes de répit et d'accompagnement.
- Les hébergements temporaires au sein des EHPAD constituent une offre de proximité.
- Les unités d'hébergement renforcées doivent être positionnées en offre de recours au sein des territoires.
- Les pôles d'activités et de soins adaptés doivent être positionnés en offre de proximité sur le territoire régional.
- Les équipes spécialisées Alzheimer doivent être positionnées en offre de proximité sur le territoire régional. Elles sont rattachées à un SSIAD ou un SPASAD d'au moins 60 places. Leur périmètre d'intervention va au-delà des zones d'intervention des services support. Une convention de coopération simple avec d'autres SSIAD peut permettre au porteur d'atteindre la capacité minimale requise (60 places). Cette convention implique que seul un SSIAD bénéficiera des financements, les autres SSIAD partenaires déléguant ainsi la gestion des ESA.
- Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer doivent mailler le territoire régional, leur développement est prévu jusqu'en 2014.

<b>Objectif</b>	Optimiser l'offre médico-sociale en complémentarité avec l'offre de premier recours et le social
<b>Plan d'action</b>	Baser l'analyse d'évolution de l'organisation territoriale sur des critères d'équité, de diversité et de fluidité des prises en charge entre l'offre de maintien à domicile et l'offre d'hébergement Déterminer un outil de suivi Produire un rapport annuel de mise en œuvre des actions d'organisation territoriale
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : <ul style="list-style-type: none"> <li>- constitution d'un groupe de travail ARS - conférence de territoire – représentants des professionnels pour recenser les critères de fluidité à intégrer</li> <li>- élaboration d'un rapport annuel type</li> <li>- mise en place d'une procédure de mise à jour des actions</li> <li>- déploiement du dispositif</li> </ul>
<b>Evaluation</b>	Constitution du groupe Production du rapport type Production de la procédure de mise à jour Indicateur CPOM ARS n° 6.3 sur la diversification de l'offre « part des service dans l'offre globale » Indicateur CPOM ARS n° 9.1 sur le taux de réalisation UHR et PASA Indicateur CPOM ARS n° 4.5 sur les écarts régionaux d'équipement

### 3.1.3 Assurer l'adéquation de l'offre existante aux besoins des personnes âgées

Le potentiel d'offre proposée aux personnes âgées ne peut être apprécié uniquement au regard d'un volume d'équipement. L'évaluation de la prestation réalisée au sein de ces structures doit permettre d'apprécier la conformité du service rendu au regard des besoins des personnes prises en charge.

Cette évaluation peut être réalisée :

- au regard de plusieurs référentiels de qualité : normes réglementaires, cahiers des charges, recommandations de bonnes pratiques, etc.
- à travers différentes procédures réglementaires : évaluation interne ou externe, labellisation, conventionnement tripartite, contractualisation, renouvellement d'autorisation, etc.).

Des orientations spécifiques par types d'équipement sont retenues :

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes partiellement médicalisés doivent accueillir des personnes âgées dépendantes uniquement au sein des places médicalisées dépassant un Gir Moyen Pondéré de 300 conformément à l'article D313.15 du CASF.

Focus sur les équipements destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées :

Les activités d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, d'unité d'hébergement renforcé, de pôle d'activités et de soins adaptés rattachées à un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes doivent faire l'objet d'un projet de prise en charge spécifique au sein du projet d'établissement. Ces prises en charge sont formalisées au sein du projet de soins individualisées des personnes âgées.

Ces mêmes activités doivent être destinées à des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, être en conformité avec leur besoin de prise en charge et ce notamment pour les activités ciblées sur la prise en charge des troubles du comportement.

<b>Objectif</b>	Développer des outils d'évaluation de la qualité de l'offre des établissements et services médico-sociaux en vue d'établir un plan de mise en adéquation de l'offre
<b>Plan d'action</b>	Recenser l'ensemble des normes, cahiers des charges, recommandations opposables à un établissement ou service médico-social. Élaborer une grille de lecture pour chaque équipement en mettant en exergue les points prioritaires pour l'Agence. Diffuser ces grilles auprès des opérateurs institutionnels. Intégrer les critères qualitatifs prioritaires au sein des outils conventionnels liant l'ARS aux établissements et services (convention tripartite, CPOM..)
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : - élaboration des grilles d'adéquation par type d'équipement - diffusion de ces grilles pour application par les opérateurs ARS - mise en application - évaluation
<b>Evaluation</b>	indicateur CPOM ARS n° 5.2. : pourcentage d'ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe

### 3.1.4 Adapter les prises en charge médico-sociales à des besoins spécifiques

Les évolutions qualitatives de l'offre s'appréhendent à travers l'adaptation des prises en charge à des besoins spécifiques.

En effet, l'offre médico-sociale vient en réponse aux demandes de personnes dont la perte d'autonomie, qu'elle soit liée à l'âge ou à un handicap, risque de mettre en péril leur pleine participation à la vie sociale. Cette offre médico-sociale se doit donc de s'adapter à l'évolution des besoins de compensation de la perte d'autonomie.

De manière générale, le schéma fixe un objectif de renforcement de l'élaboration des projets de vie des personnes dans lequel s'inscrit le projet de soins individualisé.

La nécessaire adaptation de l'offre aux besoins des personnes cible deux besoins prioritaires de prise en charge à intégrer dans la réponse régionale : la réponse à apporter aux personnes handicapées vieillissantes que ce soit en institution pour personnes âgées ou en situation de handicap, et celles aux personnes souffrant avant 60 ans de la maladie d'Alzheimer.

### **3.1.5 Améliorer les parcours de santé et la qualité de prise en charge des besoins de santé des personnes âgées**

Les évolutions qualitatives de l'offre se réalisent à travers l'articulation de l'offre médico-sociale avec les ressources de santé du territoire (ambulatoire et sanitaire), le tout visant à améliorer la prise en charge et le parcours de santé des personnes âgées.

De manière générale, cette recommandation s'attache à améliorer la connaissance des différents segments de l'offre gérontologique et la connaissance de leur articulation avec l'offre de santé.

#### *3.1.5.1 Développer et améliorer les articulations avec les autres secteurs de l'offre de santé*

L'articulation de la planification régionale médico-sociale et sanitaire se traduit par des orientations régionales partagées autour de :

#### **Améliorer l'articulation avec la médecine d'urgence**

Les personnes âgées (+75 ans) représentent plus de 12 % des passages au sein des 50 sites d'urgences de la région. Cette prise en charge des personnes âgées par le système sanitaire révèle plusieurs problématiques : durée prolongée aux urgences ou en Unités d'Hébergement de Courte Durée avant hospitalisation, difficultés d'hospitalisation post passage aux urgences, passages itératifs suivis de ré-hospitalisations, séjours trop longs liés à des difficultés d'aval et à des mauvaises orientations.

Les axes d'amélioration retenus portent sur :

- la réduction des recours inadéquats aux urgences
- l'amélioration qualitative de l'entrée aux urgences

#### **Assurer le bon fonctionnement avec la filière gériatrique**

Au sein de leur territoire d'implantation, les filières gériatriques ont un rôle clé dans l'organisation de la réponse aux besoins spécifiques des personnes âgées, et dans la fluidité de leurs parcours de soins. Toutefois, celui-ci ne peut s'envisager sans que des liens étroits et fonctionnels soient définis entre les différents maillons qui composent la filière (Court séjour gériatrique, Equipe mobile de gériatrie, Unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, Unité d'hospitalisation à domicile ayant vocation à intervenir à domicile ou en EHPAD, SSR gériatriques, Unité de Soins de longue durée) et les acteurs du médico-social.

L'enjeu est d'une part, de pouvoir favoriser un accès direct aux services (Court séjour gériatrique, SSR gériatriques, Unité de Soins de longue) lorsque la situation le requiert et ne relève pas de l'urgence, et d'autre part, d'anticiper et d'organiser le retour de la personne sur son lieu de vie dans les meilleures conditions.

Les axes d'amélioration retenus sont les suivants :

- Impulser une dynamique inter filière sanitaire et médico-sociale au sein des territoires visant à renforcer la connaissance, l'identification des équipes et leurs missions (CSG, EMG, SSRG, HDJG, USLD)
- Définir et développer des modalités fonctionnelles de collaboration entre les différents maillons de la filière et les structures et services médico-sociaux, et le cas échéant l'offre intermédiaire existante.

<b>Objectif</b>	Améliorer l'articulation entre le secteur médico-social et les filières gériatriques de territoire
<b>Plan d'action</b>	Réaliser un état des lieux par territoire de l'organisation de la filière gériatrique et des liens fonctionnels développés avec le secteur médico-social Définir des axes d'amélioration à mettre en œuvre par territoire visant à faciliter la connaissance des rôles respectifs et les modalités de collaboration, Formaliser, mettre en œuvre et suivre les modalités de coopérations sur un territoire Favoriser une logique d'accompagnement méthodologique des établissements et des personnes
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : - réalisation d'un diagnostic partagé avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux des territoires (représentants des institutions et professionnels) - définition des scénarii d'organisation par territoire (modalités fonctionnelles, outils...) - mise en œuvre des scénarii et intégration dans les projets territoriaux
<b>Evaluation</b>	Production de diagnostics territoriaux partagés Elaboration de proposition d'organisation et de fonctionnement par territoire Mise en œuvre et suivi à partir d'indicateurs pertinents

### **Coordonner l'offre de prise en charge de la maladie d'Alzheimer entre l'offre de soins et l'offre médico-sociale**

Les consultations mémoire et les CMRR offrent un maillage régional globalement satisfaisant. L'enjeu repose donc plus aujourd'hui sur l'amélioration de la qualité des réponses apportées aux patients par les différentes structures et sur la précocité du diagnostic.

Pour ce faire, les axes opérationnels suivants sont retenus :

- Renforcer les liens entre les consultations mémoire, les professionnels (dont le médecin traitant), les services (Equipes spécialisées Alzheimer notamment) et les établissements du territoire,
- Réaffirmer le rôle clé « d'animation » des CMRR à partir d'une feuille de route commune aux 2 CMRR de la région PACA,
- Promouvoir la réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer au sein des établissements et des services médico-sociaux à travers le développement d'actions menées en lien entre l'EREMA et les CMRR

Les structures spécialisées de prise en charge telles que les Unités Cognitivo-Comportementales dans les SSR et les Unités d'Hébergement Renforcées dans les USLD sont actuellement en phase de déploiement en région PACA.

Il a été retenu la nécessité d'inscrire d'emblée, comme axe essentiel dans cette phase de développement, le principe de l'articulation de ces unités avec les EHPAD, les SSIAD spécialisées, la filière gériatrique, afin de :

- favoriser les passerelles entre les différentes équipes UCC / UHR- EHPAD/Domicile pour assurer la continuité des soins, garantir la cohérence de la prise en charge et favoriser une meilleure stabilité de la personne,
- mettre en place un groupe de travail régional afin d'engager une réflexion sur le développement, les missions et l'articulation de ces unités avec les autres offres et services de prise en charge spécialisée.

<b>Objectif</b>	Améliorer la qualité des réponses apportées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
<b>Plan d'action</b>	<p>Renforcer les liens entre les consultations mémoire, les professionnels (dont le médecin traitant), les services (Equipes spécialisées Alzheimer notamment), les établissements médico-sociaux, en vue d'une :</p> <p>→ meilleure compréhension du bilan, des traitements, des indications de prise en charge,          → orientation adaptée dans les services ou structures spécialisées,          → continuité dans le suivi de la personne et dans l'évolution de sa maladie, quelque soit son lieu de résidence,</p> <p>Favoriser les échanges entre les différents professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux intervenant auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer afin de favoriser l'acquisition de pratiques communes, la transmission de savoirs faire, le développement d'outils communs etc....,</p> <p>Développer la réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer (dignité, respect de l'autonomie, bientraitance...) au sein des services et établissements médico-sociaux, en lien entre l'EREMA et les CMRR</p>
<b>Programmation</b>	<p>Sur la durée du schéma :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- états des lieux territoriaux de l'offre spécifique « Alzheimer »</li> <li>- définition des modalités fonctionnelles entre les différents segments de l'offre spécifique Alzheimer et gériatrique,</li> <li>- promotion de la réflexion éthique au sein des services et établissements médico-sociaux</li> </ul>
<b>Evaluation</b>	<p>Production d'états des lieux territoriaux de l'offre « Alzheimer »</p> <p>Elaboration de modalités fonctionnelles d'articulation</p> <p>Actions « Ethiques » développées au sein des services et établissements médico-sociaux</p>

### **Améliorer l'articulation avec l'activité de psychiatrie**

Le public concerné par le lien entre l'activité de soins de psychiatrie et la prise en charge médico-sociale regroupe les personnes souffrant de troubles psychiatriques vieillissantes, les personnes âgées qui développent un trouble psychiatrique, et les personnes âgées qui développent une souffrance psychique liée au vieillissement (hors pathologies liées à la démence et à la maladie d'Alzheimer ou apparentées).

Les réponses actuellement apportées à ces personnes par le secteur psychiatrique ou par le secteur médico-social ne reposent pas sur une objectivation des besoins des personnes. La connaissance de l'offre territoriale est insuffisante (prise en charge proposée, ressources humaines, modes d'intervention), et les articulations entre ces deux secteurs ne permettent pas de proposer des parcours de prise en charge de qualité aux personnes.

Le fonctionnement actuel peut parfois conduire au maintien de prises en charge « par défaut » au détriment des besoins des personnes, et des conditions d'exercice des professionnels.

Les axes opérationnels retenus sont :

- améliorer la connaissance territoriale des besoins des personnes et de l'offre actuellement proposée
- élaborer des diagnostics territoriaux de prise en charge en lien avec le comité départemental de géronto-psychiatrie
- formuler des projets territoriaux de prise en charge de ce public qui positionnent la ressource de psychiatrie en recours et en soutien de l'offre médico-sociale, et organisent les modalités de prise en charge en aval vers le secteur médico-social

### **Améliorer l'accompagnement des personnes en fin de vie**

L'activité de soins palliatifs poursuit un objectif général d'amélioration de la qualité de prise en charge palliative dans l'ensemble des services de soins (diffusion de la culture palliative, aide au maintien à

domicile). Elle permet d'améliorer l'accès à des prises en charge spécialisées, et d'optimiser l'utilisation des moyens de prise en charge (en facilitant notamment l'accès aux compétences).

Dans le cadre d'un parcours de santé coordonné des personnes âgées d'un territoire, l'objectif est d'articuler la planification sanitaire des équipements en soins palliatifs avec les besoins du secteur médico-social.

Les axes opérationnels retenus concernent,

- l'effectivité de l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les EHPAD
- l'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit formées aux soins palliatifs dans les EHPAD
- la nécessaire coordination des acteurs concernés

### **Optimiser l'offre médico-sociale en complémentarité avec l'offre ambulatoire**

L'articulation de la planification régionale médico-sociale et le schéma d'organisation ambulatoire s'inscrit dans le cadre suivant :

Les soins de premier recours regroupent au sein d'un territoire une offre de santé constituant la porte d'entrée dans le système de soins, en charge du suivi de la personne et de la coordination de son parcours. Ces offreurs de soins réalisent cette prise en charge avec les structures de santé et médico-sociales du territoire.

Le schéma régional d'organisation des soins ambulatoires, et notamment le premier recours, poursuit l'objectif de porter une stratégie régionale d'organisation de ces soins en définissant des priorités d'action en matière de structuration de l'offre :

- définition des zones prioritaires où l'offre de premier recours doit faire l'objet d'un renfort, ou d'une meilleure coordination,
- définition d'organisations cibles par territoire de premier recours

Le Code de santé publique offre en matière d'exercice coordonné trois modes organisationnels : les centres de santé, les maisons de santé, les pôles de santé. Ces derniers proposent l'intégration des professionnels de santé libéraux, maisons de santé, centres de santé, réseaux, établissements de santé et médico-sociaux, groupements de coopération sanitaire, sociaux et médico-sociaux. Des aides financières sont prévues au sein des territoires prioritaires pour développer ces dispositifs de coordination.

L'articulation entre l'offre de soins médico-sociale et les soins de premier recours concerne principalement l'intervention des libéraux au sein des EHPAD, et l'articulation entre les infirmiers libéraux et les SSIAD.

Les axes opérationnels sont :

- faciliter la coordination médicale entre les professionnels de santé libéraux et les professionnels de santé des EHPAD
- coordonner la prise en charge des infirmières libérales au domicile de la personne âgée avec l'intervention des SSIAD ;
- tester des organisations innovantes pour assurer la continuité des soins entre le secteur de ville et le secteur médico-social, notamment dans le cadre d'un exercice regroupé (maisons de santé pluridisciplinaires, plateformes de services, etc.) ;
- tenir compte de l'évolution de la démographie des acteurs de santé de proximité pour prévoir les évolutions de l'offre médico-sociale ;
- soutenir les réseaux gérontologiques existants.

### 3.1.5.2. Renforcer l'offre de prévention dans les établissements et services médico-sociaux

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a introduit une définition générale de la politique de prévention : « la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé » ; la prévention de la perte d'autonomie s'inscrit naturellement dans cette définition.

La prévention de la perte d'autonomie ne se limite pas aux risques du grand âge ; il n'est pas question de prévenir le vieillissement lui-même, mais ses conséquences en terme de restriction de participation à la vie sociale qui peut en résulter pour les personnes concernées.

L'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie et l'amélioration de leur qualité de vie sont à considérer au titre de la prévention tertiaire, en ce qu'ils permettent d'éviter l'aggravation de l'état de santé et la restriction de participation à la vie sociale des personnes concernées.

Les établissements et services médico-sociaux contribuent, et doivent contribuer à favoriser l'accès des personnes qu'ils accompagnent aux actions de prévention, promotion de la santé et éducation thérapeutique développée à destination de la population générale, sans se substituer à l'action des professionnels de la prévention. Ils apportent aussi leur connaissance des problèmes particuliers liés à la diversité des situations pathologiques, de handicap et de perte d'autonomie, et peuvent ainsi favoriser l'adaptation des actions de prévention aux situations particulières.

Les axes opérationnels retenus sont :

- Proposer régionalement et territorialement une approche intégrée des politiques du « bien vieillir » et de prévention de la perte d'autonomie.
- Accompagner les établissements et services médico-sociaux dans leurs actions de prévention et de promotion de la santé notamment sur les problématiques suivantes :
  - Les chutes
  - Les troubles de la mémoire
  - La sarcopénie et l'ostéoporose
  - La malnutrition, la dénutrition et le bucco-dentaire
  - La dépression et les suicides
  - La iatrogénie
  - Les addictions

### 3.1.6 Promouvoir la mise en place d'une offre médico-sociale efficiente à travers la mise en place de la politique de gestion du risque assurantiel

L'objectif est d'améliorer la connaissance médico-économique de la production de soins médico-sociaux et d'établir des diagnostics territoriaux de performance. A partir de ce diagnostic, seront mises en œuvre des actions d'amélioration de l'efficience de l'offre médico-sociale.

La réalisation de cet objectif prendra notamment appui sur la mise en place d'une politique de gestion du risque assurantiel axée sur la prévention et l'information des assurés, l'évolution des pratiques, et l'organisation des soins par les professionnels et les établissements.

En la matière, les orientations prioritaires retenues en PACA concernent :

- l'efficience des EHPAD qui poursuit l'objectif de favoriser une organisation et une utilisation optimale des ressources ;
- la prescription dans les EHPAD qui a pour objectif de maîtriser la dynamique des prescriptions.

Les actions qui en découlent portent sur :

- la mise en place d'un suivi et d'une analyse des dépenses de soins en EHPAD ;
- l'élaboration d'un outil d'objectivation du calibrage des forfaits soins lors du passage au tarif global qui sera mis à disposition des ARS ;
- la construction et le développement d'un système d'information transversal EHPAD/ville/hôpital ;
- l'identification et l'expérimentation des indicateurs de qualité et d'efficacité en EHPAD en vue d'une généralisation. Ces indicateurs qualité seront inscrits au sein des conventions tripartites des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Ils porteront sur les axes prioritaires de développement de la qualité parmi lesquels figurent notamment l'amélioration de la prévention des épidémies, le bon usage du médicament, la bientraitance, etc ;
- le suivi du déploiement des contrats de coordination concernant les professionnels de santé libéraux en EHPAD ;
- le renforcement et la diffusion des bonnes pratiques liées aux soins dans les EHPAD. Cette action prendra notamment la forme de réunion d'information-formation des personnels des EHPAD sur les axes prioritaires d'amélioration de la qualité des prises en charge dont font partie les troubles du comportement, la prévention et la gestion des épidémies, etc ;
- la contractualisation avec les EHPAD sur des objectifs d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins ;
- l'accompagnement des EHPAD dans l'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments

<b>Objectif</b>	Réaliser un état des lieux du circuit du médicament plan d'action d'amélioration du circuit du médicament. inscription des objectifs territoriaux dans les projets de territoire
<b>Plan d'action</b>	Afin d'améliorer la connaissance de la consommation médicamenteuse, mise en place d'une enquête en lien avec l'assurance maladie permettant d'exploiter les informations contenues dans le logiciel MIAM (croisée des données de consommation médicamenteuse avec les numéros de cartes vitale) Afin d'améliorer la connaissance du circuit du médicament, mise en place d'une enquête auprès des EHPAD à partir d'une grille standardisée d'analyse du circuit du médicament réalisée in situ.
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : - mise en place des enquêtes - exploitation des enquêtes et plan d'action - mise en œuvre des plans d'action
<b>Evaluation</b>	Résultats des enquêtes relatifs à la consommation médicamenteuse et au circuit du médicament, Plans d'actions mis en œuvre

## 3.2 Les personnes en situation de handicap

### 3.2.1 Amélioration de la connaissance et du pilotage du handicap

Mieux répondre aux besoins des personnes en situation de handicap et à leur évolution et adapter au plus près les prises en charge requièrent au sein des territoires :

- une observation en continu ;
- une connaissance fine de l'offre et de son fonctionnement.

Du fait de l'interdépendance des compétences dans le secteur du handicap entre les MDPH, responsables de l'accueil, de l'orientation et de la délivrance des prestations, les Conseils généraux et l'ARS, financeurs des ESMS, et leurs partenaires accueillant des personnes handicapées dans les structures relevant de leurs compétences (Education Nationale, Conseil Régional, DIRECCTE), l'amélioration de la connaissance passera par une observation partagée comprenant des états des lieux et des analyses les plus exhaustifs possibles.

**En matière de pilotage**, l'évolution souhaitée vise à un accroissement de la lisibilité des besoins et de l'offre existante. Elle s'appuiera sur deux orientations complémentaires : l'amélioration de la connaissance et de l'observation du secteur d'une part et l'harmonisation des pratiques d'autre part.

### 3.2.1.1 Développer la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap et constituer une observation partagée au service des usagers

Constatant l'existence de données en provenance de nombreuses sources, la forte dispersion de celles-ci, l'absence de vision globale et cohérente des personnes en situation de handicap, un soutien technique sous la forme d'un tableau de bord partagé devient primordial pour clarifier les besoins, les localiser, en mesurer l'ampleur et la nature.

Conçu comme un outil d'aide à la décision en matière de planification et de programmation, ce tableau de bord devra rassembler l'ensemble des informations pertinentes pour le suivi de la politique du handicap. Constitué au niveau régional, il devra permettre une déclinaison territoriale des données, support des diagnostics territoriaux.

Pour assurer l'élaboration et la valorisation de cet outil, une instance de suivi sera mise en place regroupant les principaux partenaires du champ du handicap. Elle sera chargée en particulier d'assurer la pertinence des données produites au sein du tableau de bord, de les analyser, d'établir un glossaire partagé des indicateurs et de proposer les études à conduire pour améliorer la connaissance fine des accompagnements et des besoins.

Contribuant à la réalisation des états des lieux territorialisés, l'instance aura pour objectif de fournir la connaissance partagée nécessaire pour fonder objectivement les politiques régionales et départementales du handicap.

<b>Objectif</b>	Construire un système d'information intégré consacré aux besoins des personnes en situation de handicap et à l'offre médico-sociale en développant les connaissances sur les volets où les informations sont encore fragmentaires (état de santé, accès aux soins et à la prévention, offre dans ses dimensions fines et territoriales et usagers) et en instaurant un partage des données avec les acteurs en région.
<b>Plan d'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction d'un tableau de bord partagé rassemblant les données existantes selon quatre volets : compensation ; santé ; offre médico-sociale ; profil des usagers (description des populations accueillies en ESMS).</li> <li>- Constitution d'un comité de suivi de valorisation des données régionales dont les missions seraient les suivantes :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- observation : regrouper, valider les données, assurer la pertinence des indicateurs et fournir les données nécessaires pour fonder objectivement les politiques régionales et départementales du handicap</li> <li>- connaissance : valoriser et analyser les données produites au sein du tableau de bord, établir un glossaire partagé des indicateurs, déterminer les études à conduire pour améliorer la connaissance fine des accompagnements et des besoins.</li> <li>- contribution à des états des lieux territorialisés</li> </ul> </li> </ul> <p>Constitution du comité de suivi sur la base de membres permanents du comité (ARS, CG et MDPH) et de membres non permanents (Education nationale, DIRECCTE et DRJSCS en particulier) et participation des associations gestionnaires ainsi que des fédérations selon les thèmes abordés.</p> <p>Rédaction d'une charte de fonctionnement du comité afin de délimiter son champ de compétence et les attendus de ces travaux.</p> <p>Action d'accompagnement : exploitation des volets ménages (HSM) et aidants de l'enquête Handicap-santé 2008 aux fins de recueil de données sur l'état de santé et l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap.</p>
<b>Programmation</b>	<p>Sur la durée du schéma :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constitution du comité de suivi, collecte des données, démarrage des travaux de glossaire</li> <li>- Exploitation de l'enquête handicap santé</li> <li>- Alimentation du tableau de bord sur le volet santé</li> <li>- Constitution du tableau de bord version 1</li> <li>- Première analyse annuelle</li> <li>- Livraison du glossaire</li> <li>- Alimentation du tableau de bord par les données collectées sur la base des rapports d'activité</li> </ul>
<b>Evaluation</b>	<p>L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : mise en place du comité, réalisation du tableau de bord, réalisation du glossaire, réalisation des états des lieux.</p> <p>Dans un second temps, il devrait être tenté de mesurer l'impact de ces actions sur via le schéma deuxième génération</p>

### 3.2.1.2 *Rendre lisible l'activité et mieux définir le profil les usagers des ESMS*

Les ressources que mettent en œuvre les ESMS restent en partie méconnues faute de disposer de données homogènes concernant leur activité réelle auprès des personnes en situation de handicap. Certaines informations disponibles, récoltées annuellement, appartiennent au registre des systèmes d'information budgétaires et comptables, inadaptés pour saisir finement les accompagnements, les prises en charge et leur déploiement territorial.

L'élaboration d'un rapport d'activité minimal harmonisé des ESMS répondra à ce besoin d'accroître la lisibilité de l'activité des ESMS. Il aura vocation à consolider le tableau de bord régional en apportant des informations qui qualifient plus finement l'offre proposé sur les territoires.

Plusieurs champs spécifiques ont été identifiés comme prioritaires dans ce cadre :

- l'activité des CMPP, en lien avec les besoins des enfants et adolescents souffrant de troubles du langage et des apprentissages ;
- l'observation du vieillissement des populations accueillies ;
- l'expérimentation de l'utilisation du guide GEVA permettant de décrire les besoins particuliers des personnes aujourd'hui reçues en ESMS, en particulier en MAS et FAM.

<b>Objectif 1</b>	Mettre en place une expérimentation encadrée de l'utilisation du guide GEVA en établissement et services médico-sociaux sur une base volontaire
<b>Plan d'action</b>	Repérage des expériences existantes d'ores et déjà en région Constitution d'un groupe projet piloté par le CREAL en partenariat avec les fédérations, les associations et professionnels Définition et mise en place de l'expérimentation du guide Geva sur un nombre restreint et diversifié d'ESMS volontaires Retour d'expérience Proposition de généralisation et d'intégration de données au tableau de bord régional partagé en fonction des dispositions nationales relatifs à cette problématique
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : Démarrage des travaux du groupe projet Lancement de l'expérimentation Analyse du retour d'expérience Bilan et perspectives selon les recommandations nationales en matière de Geva en ESMS
<b>Evaluation</b>	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : mise en place du groupe projet, mise en œuvre de l'expérimentation, élaboration du document d'analyse du retour d'expérience. Dans un second temps, il sera proposé de mesurer en interne la faisabilité d'une généralisation.

<b>Objectif 2</b>	Instaurer le recueil de données minimales d'activité de l'ensemble des ESMS de la région qui aura vocation à alimenter le tableau de bord régional partagé
<b>Plan d'action</b>	Constitution d'un groupe projet comprenant les fédérations de gestionnaires d'établissements et de services médico-sociaux , le CREAL avec pour mission la construction d'un rapport d'activité minimal des ESMS en vue de la production de données fines d'offre par type d'ESMS (non redondantes avec les données existantes) Expérimentation du recueil des données minimales d'activité sur un nombre restreint d'ESMS volontaires Retour d'expérience Généralisation du recueil et mise en place des outils de traitement des données et du protocole d'analyse partagée (voir fiche observation et connaissance)
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : - Démarrage des travaux du groupe projet - Lancement de l'expérimentation - Analyse du retour d'expérience - Bilan et perspectives selon les recommandations nationales en matière de Geva en ESMS
<b>Evaluation</b>	Mesurer la faisabilité d'une généralisation

### 3.2.2 Soutenir l'accès aux soins et à la prévention

Les personnes en situation de handicap rencontrent des difficultés d'accès aux soins et à la prévention. Ce constat - partagé par les personnes concernées, leurs familles et les professionnels du champ du handicap a été objectivé par de nombreuses études<sup>1</sup>.

Ces difficultés résultent de plusieurs types d'obstacles :

- le vécu souvent douloureux du parcours dans le système de santé, les déficiences motrices, sensorielles, cognitives, les éventuels troubles du comportement, la méconnaissance du corps, le sentiment de découragement et la résignation consécutifs aux barrières à l'accès physique et/ou à la communication ainsi qu'à la complexité des circuits d'accès aux soins. Certaines personnes ne disposent pas ou peu d'accès à la parole d'où difficulté voire impossibilité de signaler la douleur ressentie.
- le manque de formation des professionnels de santé à la prise en charge des personnes handicapées ainsi que leur manque de disponibilité mais aussi de capacité à instaurer un dialogue.
- le défaut d'accessibilité (dont financière) et l'inadaptation des services aux besoins des personnes. Il s'agit de l'éloignement des structures de soins dans certaines zones géographiques, de l'architecture inadaptée des lieux de soins, du manque d'accessibilité des équipements et d'organisation spécifique pour l'accueil des personnes en situation de handicap
- le manque d'interlocuteurs souligné par les familles ainsi que les difficultés de communication avec les professionnels et l'insuffisante reconnaissance de leurs compétences
- le manque de coordination entre les différents secteurs et notamment celui de la psychiatrie.

#### 3.2.2.1 *Améliorer la coordination des interventions entre le secteur médico-social et la psychiatrie*

Les liens entre l'offre médico-sociale destinée aux personnes handicapées et les ressources de la psychiatrie sont tout à la fois indispensables et complexes à assurer dans une région marquée par un équipement insuffisant pour répondre à des besoins croissants et diversifiés.

L'amélioration de ce lien revêt un caractère prioritaire pour assurer la continuité et la qualité des parcours de vie et de soins des personnes handicapées concernées par les troubles psychiques. A cette fin, une série d'actions territorialement étayées seront conçues. Elles viseront notamment les objectifs suivants :

- garantir la complémentarité des interventions tout au long du parcours de vie en formalisant une charte d'engagement réciproque (relais / soutien) permettant des allers et retours entre les deux secteurs et le suivi ;
- clarifier le rôle et l'activité de pédopsychiatrie en établissement pour enfants handicapés ;
- formaliser les réseaux d'acteurs locaux et développer leurs missions en matière de modélisation d'outils partagés et de pratiques coordonnées
- formuler des projets territoriaux de prise en charge qui positionnent la ressource de psychiatrie en recours et en soutien de l'offre médico-sociale, et organisent les modalités de prise en charge en aval vers le secteur médico-social.

---

1

- l'audition publique de l'HAS relative à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (2009),  
- l'étude du CREAI PACA-Corse « Dépistage du cancer chez les personnes handicapées : pratiques en établissement médico-social » (2010),  
- l'enquête de l'ORS PACA Inserm Unité 379 (2005) « La prise en charge du patient handicapé par les médecins généralistes  
- le rapport de recherche « Recherche qualitative exploratoire handicaps –incapacités-santé et aide pour l'autonomie » (R.H.I.S.A.A.) (2010)

### 3.2.2.2 Améliorer l'accès au dépistage organisé des cancers

L'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées expose ces personnes au risque d'apparition d'un cancer. Les prévalences estimées et ajustées par âge et par sexe pour les personnes handicapées sont similaires à celles de la population générale pour les personnes présentant des déficiences intellectuelles.

L'étude du CREA PACA-Corse a montré que la moitié des 28 établissements enquêtés en PACA ne sont pas en capacité d'effectuer la mammographie pour toutes les résidentes concernées (femmes de 50 à 74 ans) et que les ¾ d'entre eux ne sont pas en capacité d'effectuer l'Hémocult® pour tous les résidents concernés (hommes et femmes de 50 à 74 ans). Les principaux freins à la réalisation du dépistage identifiés sont, comme indiqué ci-dessus, liés au handicap, aux professionnels et à l'environnement médical, mais aussi au manque d'information/formation des personnels des EMS ainsi qu'aux difficultés relatives à l'organisation de ces établissements.

Ainsi, lors de l'enquête, la quasi-totalité des personnels interrogés a déclaré n'avoir bénéficié d'aucune formation sur le cancer ou le dépistage du cancer durant l'exercice professionnel en EMS et les 3/4 des personnes interrogées déclarent qu'une formation pourrait leur être bénéfique.

Il ressort également de cette étude que la réalisation du dépistage du cancer colorectal est directement liée à la présence de personnel médical ou paramédical au sein de l'établissement. L'accompagnement des personnes en situation de handicap résidentes en EMS, indispensable pour l'aide aux déplacements et faciliter le lien avec les professionnels de santé, se révèle être un facteur clé.

A cette fin, la formation et l'identification d'au moins une personne par EMS permettrait de diffuser l'information relative aux cancers et à leur prévention au personnel de l'établissement et ainsi faciliter la démarche préventive au sein de l'établissement.

Cet axe devrait s'accompagner :

- de l'identification d'au moins un appareil par département permettant d'exécuter une mammographie sur une patiente assise et accessible aux personnes en fauteuil ou bien d'envisager éventuellement un protocole alternatif en lien avec le volet Imagerie Médicale du SROS.
- De l'élaboration d'un protocole d'accueil adapté aux personnes en situation de handicap
- de la communication de la localisation de ces appareils dans les invitations adressées aux usagers par les structures de gestion.

Il conviendra par ailleurs de rester attentif aux suites données aux recommandations de l'HAS sur le dépistage du cancer de l'utérus qui devraient permettre d'améliorer l'accès au dépistage et aux soins gynécologiques des personnes en situation de handicap.

<b>Objectif</b>	Identifier un référent prévention et accès aux soins dans chaque établissement médico-social pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins des résidents afin de maintenir ou améliorer leur état de santé et ainsi prévenir ou retarder leur perte d'autonomie
<b>Plan d'action</b>	<p>Sensibiliser les établissements à la nécessité d'organiser l'accès à la prévention et aux soins et demander l'identification d'un référent prévention et accès aux soins, notamment à l'occasion d'une procédure de contractualisation (CPOM, projet d'établissements).</p> <p>Inscription du programme de formation du référent dans le projet d'établissement Après avoir bénéficié d'une formation, ce référent se verra confier :</p> <p>1/ dépistage organisé des cancers</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diffusion des informations relatives aux cancers et aux dépistage aux résidents et au personnel de l'établissement</li> <li>- vérification que chaque résident âgé de 50 ans ou plus a reçu une invitation au dépistage (cancer du sein et/ou colorectal)</li> <li>- prise de rendez-vous et l'accompagnement des résidents dans la réalisation des dépistages au sein de l'établissement ou bien dans une structure de soins extérieure,</li> <li>- suivi des tests (collecte des résultats et respect du calendrier prévisionnel),</li> <li>- réalisation d'un bilan d'activité annuel</li> </ul> <p>2/ bucco-dentaire : assurer le lien avec le chirurgien dentiste et/ou le réseau Handident</p>

	<p>3/ accès aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assurer le lien avec les établissements de santé accueillant les résidents ou les professionnels libéraux et l'équipe soignante de l'EMS</li> <li>- accompagnement des résidents</li> <li>- assurer le lien avec SAMSAH, SSIAD, HAD</li> </ul>
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	<p>ARS :</p> <p>Nombre de référents identifiés - inscription dans les projets d'établissement et les CPOM (annuel)</p> <p>Exploitation des bilans d'activité (rythme à déterminer)</p> <p>Nombre de résidents âgés de 50 ans ou plus ayant bénéficié du dépistage organisé du cancer colo-rectal et/ou du cancer du sein par rapport à la population générale (rythme à déterminer)</p> <p>EMS :</p> <p>Bilan d'activité annuel comprenant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nombre de résidents âgés de 50 ans ou plus ayant bénéficié du dépistage organisé du cancer colo-rectal et/ou du cancer du sein</li> <li>nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis cervico-utérin</li> <li>nombre et thèmes des séances d'information réalisées auprès des résidents et du personnel (collectives et individuelles)</li> <li>nombre et lieux des accompagnements réalisés</li> <li>nombre de résidents ayant bénéficié de dépistage et/ou de soins dentaires</li> <li>enquête de satisfaction auprès des résidents et/ou des familles et/ou des professionnels de l'établissement (rythme à déterminer)</li> </ul>

- *Fiche SRP : Favoriser l'accès des personnes en situation de handicap au dépistage systématique des cancers : renforcer les connaissances et compétences des personnes relais sur les modalités d'accès des personnes en situation de handicap au dépistage des cancers (action en cours des CRES/CODES)*
- *Fiche partagée PA/PH : accompagnement des professionnels et des aidants*

### 3.2.2.3 Améliorer l'accès à la santé buccodentaire

Le rapport de la commission d'audition publique de la HAS rappelle que de nombreuses études ont montré que l'état de santé bucco-dentaire chez les personnes handicapées s'aggrave avec l'âge et devient dès l'adolescence, très nettement inférieur à celui de la population générale. Or, les pathologies buccodentaires constituent un facteur de co-morbidités important. La problématique est celle de l'accès à la santé buccodentaire et ne se limite pas à celle de l'accès aux soins. En effet, comme indiqué dans le rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire » (2010), les personnes handicapées ont un accès difficile au soin parce qu'elles ont un accès difficile à la prévention et l'éducation à la santé.

En PACA, l'association Handident créée en 2005 pour promouvoir le réseau de santé Handident tend à :

- favoriser l'accessibilité de toutes les personnes handicapées mentales, motrices et sensorielles de la région PACA au niveau des soins dentaires nécessaires tout en privilégiant l'utilisation de structures existantes et en s'appuyant sur une chaîne d'acteurs
- participer à la formation des professionnels concernés (notamment formation à la sédation consciente),
- assurer la coordination et l'évaluation de la prévention des soins.

L'activité du réseau se situe principalement sur les Bouches-du-Rhône mais devrait s'étendre à l'ensemble de la partie Ouest de la région et idéalement à l'ensemble de la région. Le développement éventuel du Réseau Handident est subordonné aux moyens alloués dans le cadre de la dotation régionale du FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins). Une articulation entre le réseau Handident et le référent prévention/accès aux soins devra être recherchée afin de contribuer à améliorer l'accès à la santé buccodentaire.

- *Fiche référent prévention/accès aux soins dans les ESMS*

### 3.2.2.4 Renforcer l'organisation d'actions d'éducation à la santé dans les établissements

La prévention constitue un axe majeur dans le parcours de vie et de soins de la personne en situation de handicap. En effet, elle doit permettre aux personnes en situation de handicap de préserver leur autonomie et d'éviter l'aggravation de leur état de santé ainsi que la restriction de leur participation à la vie sociale.

En complément des orientations du schéma régional de prévention, l'axe prioritaire retenu porte sur l'organisation, dans la prise en charge éducative des résidents des établissements hébergeant des personnes handicapées, d'actions d'éducation à la santé (nutrition, activité physique, sexualité..).

Cet axe, qui devra s'inscrire dans le projet d'établissement, s'appuiera sur un référent prévention/accès aux soins identifié dans chaque établissement (cf. 2.2 : Améliorer l'accès au dépistage des cancers). Par ailleurs, en articulation avec le schéma régional de prévention, des actions s'organiseront autour des thématiques d'éducation à la sexualité, de la contraception, de la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de l'infection VIH.

☒ *Fiche référent prévention/accès aux soins dans les ESMS*

### 3.2.2.5 Améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques

Différentes études ont mis en évidence que si la prévalence des troubles oculaires est plus élevée chez les personnes en situation de handicap, l'accès aux soins est paradoxalement plus restreint. A titre d'exemple, chez les personnes porteuses d'une trisomie 21, de nombreuses malformations sont possibles et peuvent toucher plusieurs segments de l'œil : troubles de la réfraction, troubles de l'oculomotricité, kératocônes (5 à 15 % des enfants trisomiques), cataracte, ...etc. Par ailleurs le diabète, pourvoyeur de rétinopathie est 4 fois plus fréquent chez ces personnes que dans la population générale.

La prise en charge ophtalmologique implique les ophtalmologistes, les orthoptistes et les opticiens. Outre les difficultés liées à la personne, les principaux freins sont le manque d'accessibilité des locaux et des équipements, le manque de formation et de sensibilisation des professionnels au handicap et la non valorisation des actes longs.

Une réflexion entre l'ARS, l'URPS, les professionnels de la prise en charge ophtalmologique et les associations du champ du handicap doit permettre d'envisager les modalités d'amélioration de l'accès aux soins.

<b>Objectif</b>	Répondre aux besoins de soins ophtalmologiques des personnes vivant en ESMS en clarifiant l'offre de soins disponible et les besoins
<b>Plan d'action</b>	Mise en place d'un groupe de travail comprenant des représentants des institutions (ARS, DROS, DT, MDPH, URIOPS, CREA) et professionnels avec pour objectifs d'étudier la mise en place des actions suivantes :  1. Réalisation d'une enquête auprès des ESMS relative à l'accès aux soins ophtalmologiques des personnes accueillies Méthodologie et faisabilité à déterminer : enquête exhaustive ou échantillonnage, tous types d'établissements ou bien établissements ciblés, effecteur de l'enquête, ...  2. Réalisation d'un inventaire de l'offre de soins ophtalmologiques accessibles aux personnes en situation de handicap Méthodologie et faisabilité à déterminer  3. Recherche de dispositifs, d'organisations ou d'expérimentations visant à améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques des personnes en situation de handicap, mis en place en PACA ou au sein d'autres régions. Etudier la faisabilité de la mise en œuvre d'une expérimentation.
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	Disponibilité d'un inventaire de l'offre de soins ophtalmologiques accessibles aux personnes en situation de handicap Disponibilité d'un état des lieux des besoins en soins ophtalmologiques des personnes accueillies en ESMS Réalisation d'une expérimentation visant à améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques des personnes vivant en ESMS

### 3.2.2.6 Améliorer l'accès aux soins hospitaliers

Outre la mise en accessibilité des établissements de santé prévue par la loi du 11 février 2005, il est nécessaire d'améliorer les conditions d'accueil des personnes en situation de handicap tant au niveau des services d'urgences que des services d'hospitalisation. Cette amélioration repose sur la formation des personnels soignants mais aussi sur une organisation spécifique des services de soins.

Deux axes seront à développer en lien avec le schéma d'organisation des soins :

- Expérimenter un hôpital référent par département pour les soins courants non liés au handicap en vue d'une extension du dispositif d'une diffusion des bonnes pratiques auprès des établissements de santé ;
- Favoriser l'accompagnement des personnes hospitalisées et présentant un handicap notamment dans les structures d'accueil des urgences de SSR

### 3.2.3 Construire un parcours individualisé et un accompagnement coordonné

**En matière d'évolution de l'offre**, plusieurs dimensions seront prises en compte, à l'image de la diversité des situations de handicap : enfance, âge adulte, autonomie, dépendance, travail. Garantir un parcours coordonné implique une évolution importante dans la manière de considérer l'accompagnement médico-social et réclame donc une organisation plus souple, partenariale, territorialisée et évolutive.

A ce titre, le schéma introduit la notion de « plurivalence » des ESMS entendue comme une inflexion de la prise en charge vers une diversification croissante des publics, un décloisonnement des clientèles. Se distinguant de la « polyvalence », la plurivalence ouvre la possibilité à l'accompagnement de plusieurs types de handicaps pour lesquels les réponses à construire sont proches et/ou complémentaires (déficience intellectuelle et autisme, déficience intellectuelle et polyhandicap, déficience motrice et polyhandicap...) sans dégrader la qualité d'un accompagnement qui doit rester individualisé et spécifique.

Par ailleurs, il importera de considérer dans le « parcours », les reconversions vers le champ médico-social des structures sanitaires accueillant des personnes en situation de handicap par défaut afin d'adapter la prise en charge aux besoins et aux attentes des usagers. Cette observation en continue des potentialités de reconversion devra s'inscrire dans la durée du schéma.

#### 3.2.3.1 Rendre effectif l'accès aux équipements médico-sociaux

Compte tenu du niveau de l'équipement disponible en région PACA et de la spécialisation croissante des structures au bénéfice de handicaps ciblés, le nombre d'usager orientés qui ne peuvent trouver de place reste important malgré le rythme soutenu de création de place depuis 2000.

Or, il s'agit d'un enjeu majeur en région PACA que de rendre effectif l'accès aux équipements médico-sociaux et de garantir un accueil prioritaire des personnes les plus lourdement handicapées, en particulier quand elles restent sans solution alternative d'accompagnement.

Ainsi, deux actions complémentaires déclineront cet objectif sur la durée du schéma :

- Susciter l'animation et l'organisation d'une coordination locale des acteurs institutionnels (MDPH, l'éducation nationale, les ESMS, les secteurs de psychiatrie, les services de l'aide sociale à l'enfance), dans le but :
  - d'assurer une veille permanente des situations les plus complexes ;
  - de mettre en œuvre l'obligation d'accueil et d'accompagnement partagée par les partenaires du secteur ;
  - de proposer des solutions alternatives de prise en charge dans l'attente d'une place disponible ;
  - de désigner un référent chargé de l'accompagnement de la personne en situation de handicap et de sa famille dans cette démarche.

- Faire évoluer les projets d'établissement et de service vers une diversification des personnes accompagnées. Dans le respect de la priorité donnée à l'accueil et à l'accompagnement des personnes les plus lourdement handicapées, il appartiendra aux services de l'ARS en étroite collaboration avec leurs partenaires engagés sur le handicap et les associations gestionnaires, d'accompagner les établissements et services vers l'adaptation de leur projet institutionnel à destination d'un public aux besoins les plus divers. Il s'agit de centrer la prise en charge non sur le type de handicap dont souffrent les personnes mais de cibler la réponse aux besoins, ce qui garantit la spécialisation de l'accompagnement.

Il importera dans cette perspective de procéder de manière coopérative afin de définir les modalités concrètes de ce décloisonnement des clientèles et de raisonner sur la base d'un accroissement de la plurivalence des institutions.

<b>Objectif 1</b>	Mettre en œuvre l'obligation collective de l'ensemble des partenaires d'offrir une réponse coordonnée aux besoins de compensation en améliorant la synergie institutionnelle au niveau des territoires dans le respect de compétences de chaque instance. Cet objectif doit permettre la réduction des situations de tensions et d'absence de réponse aux besoins d'accompagnement les plus lourds par l'élaboration de solutions co-construites d'accompagnement et de prise en charge complexes
<b>Plan d'action</b>	Solliciter l'ensemble des partenaires institutionnels en département sur ces problématiques Affiner de manière conjointe l'état des lieux des situations critiques Construire des outils partagés de traitement de ces difficultés
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : mise en place de la coordination des acteurs locaux, réalisation d'un état des lieux et proposition d'outils et de protocoles. Dans un second temps, il pourra être proposé sur la base des données récoltées lors de l'état des lieux initial de mesurer l'évolution du nombre de situations critiques et les modalités de leur résolution.

<b>Objectif 2</b>	Repositionner l'offre de compensation vers les publics les plus divers par un assouplissement des accueils par type de handicap (voire de déficience), avancer vers la plurivalence des structures médico-sociales et recentrer les projets institutionnels dans le sens de l'accompagnement des personnes dont les besoins de compensation sont les plus importants, quel que soit leur âge, leur sexe, l'origine de leur handicap, leurs troubles associés.
<b>Plan d'action</b>	Créations de nouvelles places d'ESMS : élaboration des cahiers des charges dans une perspective d'accompagnement plurivalent c'est-à-dire permettant l'élaboration des réponses aux besoins de compensation les plus large possible tout en maintenant une individualisation des prises en charge et une qualité d'accueil optimale (sections particulières, petites unités de vie,...).  * Assurer la transparence des listes d'attente et des admissions en ESMS par la justification des refus d'admission et la transmission régulière de listes d'attente normalisées comprenant la date de dépôt de la demande (lien MDPH)  * Mobilisation prioritaire des formations professionnelles  * Pour les ESMS existants du secteur de l'enfance handicapée Dans l'attente de la refonte des textes règlementaires encadrant l'intervention des ESMS pour enfants : - accompagnement des structures vers une adaptation de leur projet institutionnel aux besoins existants et ouverture vers la plurivalence (autisme et DI, polyhandicapé et DI, autisme et déficiences sensorielles, polyhandicapé et handicap moteur...) en cohérence avec les analyses formulées par les MDPH sur l'évolution des populations et les diagnostics territoriaux - mobilisation de l'évaluation interne et externe sur ce thème - suivi des axes d'amélioration des projets au regard des orientations du schéma - prise en compte dans la contractualisation de ces éléments qualitatifs - conventionnement systématique avec les secteurs de psychiatrie et en cas de nécessité le secteur hospitalier ou libéral pour la prise en charge des troubles psychiques et somatiques associés

	<p>- coopération avec le centre de ressources autisme pour tout accompagnement d'enfants et adolescents autistes et TED</p> <p>- coopération avec les ESMS ayant acquis une expérience approfondie sur des profils particuliers de personnes en situation de handicap.</p> <p>* Pour les ESMS existants du secteur adultes Dans le cadre de l'application du décret du 29 mars 2009 (art. D344-5-1 à 9 du CASF), accompagnement des structures vers la conformité dans le respect des mesures d'efficience</p>
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	<p>L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : mise en place des listes d'attente normalisées, réalisation des conformité des ESMS pour adultes, lancement des appels à projets.</p> <p>Dans un second temps, il sera proposé de mesurer en lien avec les autres fiches actions la prise en compte de cette problématique dans l'ensemble des actions menées au cours du schéma (évaluation externe et interne, contractualisation, formations...).</p>

### 3.2.3.2 Restructurer et diversifier l'offre de proximité

Les prestations médico-sociales doivent offrir en milieu ordinaire l'accompagnement nécessaire pour développer et maintenir l'autonomie des personnes en situation de handicap. Cette mission, centrale en particulier pour l'enfance, nécessite des liens étroits avec les dispositifs de droit commun et implique un maillage territorial fin.

Compte tenu des caractéristiques propres des équipements mis en œuvre aujourd'hui ainsi que de la forte concentration et la spécialisation croissante, un infléchissement vers la plurivalence des ESMS est rendu nécessaire pour garantir une réponse au plus grand nombre.

Parallèlement, afin d'assurer le respect d'une prise en charge individualisée et adaptée dans l'espace le plus proche des usagers, les partenariats devront également être renforcés avec les structures les plus spécialisées, où exercent les professionnels les mieux formés pour des prises en charge très spécifiques.

Les priorités de développement de l'offre institutionnelle, identifiées en proximité, à partir des besoins repérés par les maisons départementales des personnes handicapées, concernent :

- les enfants et adolescents touchés par l'autisme et les troubles envahissants du développement,
- les enfants et adolescents polyhandicapés,
- les enfants et adolescents souffrant de troubles du caractère et du comportement,
- la réponse aux besoins de répit, de transition,
- le soutien à l'insertion sociale et professionnelle des adultes.

Ces priorités se formalisent en six actions qui seront ciblées dans les zones où l'on constate sur la durée du schéma un sous-équipement important au regard des évolutions démographiques attendues.

#### **Développement de la prise en charge des enfants et adolescents autistes et Troubles Envahissants du Développement (TED) par la création de petites unités d'accompagnement**

Le décalage important entre le niveau de l'offre à destination des enfants et adolescents autistes et les chiffres de prévalence appliqués à la région PACA (Fombonne) ne peut être comblé par la seule création de structures nouvelles. En outre, il faut tenir compte des enfants accueillis aujourd'hui dans des IME, destinés initialement à des déficients intellectuels.

C'est pourquoi, le développement de la prise en charge passe par une reconnaissance des accompagnements d'ores et déjà réalisés, soutenue par la création de places nouvelles sous la forme de petites unités de vie repérées, disposant d'un projet spécifique et d'un personnel formé aux troubles envahissants du développement.

Deux modalités seront donc mises en œuvre au service de ce dispositif :

- la requalification de places d'IME en IME « autistes » avec un cahier des charge et un financement adapté;
- en accompagnement, la création de places nouvelles par extension d'établissements existants.

La déclinaison de ces modalités s'adaptera aux constats portés en département selon les spécificités de l'offre existante. Elle impliquera un partenariat avec les institutions spécialisées dans la prise en charge de l'autisme (coopérations, conventions, contractualisation) et un accompagnement du centre de ressources autisme tant pour la définition des projets d'établissement, déclinés en fonction des besoins et à l'aune des recommandations de la HAS et de l'ANESM, que pour la formation du personnel .

*Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire*

### **Développement de la prise en charge des enfants et adolescents polyhandicapés par la création de petites unités d'accompagnement**

La région PACA se caractérise par un relatif bon niveau d'équipement à destination des enfants et adolescents polyhandicapés au regard de la moyenne nationale. Il n'en reste pas moins que les acteurs de terrain et en premier lieu les MDPH constatent encore des situations de carence de prise en charge qui nécessitent un ajustement de l'offre existante sur un mode similaire à celui proposé pour les autistes et TED.

Afin de garantir un accompagnement équitablement réparti sur les zones peu ou pas couvertes aujourd'hui, seront créées de petites unités destinées au sein des IME à la prise en charge des enfants et adolescents polyhandicapés par requalification de place d'IME en EEAP.

*Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire*

### **Développement de places de SESSAD plurivalents en articulation avec les SESSAD spécialisés**

Equipement charnière dans le cadre de la scolarisation, de la socialisation et du maintien à domicile des enfants en situation de handicap, les SESSAD sont aujourd'hui trop peu nombreux pour assurer une couverture de l'ensemble des besoins sur ce secteur. Ces carences, qui touchent en particulier certaines zones bien identifiées, nuisent à la continuité de la prise en charge, freine l'inclusion scolaire et laissent des familles sans solution globale satisfaisante.

Les SESSAD constituent la réponse privilégiée aux besoins du secteur. Dans la perspective d'une couverture la plus large possible sur la région, il sera privilégié le déploiement de services plurivalents, pouvant assurer l'accompagnement médico-social d'enfants aux besoins très diversifiés. Il sera nécessaire également de se concerter au niveau local sur la mise en cohérence et l'amélioration de la desserte des services existants pour ne pas laisser de zone « blanche ».

Afin de ne pas entamer la qualité de prise en charge et permettre une spécialisation du parcours d'accompagnement, il conviendra que les SESSAD se constituent en réseau entre eux mais aussi avec les établissements médico-sociaux, notamment au bénéfice des enfants les plus lourdement handicapés (autistes et TED). Le développement des SESSAD devra s'effectuer dans une logique d'accompagnement en milieu ordinaire.

Le développement des SESSAD passera par plusieurs modalités de mise en œuvre à décliner selon les caractéristiques propres des départements concernés :

- la transformation de places d'établissement
- la réorganisation des zones d'intervention
- la création d'antennes à partir des SESSAD existants
- la création de places nouvelles par extension de SESSAD existants.

*Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire*

## **Développement de places de SAMSAH plurivalents /généralistes en articulation avec les SAMSAH spécialisés**

Régis par le décret du 11 mars 2005, les SAMSAH se sont développés sur la région PACA entre 2007 et 2010 donnant lieu à une répartition infra-départementale très inégale et une forte spécialisation.

Les SAMSAH présentent des enjeux forts pour d'accompagnement médico-social à domicile des adultes en situation de handicap. Garantir le libre choix de la personne et soutenir le choix de vie en milieu ordinaire suppose de maintenir une couverture équitable en SAMSAH sur la région. La forte spécialisation de certains SAMSAH sur la région suppose de rééquilibrer l'offre par le développement de places de SAMSAH plurivalents sur les zones identifiées comme prioritaires. Ce développement devra alors s'accompagner d'une mise en cohérence de l'offre en SAMSAH plurivalents avec l'offre en SAMSAH spécialisés par :

- la mise en réseau des services
- l'identification et/ou la réorganisation de leurs zones d'intervention.

Outre une sécurisation du parcours de vie et de soins de la personne, cette cohérence territoriale assurera une diffusion du soutien et de l'accompagnement à l'insertion sociale et à l'autonomie. La mise en réseau des services avec les établissements médico-sociaux (MAS, FAM) s'avèrera indispensable pour l'atteinte de cet objectif.

Pour ce faire, sera promue une démarche d'optimisation de l'offre par mutualisations, regroupements, coopérations entre SAMSAH et entre SAMSAH et SESSAD sur les fonctions logistiques notamment pour les transports et l'intervention des professionnels.

*Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire*

## **Diversification des modes d'accueil**

La diversification des modes de prise en charge dont l'accueil temporaire est un axe majeur de soutien à la vie à domicile des personnes en situation de handicap mais également de leurs familles.

L'accueil temporaire participe aux ressources disponibles pour la construction du parcours de prise en charge des personnes handicapées et le maintien de son autonomie en lui permettant d'organiser sa vie à partir de temps diversifiés : temps en institution, temps à domicile, travail, scolarité, formation, loisirs.

L'accueil temporaire se décline en différentes modalités adaptées comme réponse à un besoin, dont :

- la réponse à une situation d'urgence ;
- le besoin d'un accueil séquentiel ;
- l'accueil de jour.

L'accueil temporaire participe également au soutien des aidants sur lesquels repose en grande partie la composante « vie à domicile ». Il leur permet d'organiser leur vie sociale, familiale et professionnelle, de prendre des temps de répit ou d'organiser le relai dans le cadre d'une prise en charge en établissement.

La région PACA est peu pourvue en accueil temporaire c'est pourquoi il est important de déployer ce mode d'accueil en dotant chaque département d'un nombre suffisant de places au niveau territorial approprié :

- proximité pour les adultes ;
- recours pour les enfants.

Le développement de l'accueil temporaire devra s'accompagner d'une mise en réseau des structures avec la création d'outils de coordination, d'information et de rapprochement offre/demande pour organiser au mieux la réponse aux besoins et le traitement des urgences. Par ailleurs, afin de pérenniser les places réservées à ce mode d'accueil et en garantir les conditions de fonctionnement, il importe de pouvoir inscrire l'accueil temporaire dans le projet d'établissement.

*Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire*

## Déploiement territorialisé du dispositif ITEP dans l'ensemble des départements

L'accompagnement des enfants et adolescents souffrant de troubles de la conduite et du comportement doit s'opérer sur la base d'une organisation en dispositif comprenant des modalités diversifiées, intégrées et modulées de prise en charge (service, semi-internat, internat, accueil familial et temporaire) ainsi qu'une forte coopération avec les institutions de droit commun (système scolaire, psychiatrie infanto-juvénile) et spécialisées (protection judiciaire de la jeunesse, aide sociale à l'enfance).

Les organisations départementales sont à cet égard contrastées et il convient d'assurer une cohérence sur l'ensemble des territoires en mettant en œuvre les adaptations nécessaires de l'équipement pour tendre vers ce modèle en insistant sur la complémentarité des structures, leur mise en réseau et l'amélioration de l'accessibilité des structures.

Cette adaptation de l'équipement existant s'accompagnera, en fonction du niveau d'équipement et des besoins tels que repérés par les acteurs locaux dont les MDPH, de la création de places nouvelles d'ITEP (SESSAD, et établissement) en privilégiant l'extension de structures existantes ou d'antennes desservant des zones aujourd'hui dépourvues d'accompagnement.

<b>Objectif</b>	Approfondir la mise en œuvre des dispositifs ITEP dans une perspective territoriale maillée et partenariale
<b>Plan d'action</b>	Affiner les diagnostics départementaux en mettant en regard le niveau et la nature des besoins aux ressources disponibles et leur organisation. Décliner un plan d'action à adapter selon les territoires concernés : - Bouches-du-Rhône : prolongement de la démarche schématique lancée en 2008 en la mise en réseau et la coopération des ITEP, en renforçant qualitativement la prise en charge dans les territoires les plus vulnérables et en confortant le parcours vers l'insertion professionnelle ; - Var et Alpes Maritimes : sur la base d'un examen approfondi des conditions de mise en œuvre du dispositif, réalisation d'actions en faveur de l'adaptation des structures existantes aux principes de proximité, d'inclusion scolaire et d'insertion professionnelle. Rendre opérationnelle la coopération des ITEP (mise en réseau pour assurer la mise en œuvre du dispositif en proximité) et assurer le cas échéant les redéploiements possibles pour une couverture territoriale optimale.
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : - diagnostics locaux et élaboration des plans d'action départementaux - mise en œuvre des plans d'action - renforcement de l'équipement en places destinés à l'accompagnement des adolescents vers la préprofessionnalisation
<b>Evaluation</b>	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : réalisation des diagnostics par territoire, formalisation de la mise en réseau des structures, effectivité des actions d'adaptation de l'offre dans les territoires ciblés.

*Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire*

### 3.2.3.3 Assurer la continuité de l'accompagnement aux âges charnière

#### Petite enfance : Conforter l'action spécifique des CAMSP

Structure multidisciplinaire charnière pour la petite enfance, les CAMSP prennent une part essentielle dans le diagnostic, l'évaluation, l'accompagnement et la prise en charge des très jeunes enfants en situation de handicap et leur famille. La qualité et la continuité des accompagnements mis en place dès le plus jeune âge sont déterminantes pour l'avenir de l'enfant en termes de développement de potentialités et de prévention de la perte d'autonomie.

La qualité de la couverture géographique des CAMSP en PACA, leur apport dans la prise en charge, et leur insertion dans les réseaux partenariaux permettent de développer une prise en charge satisfaisante dans un contexte marqué par un sous-équipement et une fragmentation dans le secteur de l'enfance handicapée.

Néanmoins, des améliorations sont attendues sur deux points : la desserte des zones aujourd'hui non couvertes et le renforcement de certaines missions.

Concernant le premier point et sur la base des analyses territorialisées, il conviendra de compléter l'offre en CAMSP par le développement de cette prise en charge spécifique sur les zones identifiées, en lien avec les équipements existants au bénéfice de l'enfance sur les territoires : équipements médicaux-sociaux, sociaux, crèches, écoles, équipements sanitaires...

Ce développement s'appuiera nécessairement sur un diagnostic local fin et partagé des ressources et des besoins constatés.

Concernant les missions, trois axes principaux doivent être renforcés :

- le diagnostic et l'évaluation des enfants autistes et TED en partenariat avec le centre de ressources autisme ;
- le diagnostic, le suivi et l'accompagnement des enfants sourds et malentendants, en première intention ou en relais ;
- la participation aux évaluations préalables aux décisions prononcées par les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, par convention avec les Maisons départementales.

<b>Objectif</b>	Mobiliser les CAMSP dans le cadre des plans sectoriels en cours afin d'améliorer significativement le repérage, le diagnostic et l'accompagnement précoce des enfants autistes
<b>Plan d'action</b>	Généraliser le conventionnement entre les CAMSP et le CRA afin d'assurer la transmission des outils de diagnostic et d'évaluation, la formation des personnels, mais aussi l'accueil et l'accompagnement suite aux évaluations complexes réalisées par le CRA Favoriser le conventionnement entre les CAMSP et les institutions spécialisées en charge des enfants sourds et malentendants afin de renforcer les compétences des CAMSP sur cette problématique et assurer les relais nécessaires quand le besoin de compensation nécessite une intervention plus ciblée.
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	nombre de conventions signées nombre d'enfants autistes et TED suivis en CAMSP (rapport d'activité des CAMSP)

### **16-25 ans : améliorer l'entrée dans l'âge adulte**

La fin de l'adolescence et le passage à l'âge adulte sont des moments cruciaux du parcours de vie des personnes handicapées et un temps où les risques de rupture sont lourds de conséquence pour le développement de l'autonomie et les besoins d'accompagnement à venir.

Des points de fragilité existent dans la constitution des équipements médico-sociaux : transition entre SESSAD et SAMSAH, entre les IME et les établissements pour adultes... Ils touchent de manière plus forte les sorties du milieu ordinaire lorsque la poursuite de la scolarité n'est plus possible (fin de l'obligation scolaire, sortie d'ULIS, souffrance scolaire).

Afin de mieux connaître leurs besoins spécifiques et de construire des réponses articulées sur la base des ressources locales, il conviendra de procéder à une analyse territorialisée de la situation concernant cette tranche d'âge.

Plusieurs mesures permettront de faciliter les passerelles, de consolider le passage en soutenant les potentialités de jeunes handicapés et en leur permettant d'accéder à l'insertion sociale et professionnelle :

- structurer en réseau les équipements médico-sociaux existants et de renforcer des coopérations (SESSAD, SAVS, SAMSAH, ESAT, Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle, Centre de Formation des Apprentis Spécialisé) ;
- décloisonner l'organisation et le fonctionnement des sections d'initiation et de première formation professionnelle (SIPFP, ex-IMPro) et les Unités Locales d'Inclusion Scolaire (ULIS, ex-UPI) et formaliser les partenariats ;
- assouplir les agréments d'âge des services et renforcer les coopérations entre les SESSAD et les SAMSAH ;

- favoriser la mise en place au sein de chaque département un dispositif d'accompagnement à la formation professionnelle des jeunes de 16 à 25 ans en collaboration avec l'éducation nationale, le conseil régional, les conseils généraux, les CFA et CFAS et les EMS disposant de section de pré-professionnalisation.

Pour les jeunes les plus lourdement handicapés qui font le choix de la vie en établissement, il conviendra de renforcer les capacités en MAS et en FAM afin de réduire le nombre d'adolescents et de jeunes adultes maintenus en établissement pour enfants au titre de l'amendement Creton (voir orientation....).

<b>Objectif</b>	Définir des modalités d'organisation de l'offre médico-sociale dans au bénéfice de la construction des parcours des adolescents et jeunes adultes
<b>Plan d'action</b>	<p>1. Etablir un diagnostic territorialisé des ressources et des besoins des adolescents et jeunes adultes</p> <p>2. Définir des axes de progrès :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assouplir des agréments d'âge sur la base des potentialités que peuvent déployer les ESMS existants</li> <li>- structurer en réseau les équipements médico-sociaux existants</li> <li>- renforcer des coopérations par des conventions formalisées par territoire entre les SESSAD, SAVS, SAMSAH, ESAT, Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle, Centre de Formation des Apprentis Spécialisé, ULIS collèges et lycées afin de proposer des parcours cohérents et accessibles pour tous</li> <li>- favoriser la mise en place au sein de chaque département un dispositif d'accompagnement à la formation professionnelle des jeunes de 16 à 25 ans en collaboration avec l'éducation nationale, le conseil régional, les conseils généraux, les CFA et CFAS et les EMS disposant de section de pré-professionnalisation.</li> </ul>
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	<p>L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : réalisation des diagnostics, modification des agréments d'âge effectivement réalisées, conventions signées pour chaque territoire en proximité.</p> <p>Dans un second temps, il sera proposé de mesurer en lien avec les partenaires institutionnels l'évolution du dispositif sur la durée du schéma.</p>

### Répondre au vieillissement des personnes en situation de handicap

Allongement de la durée de vie en institution, accroissement des besoins de santé et des besoins d'accompagnement : le vieillissement des adultes en situation de handicap, désormais bien documenté tant au niveau national que régional, a des impacts importants sur l'organisation, le positionnement et l'accompagnement des ESMS. Il implique de porter une attention particulière à l'environnement des personnes, de renforcer encore la personnalisation des prises en charge et de suivre précisément les évolutions de la situation familiale.

En conséquence, le maintien de l'autonomie et le développement de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes dépendra des ajustements de l'accompagnement en institution et à domicile.

Depuis le milieu des années 2000, un certain nombre d'établissements médico-sociaux spécifiquement destinés aux personnes handicapées vieillissantes, en majorité des FAM, ont été créés en PACA. L'adaptation de l'offre sera privilégiée sur la durée du schéma; elle consistera dans le déploiement d'une palette diversifiée d'accueil et d'accompagnement, le développement et la formalisation des partenariats avec le secteur hospitalier et celui des personnes âgées et le suivi de l'évolution des projets institutionnels.

Elle se déclinera ainsi en plusieurs axes de travail :

- adapter l'offre de SSIAD et de SAMSAH en améliorant leur organisation territoriale et en renforçant leurs missions d'accompagnement et de coordination en lien avec le vieillissement ;
- poursuivre la médicalisation de places de Foyer de Vie en partenariat avec les conseils généraux pour renforcer l'offre en établissements spécialisés ;
- découpler l'accueil en foyer d'hébergement de l'activité en ESAT ;
- soutenir les aidants ;

- favoriser les prises en charge conjointes (EHPAD et autres structures) en partenariat avec les Conseils Généraux.

Une attention sera également portée sur les potentialités de reconversion du sanitaire vers le médico-social.

Par ailleurs, des actions spécifiques seront développées afin de répondre aux problématiques des personnes handicapées vieillissantes à domicile dont les parents et aidant avancent en âge :

- améliorer la connaissance territoriale des besoins des personnes par la mise en œuvre d'un repérage des situations fragiles
- Identifier des ressources territoriales de prise en charge en lien avec les ESMS, les établissements pour personnes âgées et les MDPH
- mieux préparer l'entrée en établissement en développant les places d'accueil temporaire et d'accueil de jour.

<b>Objectif</b>	Renforcer qualitativement l'offre médico-sociale et adapter le fonctionnement et l'organisation des structures médico-sociales au vieillissement en mobilisant de manière prioritaire les ressources existantes
<b>Plan d'action</b>	<p>Affiner de manière partenariale le diagnostic territorialisé des ressources et des besoins en matière de vieillissement des personnes en situation de handicap en assurant en particulier une veille sur les besoins des personnes vivant à domicile avec des aidants âgés</p> <p>Définir les axes de progrès :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- favoriser les coopérations entre les équipements médico-sociaux spécialisés existants avec les établissements pour adultes "classiques" notamment en matière de formation, d'appui méthodologique (projets) et de répit (mobilisation de places d'accueil temporaire)</li> <li>- favoriser la mise en réseau des établissements pour adultes handicapés concernés avec les EHPAD et services d'aide et d'accompagnement à domicile dans une perspective d'échanges de pratiques, de protocoles d'instauration de passerelles entre les dispositifs</li> </ul> <p>Assurer l'élaboration de projets personnalisés pour les personnes handicapées vieillissantes prises en charge au sein d'un établissement ou par un service à destination des personnes âgées ou des personnes handicapées comprenant l'ensemble des besoins et attentes dont le soutien aux aidants.</p> <p>Poursuivre en lien avec les conseils généraux la médicalisation de places de foyers de vie</p>
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : réalisation des diagnostics, définition des axes de progrès, mise en œuvre des actions. Dans un second temps, il sera proposé de mesurer l'évolution du niveau de prise en charge proposé dans le secteur médico-social à l'issue du schéma.

### 3.2.3.4 Mieux articuler les accompagnements médico-sociaux et la scolarité des enfants et adolescents en situation de handicap

Sept ans après la promulgation de la loi 2005-102, le droit à la scolarité pour tout élève handicapé, en milieu ordinaire de manière privilégiée, rencontre encore des difficultés dans sa mise en œuvre, en lien avec les caractéristiques de l'équipement pour enfants et adolescents en PACA (sous-équipement, inégale répartition géographique).

Garantir l'effectivité de ce droit passe par une mobilisation conjointe des institutions médico-sociales et scolaires. Le pilotage commun au niveau régional et académique offre la possibilité d'harmoniser les pratiques et de construire des outils permettant de rendre opérationnel les principes d'accessibilité et de compensation.

L'amélioration de l'articulation entre les accompagnements médico-sociaux et la scolarité vise à la diversification du parcours scolaire et sa continuité.

L'objectif est bien de rendre effectif le droit à la scolarité en repositionnant le secteur médico-social au bénéfice de la diversification des formes d'accompagnement. Ceci implique à la fois l'engagement des moyens matériels et humains et l'accroissement de la coopération avec les établissements scolaires dans le cadre des projets personnalisés de scolarisation.

## Conforter et élargir la démarche commune Education Nationale / ARS en matière de conventionnement des unités d'enseignement des ESMS pour enfants et adolescents

L'unité d'enseignement, en tant que dispositif intégré à un ensemble plus vaste et directement connecté au droit commun, constitue un levier pour améliorer de manière significative la coopération entre les ESMS et les établissements scolaires et organiser concrètement la complémentarité de leurs interventions respectives au service des parcours de vie et de scolarité des enfants en situation de handicap.

La démarche commune relative au conventionnement, liant les services de l'Education Nationale et ceux de l'ARS, est destinée à impulser cette coopération sur la base d'un partage des données et des expériences en constituant un socle commun de principes et d'actions. Initiée dans l'Académie d'Aix-Marseille sur la base d'un partenariat entre l'ARS et le rectorat, elle sera élargie aux départements du Var et des Alpes Maritimes avec le rectorat de Nice.

Il est attendu sur le moyen terme une inflexion des projets de service, d'établissement et pédagogique dans le sens de leur mise en cohérence avec les objectifs de la loi de 2005 dans le sens d'une réponse aux exigences de participation sociale et de scolarisation de tous les enfants sur l'ensemble des territoires.

<b>Objectif</b>	<p>Conforter et élargir la démarche commune Education Nationale / ARS en matière de conventionnement des unités d'enseignement des ESMS pour enfants et adolescents. Organiser l'accompagnement médico-social et la scolarisation selon une logique de coopération basée sur la complémentarité des interventions, des compétences et des expertises autour de l'élève/enfant en situation de handicap Susciter l'innovation et diffuser les bonnes pratiques en matière de scolarisation.</p>
<b>Plan d'action</b>	<p>Première étape : conventionnement des unités d'enseignement dans les ESMS selon une démarche conjointe associant étroitement l'Education Nationale et ARS suivi du conventionnement (évaluation) et notamment des aménagements apportés dans l'organisation et le fonctionnement des ESMS et des établissements scolaires (projets de service, d'établissement et pédagogique)</p> <p>Deuxième étape : suivi et animation conjointe de groupes de travail intersectoriels valorisation des bonnes pratiques professionnelles organisation de formations partagées</p>
<b>Programmation</b>	<p>Sur la durée du schéma :</p> <p>Phase 1 : Ingénierie académique et régionale du conventionnement (charte, enquête, ratios, convention cadre). Phase 2 : Mise en œuvre départementale (IA et DT ARS, négociation avec associations gestionnaires, préparation des conventions, GTD) selon un échéancier défini localement. Phase 3 : Ingénierie académique et régionale du suivi du conventionnement (indicateurs d'évaluation, leviers pour l'action, déclinaison des conventions dans les CPOM, impact sur les projets d'établissement / grille de lecture). Phase 4 : Valorisation des bonnes pratiques professionnelles Animation académique et régionale auprès des associations et ESMS en lien avec les enseignants référents de scolarité (colloque et cercles de compétences). Réalisation et diffusion d'un guide des bonnes pratiques. Développement de formations.</p>
<b>Evaluation</b>	<p>Indicateurs de suivi :</p> <p>Nombre de conventions signées à chaque rentrée scolaire et leur contenu (dimension qualitative), évolution des ratios de scolarisation Réalisation du guide des bonnes pratiques Nombre, contenu et fréquentation des formations conjointes organisées</p> <p>Indicateurs de résultat :</p> <p>Indicateurs de niveau de scolarisation à construire sur la base de l'exploitation de l'enquête scolarisation et des données issues des MDPH Indicateurs qualitatifs mesurant l'impact de la démarche sur l'évolution des projets d'établissement et de service à partir des rapports d'activité des ESMS et des données recueillies auprès des enseignants référents de scolarité (augmentation des temps partagés, nombre de conventions passées entre les établissements scolaires et les ESMS, fréquence des réunions de concertation, fréquence des interventions, appuis et accompagnements sur site) Indicateurs de suivi des parcours (nombre de rupture de parcours... à modéliser un territoire déterminé) Enquête sur le niveau de connaissance du guide Enquête de satisfaction sur les formations reçues</p>

## **Aménagement de l'action des SESSAD en complémentarité avec les dispositifs collectifs d'inclusion scolaire**

Dans le cadre de la mise en place du soutien à la scolarisation, l'organisation et le fonctionnement des SESSAD comme la création des places nouvelles doivent être coordonnée et mises en cohérence avec les besoins d'accompagnement des enfants et adolescents fréquentant un dispositif collectif d'inclusion scolaire (CLIS, ULIS et ULIS-lycées) ou des classes ordinaires.

Le fonctionnement des services pourraient être revus en concertation avec les MDPH afin de proposer un accompagnement global des élèves des classes concernées en assouplissant la procédure d'orientation afin d'optimiser l'organisation et de couvrir l'ensemble des besoins.

## **Faciliter les transports des élèves en situation de handicap**

La majorité des enfants et adolescents accompagnés par des services médico-sociaux sont également des élèves en classes ordinaires ou en dispositifs collectifs d'inclusion (CLIS et ULIS). Parallèlement de nombreux enfants accueillis en établissements bénéficient ou pourraient bénéficier d'une inclusion en milieu ordinaire. Cependant, l'organisation de ces parcours est souvent contrariée par des difficultés matérielles liées aux transports.

L'éloignement des structures médico-sociales des centres urbains et l'implantation des CLIS et ULIS, rendent parfois complexes voire impossibles une scolarisation ordinaire, tant du point de vue logistique que financier.

Dans ce contexte, il devient nécessaire de procéder à une analyse des difficultés existantes par territoire, de repérer de manière précise les zones de tension et de partager les constats avec l'ensemble des partenaires concernés que sont le Département, l'éducation nationale et les ESMS.

Sur la base de ces diagnostics locaux, une des pistes d'amélioration consistera à renforcer les coopérations inter-établissements et services pour faciliter les regroupements des élèves et in fine leur circulation.

<b>Objectif</b>	Accroître la coopération des acteurs institutionnels (ARS, éducation nationale et conseils généraux), des ESMS et des établissements scolaires afin de déterminer des solutions opérationnelles d'optimisation de l'organisation des transports des élèves en situation de handicap accompagnés par les ESMS.
<b>Plan d'action</b>	Recenser et analyser les difficultés existantes par territoire en partenariat avec l'éducation nationale, les ESMS et les conseils généraux Définir les axes d'un plan partenarial d'amélioration des transports des élèves handicapés accompagnés en ESMS Repérer les potentialités de coopération, mutualisation et regroupement au sein des ESMS afin de faciliter le transports des élèves accompagnés Accompagner les ESMS vers ce modèle d'organisation
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : - diagnostics par territoire - définition partenariale des axes de progrès - élaboration de plan partenarial d'amélioration des transports des élèves handicapés
<b>Evaluation</b>	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : réalisation des diagnostics, réalisation d'un plan d'amélioration des transports des élèves accompagnés par les ESMS, mise en œuvre des actions d'adaptation des ESMS Dans un second temps, l'amélioration effective du dispositif pour les usagers pourra se mesurer notamment par l'évolution du nombre d'enfants accompagnés en EMS bénéficiant d'une scolarité en temps partagé (unité d'enseignement et classes ordinaires)

## **Améliorer l'accompagnement médico-social des étudiants en situation de handicap**

Avec l'augmentation continue de la scolarisation, la poursuite d'études concerne un nombre croissant de jeunes adultes en situation de handicap. Afin de préserver la continuité de leur parcours de vie et de formation, ceux-ci doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement médico-social adapté à leurs besoins de compensation et donc l'intervention d'un dispositif à construire par la mobilisation des services (SESSAD et SAMSAH) et le développement des logements adaptés.

Préalablement à la définition du dispositif, il conviendra de mieux cerner le niveau et la nature des besoins, en lien avec les académies et les MDPH, de repérer sur les territoires les services ressources capables de développer leur activité à destination des étudiants et de mobiliser les partenariats nécessaires à la préservation de l'autonomie sociale.

<b>Objectif</b>	Constituer une réponse médico-sociale aux besoins des étudiants en situation de handicap
<b>Plan d'action</b>	Recenser les besoins des étudiants en situation de handicap en lien avec les académies d'Aix-Marseille et de Nice et les MDPH Recenser les ressources sociales et médico-sociales existantes pour répondre à ces besoins (SAMSAH, SSIAD, SAD, SAVS) Identifier des services référents dans l'accompagnement des étudiants sur la base du diagnostic opéré et qualification partenariale des missions attendues pour répondre aux spécificités relevant de ces populations Articuler ces actions avec le développement du logement autonome adapté (voir fiche logement)
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma : - établissement d'un diagnostic partagé comprenant les besoins et les ressources existantes - établissement par académie d'un dispositif d'accompagnement aux étudiants en fonction des ressources disponibles (SESSAD, SAMSAH) et en lien avec les services sociaux (SAD, SAVS)
<b>Evaluation</b>	Etablissement du diagnostic comprenant le nombre d'étudiants concernés Détermination des services mobilisés Nombre d'étudiants suivis en 2016

### 3.2.3.5 Améliorer et garantir une offre cohérente à destination des adultes lourdement handicapés

Bien que ne disposant que d'une très faible autonomie, les personnes lourdement handicapées doivent pouvoir choisir librement, en lien avec leur famille, leur mode de vie (domicile ou institution) mais aussi pouvoir évoluer dans leur choix. En effet, la nature et l'ampleur de leurs besoins nécessitent des réponses adaptées et évolutives conciliant vie en milieu ordinaire et/ou vie en institution. Il est donc important de pouvoir envisager globalement leur situation afin de garantir un parcours de vie et de santé cohérent par une offre en ESMS diversifiée et coordonnée et des prises en charge adaptées.

#### **Diversifier et coordonner l'offre en établissement et services médico-sociaux**

Afin de rendre possible le libre choix de vie des personnes lourdement handicapées, il importe de lever les freins d'accès aux soins et proposer des alternatives au tout domicile ou tout institution par une offre en ESMS diversifiée et coordonnée. Cette offre doit ainsi concilier des places :

- de MAS/FAM sur les espaces jugés prioritaires sous la forme de projets de plateforme,
- d'accueil de jour et d'hébergement temporaire adossées aux MAS et FAM,
- de SAMSAH plurivalents,
- de SSIAD.

Le développement de ces places sera organisé selon les modalités suivantes :

- la transformation de places d'établissement (requalification de places pour personnes âgées pour les SSIAD),
- la création de places nouvelles par extension (depuis les structures existantes),
- la réorganisation des zones d'intervention notamment pour les SAMSAH

Il devra s'inscrire dans une démarche de mise en réseau des établissements médico-sociaux avec les services d'aide à domicile (SAMSAH, SSIAD).

*Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire*

## Adapter et individualiser les accompagnements

Le projet individualisé de prise en charge des personnes lourdement handicapées doit prendre en compte outre le choix de vie de la personne, ses besoins et son environnement familial. C'est pourquoi il est important que figurent dans les projets de services ou d'établissements les axes suivants :

- l'accompagnement du vieillissement des personnes et de leurs aidants ;
- l'accompagnement de la fin de vie ;
- la problématique des troubles psychiatriques ;
- l'accompagnement des sorties d'hospitalisation
- la prise en charge des personnes en situation de précarité (personnes isolées, personnes sortant de prison)

et de mobiliser les leviers suivants pour y répondre :

- la formation du personnel aux prises en charge spécifiques et soins palliatifs (échanges de pratiques, formations communes sur les actes techniques ou prises en charge spécifiques) ;
- la formation des aidants ;
- la coordination voire la recherche de partenariat entre les équipes hospitalières et les équipes de suivi médico-sociales ;
- la recherche et mise en place de solutions de répit adaptées en direction des aidants (identification des personnes concernées, développement de l'accueil séquentiel, complémentarités entre services à domicile et établissements) ;
- le renforcement des missions de certains services (SAMSAH, SSIAD) sur certaines problématiques selon une logique de service « référent ». Il importe notamment pour les personnes détenues de pouvoir identifier un SSIAD référent pour chaque établissement pénitentiaire afin d'améliorer la prise en charge des personnes détenues lourdement handicapées et faciliter la continuité des soins à la sortie.

☰ [Fiche partagée accompagnement des professionnels et des aidants](#)  
☰ [Fiche adaptation des projets institutionnels](#)

### 3.2.3.6 Soutenir l'insertion professionnelle des adultes

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. La vie professionnelle participe pleinement au projet de vie de la personne en situation de handicap comme l'expression de son autonomie et de son utilité sociale.

Malgré ce droit d'accès au travail la situation des travailleurs handicapés face au chômage est plus défavorable que celle de l'ensemble de la population en âge de travailler. Les travailleurs handicapés sont généralement plus âgés que les autres chômeurs, et sont le plus souvent des hommes. Ils sont également moins diplômés et moins qualifiés.

L'accès au travail et la réussite du parcours professionnel dépend de plusieurs paramètres qu'il est important de prendre en compte afin de définir les réponses médico-sociales : le niveau de formation, les causes et la nature du handicap, le degré d'autonomie, le sexe, l'âge, la zone d'habitation.

Soutenir l'insertion professionnelle des adultes en situation de handicap suppose dès lors d'assurer la définition de parcours personnalisés pouvant concilier mesures spécifiques et mesures de droit commun en matière d'emploi et de formation, avec le cas échéant un accompagnement et un soutien au long cours.

Les axes retenus pour la mise en œuvre sont :

- promouvoir et faciliter l'autonomie des personnes en situation de handicap par le développement de logements autonomes en partenariat avec les acteurs publics en charge de la thématique ;
- favoriser la formation initiale des personnes en situation de handicap dont l'accès à l'apprentissage des jeunes sortant des UPI et des SEGPA ;

- susciter et soutenir les adaptations nécessaires de l'activité des ESAT au regard de l'évolution des besoins et projets des personnes (vieillesse, autisme) : extension de places, développement du temps partiel, développement de prestations de services, mise à disposition...;
- renforcer le partenariat et les articulations entre les différents partenaires de politiques publiques (DIRRECTE, EN, AM, AGEFIPH, ARS, CR, AGEFIPH...) en matière d'insertion professionnelle à partir d'une réflexion et d'un diagnostic partagé ;
- rechercher et promouvoir les complémentarités (coopération, mutualisation...) entre les différents acteurs et dispositifs du champ du travail afin de prévenir les situations de rupture et faciliter l'accès et le maintien au travail (UEROS, CRP, EA, EN...).

<b>Objectif 1</b>	Favoriser et accompagner l'adaptation des ESAT aux évolutions des populations accueillies par le développement d'activités adaptées
<b>Plan d'action</b>	Constituer un groupe de travail associant les représentants des institutions et professionnels ayant pour mission de : Réaliser un état des lieux de l'offre et des besoins Engager une réflexion sur le développement de solutions alternatives aux besoins de répit des travailleurs handicapés (temps partiels, logements ..) , d'activités complémentaires permettant aux travailleurs handicapés présentant notamment des TED ou souffrant d'autisme de pouvoir s'inscrire dans un parcours professionnel adapté et évolutif A partir d'un diagnostic des partenariats existants, rechercher les complémentarités entre ESAT d'un même territoire (mutualisation, échanges de pratiques..) pouvant contribuer à optimiser l'offre en formation et favoriser les modes de transport
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	Constitution du groupe Solutions proposées, mise en œuvre et évaluation

<b>Objectif 2</b>	Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi dans le cadre d'un parcours individuel vers l'activité professionnelle plus lisible et cohérent
<b>Plan d'action</b>	Constitution d'un groupe de travail associant les différents partenaires DIRRECTE, MDPH, AGEFIPH, AM, Acteurs de l'accompagnement à l'emploi (CRP, UEROS, ESAT..), Conseil Général et Conseil Régional Etat des lieux des différents dispositifs et acteurs du champ de l'emploi et de la formation en direction des personnes en situation de handicap A partir d'une définition partagée sur les attendus des parcours professionnels, définition d'une politique régionale en matière d'emploi et de formation – formalisation d'une charte partagée
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	Production d'une charte partagée

*Cf synthèse des objectifs quantifiés par territoire*

### 3.2.4 Développer des accompagnements médico-sociaux spécifiques

#### 3.2.4.1 Assurer une offre territoriale maillée en réponse à des besoins spécifiquement repérés

#### **Organiser la prise en charge des adolescents souffrant de handicaps psychiques en grande difficulté**

Un certain nombre d'adolescents en grande difficulté connaissent un parcours de soin et d'accompagnement chaotique résultant souvent des stratégies d'évitement des institutions concernées (ITEP, MECS, PJJ et PIJ). Chaque année, quelques cas focalisent l'attention et mettent en exergue les lacunes dans la coordination des interventions auprès des publics les plus déstructurés.

Afin de construire en faveur de ces jeunes des projets de soins et de vie cohérents et stables, il appartient aux partenaires de renforcer leur coordination, en particulier entre le secteur sanitaire et médico-social, d'organiser en amont les parcours sur la base de conventions et de favoriser les rapprochements, y compris géographique.

Ces rapprochements s'appuieront sur un diagnostic territorialisé des situations et des ressources existantes en matière de prise en charge (psychiatrie, médico-sociale et aide sociale) et devront tendre à la formalisation d'outils partagés pour l'accompagnement et le suivi des adolescents concernés.

Par ailleurs, le développement des places d'accueil temporaire en établissement médico-social devra prioritairement être mobilisé au bénéfice de ces parcours.

<b>Objectif</b>	Instituer des liens formalisés et permanents entre les différentes instances afin de permettre la construction de réponses adaptées et valables dans la durée au bénéfice de ces publics très fragiles
<b>Plan d'action</b>	Réaliser un diagnostic territorial partagé des besoins et des ressources existantes : ITEP, Aide Sociale à l'Enfance, établissements scolaires, inter secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, secteurs de psychiatrie adulte, services de la PJJ Etablir une analyse partagée avec l'ensemble des partenaires Proposition de plan d'actions comprenant la mise en place d'outils partagés, de protocoles formalisés de prise en charge, de relais, de liens avec les familles, de suivi des parcours
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : réalisation du diagnostic et des analyses partagées par territoire, élaboration et mise en œuvre effective des outils réalisés. Dans un second temps, il sera proposé de mesurer en lien avec les partenaires institutionnels l'évolution sur la période du schéma de l'évolution du nombre de situations de blocage repérées en MDPH

### **Poursuivre le renforcement de l'accompagnement des personnes autistes et TED**

La mise en œuvre du plan autisme 2008-2010 s'est accompagné de la création de places en faveur des personnes autistes et TED en région PACA et d'un renforcement important du centre de ressources autisme lui permettant d'être en mesure d'assurer son rôle d'animation du réseau, de formation des professionnels, d'information et d'accueil des familles.

Le schéma régional doit s'inscrire dans la poursuite de ces objectifs en déployant plusieurs actions complémentaires :

- la labellisation de sections dédiées au sein des IME, disposant d'un projet spécifique, afin de mieux mailler les territoires et d'apporter un accompagnement en proximité ;
- le développement de l'accompagnement en MAS et en FAM, organisés en petite unités de vie, en étroite articulation avec les structures accueillant aujourd'hui des autistes pour apporter soutien et formation aux équipes ;
- le déploiement des activités médico-sociales du centre de ressources autisme en appui des ESMS en particulier en matière de diffusion des outils d'évaluation et des bonnes pratiques ;
- le renforcement du dépistage et de l'évaluation de l'autisme et des TED en proximité à partir des équipes référents des centres hospitaliers.

<b>Objectif</b>	Renforcer qualitativement l'offre d'accompagnement des personnes souffrant d'autisme et de troubles envahissants du développement par la mobilisation des ressources existantes et assurer une réponse équitablement répartie en région
<b>Plan d'action</b>	Affiner les diagnostics territoriaux en confrontant les besoins aux ressources existantes  Labelliser des sections dédiées au sein des IME par requalification de places pour déficients intellectuels et pour déficients sensoriels dans le cadre de la programmation financière mais aussi sans mobilisation financière complémentaire en fonction des coûts à la place constaté  Développer de petites unités de vie destinés aux personnes autistes en établissements pour adultes selon deux axes : a. adaptation des structures existantes en améliorant les conditions d'accueil b. développement de places nouvelles par extension d'établissements existants  Poursuivre le renforcement des activités proprement médico-sociales du centre de ressources autisme ( animation, formation, documentation) pour aboutir à la constitution d'un véritable réseau institutionnalisé d'accompagnement  Déployer les équipes référents des centres hospitaliers en lien avec le CRA pour un repérage et un diagnostic de première intention

<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	Nombre et implantation des sections dédiées aux enfants et adolescents autistes et TED Nombre et implantation des places dédiées aux adultes Suivi des listes d'attente des MDPH (volume, âge, territoire de vie)4. suivi des indicateurs du rapport d'activité du centre de ressources autisme : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. délais d'attente entre le réception de la demande et la première consultation (mesure du déploiement des équipes de référence des centres hospitaliers)</li> <li>b. évolution du nombre et de la nature des actions de conseil et d'appui aux pratiques professionnelles</li> <li>c. évolution du nombre, du public et de la nature des actions de sensibilisation et de formation</li> <li>d. évolution du nombre d'actions d'appui aux MDPH</li> <li>e. mise en place des outils d'information et de communication (site internet, bulletin...)</li> </ol>

### Les troubles spécifiques des apprentissages

Les besoins d'accompagnement des enfants et adolescents souffrant de troubles des apprentissages vont croissants dans un contexte d'amélioration du repérage de ces troubles, en lien notamment avec le centre de référence La Timone.

Depuis quelques années des places médico-sociales spécialisées ont été créées afin d'offrir un accompagnement médico-social soutenu pour les enfants les plus en difficulté, en soutien d'une scolarisation en milieu ordinaire.

Par ailleurs, un projet de reconversion d'une maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée dédiée aux troubles des apprentissages, dans le département des Hautes-Alpes est en cours. Celui-ci vise à déployer une prise en charge majoritairement en SESSAD sur plusieurs zones de la région, à partir du plateau technique de la MECSS, tout en maintenant pour les enfants les plus lourdement handicapés un accompagnement en internat, qui à terme pourra être reconsidéré au regard de l'évolution des besoins régionaux.

A partir d'une consolidation des diagnostics affinés par territoire (connaissance des besoins et de l'offre existante), établie en lien avec le centre de référence La Timone, les enjeux majeurs résideront dans :

- la mise en cohérence des équipements existants et l'optimisation de leur fonctionnement ;
- la mise en réseau des partenaires sur le sujet ;
- la clarification de l'intervention des CMPP et leur mobilisation au service des enfants et adolescents souffrant de ces troubles.

<b>Objectif</b>	Développer les réponses médico-sociales en proximité par la mobilisation des équipements existants et articulée avec les réponses assurées par le secteur sanitaire tant en ambulatoire (orthophonistes) qu'en hospitalier (centres de référence)
<b>Plan d'action</b>	Affiner les diagnostics par territoire sur les besoins (MDPH, centres de référence) et les ressources existantes en transversalité entre les secteurs sanitaire et médico-social Définir des modalités d'organisation articulée avec le secteur sanitaire en prenant appui sur les structures spécialisées et les structures de prise en charge de première intention (CMPP) et de deuxième intention (SESSAD) comprenant l'ensemble des étapes depuis le repérage jusqu'à la prise en charge médico-sociale (formation, information, soutien) Etudier les opportunités de développer une offre spécifique là où la réponse aux besoins n'est pas assurée par l'offre existante (CMPP dans les Alpes Maritimes par exemple).
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : réalisation des diagnostics, définition des axes de progrès, mise en oeuvre des actions Dans un second temps, il sera proposé de mesurer le niveau de prise en charge proposé dans le secteur médico-social à l'issue du schéma.

## **Poursuivre le renforcement de l'accompagnement médico-social des adultes handicapés psychiques**

Suite à la seconde enquête séjours longs en psychiatrie menée en région PACA, ont été identifiées un nombre encore important de patients qui relèveraient d'une prise en charge médico-sociale du fait de la faiblesse de leur autonomie et de leurs besoins de compensation.

Une troisième enquête sera lancée qui devra associer les partenaires du Département et des MDPH afin d'harmoniser et de partager l'évaluation des besoins des personnes handicapées psychiques.

A partir de ces résultats, le développement de l'accompagnement médico-social à destination de ces personnes devra être soutenu afin d'améliorer leur prise en charge et garantir une juste réponse à leurs besoins.

Ainsi, sur la base d'une analyse locale précise des besoins et des ressources sanitaires et médico-sociales existantes, il conviendra de reconvertir sous condition une part des activités sanitaires en prise en charge médico-sociales, en accompagnant ces opérations, le cas échéant, par la création de places afin de conforter les projets de transformation.

Ces transformations s'accompagneront obligatoirement de procédures telles que définies dans l'orientation « articulation entre la psychiatrie et le secteur médico-social » afin de garantir la continuité des parcours de vie et de soins des personnes.

### *3.2.4.2 Assurer une réponse régionale aux besoins les plus complexes*

Le handicap rare (1 cas pour 10 000 habitants) est la conséquence d'une association rare et simultanée de déficits sensoriels, moteurs, cognitifs ou de troubles psychiques. Il génère une situation complexe, différente de la simple addition de déficiences et nécessite une expertise spécifique, caractérisée par la difficulté et la rareté. Le lien entre maladie rare et handicap rare n'est pas systématique. La rareté génère un isolement, une méconnaissance générale, un retard à la détection, une complexité de l'évaluation, avec un risque majoré de non-réponse pour la prise en charge. Les familles sont fortement impactées (parfois caractère génétique) et l'implication des aidants est très importante.

Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013 a été arrêté le 27 octobre 2009. Le pilotage est assuré par la CNSA selon le développement de trois axes :

- développement des compétences et augmentation des expertises ;
- amélioration de la détection, l'orientation, la prise en charge sur le territoire national ;
- développement et structuration de l'offre avec maillage territorial.

Les centres de référence maladies rares, les centres régionaux de ressources autisme et les centres nationaux de ressources handicaps rares (le CRESAM à Poitiers, le centre la Pépinière à Loos lès Lille, le centre Robert Laplane à Paris) constituent des points d'appui. ==

Les perspectives pour le SROMS, en lien avec le Plan national maladies rares, sont les suivantes :

- contribuer au diagnostic national selon la méthodologie définie par la CNSA ;
- identifier les problématiques au niveau régional en lien avec les centres de référence ;
- identifier un (ou des) porteur(s) susceptible(s) de répondre aux futurs appels à projets nationaux relatifs au dispositif d'accompagnement avec hébergement permanent et séquentiel pour les adultes en MAS (ou FAM).

<b>Objectif</b>	Assurer une réponse régionale aux besoins les plus complexes
<b>Plan d'action</b>	<p>Le pilotage de la mise en œuvre du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013 relevant du niveau national, le plan d'action proposé sera susceptible d'être modifié en fonction des consignes fixées par la CNSA.</p> <p>Mise en place d'un groupe de travail régional comprenant notamment les six MDPH de la région, les associations et établissements ou services accueillant des déficients sensoriels, des services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge des déficiences sensorielles ou de l'épilepsie, l'URIOPS et le CREAI Paca Corse.</p> <p>Les objectifs fixés à ce groupe seront les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contribuer au diagnostic national             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. identifier les acteurs régionaux qui ont la connaissance de ce public : établissements médico-sociaux spécialisés ou non, personnes qualifiées, associations, services à domicile...</li> <li>b. identifier les accueils de personnes présentant un handicap rare dans les services et établissements médico-sociaux</li> <li>c. sensibiliser les équipes des MDPH à la nécessité d'instaurer une vigilance : repérage des situations de personnes présentant un handicap rare et suivi du parcours de vie.</li> </ol> <p>La faisabilité d'étendre cette réflexion aux situations complexes sera posée.</p> </li> <li>2. Identifier les problématiques au niveau local             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. développer une meilleure connaissance des freins et limites des interventions à domicile auprès des personnes présentant un handicap rare</li> <li>b. identifier les partenariats entre les acteurs au sein de la région</li> <li>c. identifier les partenariats entre les acteurs régionaux et les centres nationaux de ressources handicaps rares</li> <li>d. identifier les partenariats entre les acteurs régionaux et les centres de référence maladies rares</li> <li>e. organiser une veille permanente des situations de personnes présentant un handicap rare (voire des situations les plus complexes)</li> </ol> </li> <li>3. Identifier un (ou des) porteur(s) susceptible(s) de répondre aux futurs appels à projets nationaux relatifs au dispositif d'accompagnement avec hébergement permanent et séquentiel pour les adultes en MAS (ou FAM) :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour les combinaisons de déficiences sensorielles (dimension interrégionale)</li> <li>- pour les groupes maladies neurologiques avec conséquences cognitives et/ou troubles du comportement et/ou épilepsie sévère ou rare</li> <li>- pour le groupe de combinaison déficience physique avec troubles de la personnalité et/ou troubles du comportement</li> </ul> </li> </ol>
<b>Programmation</b>	Sur la durée du schéma
<b>Evaluation</b>	<p>Nombre de réunions du groupe et assiduité des participants</p> <p>Respect du calendrier</p> <p>Production de données</p>

## 3.3 Les personnes confrontées à des difficultés spécifiques

### 3.3.1 Améliorer la coordination des dispositifs de prise en charge

Selon l'article L.1434-12 du CSP, le schéma régional d'organisation médico-sociale veille à l'articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'ARS. Celle-ci constitue un enjeu majeur du projet régional de santé.

La diversité de l'offre de soin est un atout pour la prise en charge globale et multidisciplinaire que nécessite l'accompagnement des patients confrontés à des difficultés spécifiques, à condition que les dispositifs soient bien articulés les uns aux autres en termes d'organisation, de répartition de l'offre, de priorités.

Plus spécifiquement sur le champ des addictions, il serait souhaitable, conformément aux orientations du Schéma Régional d'Addictologie arrêté en mars 2010, que la Commission Régionale Addictions conduise une réflexion sur les **missions de coordination** de proximité qui pourraient avoir pour objectifs :

- de mettre en cohérence et permettre une complémentarité des actions, en précisant les missions et territoires de chacun, en veillant au niveau local à éviter les lacunes comme les doublons,
- de créer du lien entre les acteurs, de permettre leur rencontre, de favoriser les échanges et leur connaissance mutuelle,
- de transmettre de l'information dans le sens d'une culture commune de l'addictologie, mais aussi de faire émerger de l'information : veille sanitaire, idées innovantes, carences du dispositif.

### 3.3.2 Le parcours de soins de la personne

Dans un parcours, les points d'entrée doivent être visibles de tous, accessibles de façon simple sans stigmatisation et capables d'offrir, dans la proximité, la meilleure prise en charge. A l'entrée, le patient bénéficie d'une évaluation-médico-psycho-sociale puis d'une prise en charge individualisée qui doit tendre à être la plus continue possible, sans rupture dans le parcours.

La communication entre les structures autour d'un patient (courriers, réunions,...) pour créer une relation d'équipe, les rencontres entre un patient et les professionnels de première ligne qui le suivent sont à développer et entrent dans le cadre de l'élaboration d'un suivi personnalisé. Cela nécessite d'accompagner la personne lors du passage d'une structure à une autre, de mettre en place des relais entre la prévention, le soin et les structures d'insertion. Il s'agit de développer **le travail en réseau, en coopération qui doit permettre la connaissance réciproque des intervenants, le lien entre les équipes et assurer ainsi le décloisonnement.**

La prise en charge des soins étant souvent complexe et associant des pathologies multiples, il est essentiel de l'inscrire dans le quotidien et dans le temps, et de pouvoir apporter une aide médico-sociale qui soit adaptée à chaque parcours.

### 3.3.3 Assurer une couverture territoriale équilibrée

La couverture territoriale doit permettre l'adéquation entre l'offre et les besoins afin que les personnes en difficultés spécifiques soient orientées vers les structures ad hoc. Cela nécessite :

- une accessibilité spatio-temporelle des structures : localisation, délais, horaires, critères d'accueil...
- un accès aux différentes prises en charge ambulatoire, de prévention, médico-sociale.
- une couverture des besoins sociaux des personnes en grande précarité, la dépendance étant elle-même un facteur de précarité.
- une couverture de besoins particuliers, liés à certaines populations spécifiques
- une accessibilité des professionnels aux ressources : information, référentiels, recherche, formations, groupes de pairs, niveau de recours.

L'organisation de l'offre en direction des personnes en difficultés spécifiques doit pouvoir prendre en considération les spécificités de ce public et de sa prise en charge , **ce qui implique une approche en proximité et un maillage territorial équilibré et adapté en fonction du niveau des équipements et des objectifs quantifiés notifiés par le niveau national.**

Dans le domaine des addictions, considérant les orientations du schéma régional d'addictologie 2010/2014 arrêté conjointement par le directeur de l'ARH et le préfet de région en mars 2010, les principaux axes relatifs à l'organisation de l'offre en établissements et services concerne les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) dont les objectifs quantifiés sont restitués dans la partie V du présent schéma.

S'agissant des appartements de coordination thérapeutique (ACT) et lits halte soins santé (LHSS) l'objectif prioritaire est de pouvoir améliorer la couverture de l'ensemble du territoire pour répondre aux besoins des patients. La programmation dépend des crédits notifiés annuellement à la région. Sur 2011 :

- 15 places d'ACT font l'objet d'un appel à projet sur les départements des Alpes-de-Haute Provence et Hautes-Alpes dépourvues à ce jour d'un tel dispositif;
- 6 places d'ACT dédiés aux personnes sortant de prison seront autorisées sur les Bouches-du-Rhône.

## 4 Synthèse des objectifs quantifiés par territoire 2012/2016

Le SROMS prévoit les évolutions qualitatives et quantitatives de l'offre médico-sociale personnes âgées.

Les évolutions quantitatives de l'offre sont alors prévues :

- dans une orientation régionale du SROMS,
- dans le PRIAC (en volume financier). Le PRIAC au sein du Projet Régional de Santé constitue le plan d'action du SROMS et son budget d'exécution. Il dresse pour la part des prestations financées sur décision tarifaire le concernant les priorités de financement des créations, des extensions ou transformations d'ESMS au niveau régional. Il est entièrement encadré financièrement et il évolue en fonction des notifications budgétaires pluriannuelles.
- dans les programmes territoriaux support de l'animation territoriale qui sera menée par les délégations territoriales de l'ARS (en volume de places).

### 4.1 Personnes âgées

#### 4.1.1 Orientation régionale du SROMS

Les objectifs quantifiés relatifs aux personnes âgées s'inscrivent dans l'orientation « organiser territorialement l'offre médico-sociale personnes âgées » - p16 dont l'objectif est de rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie en proposant des axes d'organisation territoriale en complémentarité avec les autres acteurs de la santé et de la préservation de l'autonomie, et notamment les Conseils Généraux et les Communes

Cette organisation s'inscrira dans des scénarii de recomposition de l'offre par territoire et s'accompagnera en fonction du niveau d'équipement et des besoins, de création de places en accueil de jour, hébergement temporaire ou de services.

L'ensemble des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (formation des aidants, Equipes spécialisées Alzheimer, plateforme de répit, accueil de jour, dispositif MAIA...etc.) participent également des orientations du SROMS et ont vocation à se développer dans la région pour une couverture optimale des territoires de santé en fonction des enveloppes nationales dédiées à ces actions. Parmi ces mesures figurent les accueils de jour, les hébergement temporaires, les unités d'hébergement renforcées, les pôles d'activités et de soins adaptés, les équipes spécialisées Alzheimer, Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

Le suivi de ces évolutions quantitatives fait l'objet d'une fiche action intitulée «suivi de la mise en œuvre des actions d'organisation territoriale de l'offre ».

#### 4.1.2 Déclinaison quantifiée dans les programmes territoriaux

##### 4.1.2.1 Méthodologie

Les quantifications présentées de manière synthétiques dans les tableaux afférents ont été construites sur la base des données détaillées ci-dessous.

- *Cadrage financier quinquennal*

Le cadrage financier projeté sur 5 ans s'appuie sur le montant de l'enveloppe anticipée 2010 soit 7 554 062 € par an hors plan Alzheimer.

En l'état des instructions ministérielles et enveloppes nationales dédiées à ces mesures, il est prévu en programmation 2011:

- trois dispositifs MAIA,
- 266 actions de formations des aidants,
- 8 plates formes de répit (+ 8 en 2012).

Le déploiement se poursuivra de 2012 à 2016 dans un objectif de répartition territoriale équitable sur la base des moyens alloués par le national.

La quantification des places nouvelles d'EHPAD n'a pas été réalisée, la médicalisation des EHPAD existants ayant été considéré comme un axe prioritaire dans le cadre des enveloppes allouées à la région de manière pluriannuelle. Toutefois, la situation des établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes fera l'objet d'une évaluation à mi parcours de la mise en œuvre du schéma. Cette évaluation portera notamment sur l'accessibilité des établissements actuellement en fonctionnement et sur leur fonctionnement en terme de service rendu. L'accessibilité financière de ces structures sera un point central d'appréciation eu égard au faible niveau de ressources des personnes âgées de la région et des situations de plus grande précarité nécessitant un accompagnement social coordonné (personnes âgées sans domicile fixe, migrants âgés, personnes sortant de prison...). Durant cette phase de montée en charge des EHPAD et d'observations et analyse tant du point de vue qualitatif qu'en termes d'efficience, l'évaluation des besoins éventuels complémentaires d'offre en EHPAD sera réalisée conjointement avec les Conseils Généraux et pourra donner lieu à une révision du schéma.

Les places d'EHPAD inscrites dans les objectifs quantifiés correspondent à celles d'ores et déjà positionnées dans le PRIAC 2010-2013.

#### 4.1.2.2 Objectifs quantifiés

**Les objectifs quantifiés sont déclinés territorialement en région en fonction des données de contraintes budgétaires connues à ce jour mais ne préjugent pas d'éventuelles évolutions des équipements au regard : de l'évolution de la connaissance des besoins, de l'ONDAM et des moyens financiers délégués annuellement à la région.**

La mise en œuvre du schéma sera réalisée à travers la mise en œuvre de programmes territoriaux recensant l'ensemble des objectifs qualitatifs et quantitatifs qui portent sur le territoire d'animation territoriale de chaque délégation. Concernant les objectifs quantifiés du SROMS personnes âgées, les programmes territoriaux intégreront les éléments chiffrés suivants :

	EHPAD	SSIAD	AJ	HT	UHR (12 places)	PASA (12 places)	Equipes Alzheimer (10 places)
Alpes de Hte Provence	2	10	20	20	1	7	2
Hautes Alpes	64		26	14	1	4	1
Alpes Maritimes	309	153	143	111	3	62	15
Bouches du Rhône	504	926	280	241	5	80	17
VAR		927	206	184	3	51	11
VAUCLUSE	14	78	71	67	1	19	7
<b>TOTAL</b>	<b>893</b>	<b>2094</b>	<b>746</b>	<b>637</b>	<b>14</b>	<b>223</b>	<b>53</b>

## 4.2 Personnes en situation de handicap

### 4.2.1 Orientation régionale du SROMS

Les objectifs quantifiés relatifs aux personnes en situation de handicap s'inscrivent dans principalement dans l'orientation « restructurer et diversifier l'offre de proximité » - p 30 à 32 dont l'objectif est de contribuer à construire un parcours individualisé et un accompagnement coordonné. Pour ce faire, les partenariats devront être renforcés avec les structures les plus spécialisées, où exercent les professionnels les mieux formés pour des prises en charge très spécifiques.

Les priorités de développement de l'offre institutionnelle, identifiées en proximité, à partir des besoins repérés par les maisons départementales des personnes handicapés, concernent alors:

- les enfants et adolescents touchés par l'autisme et les troubles envahissants du développement,
- les enfants et adolescents polyhandicapés,
- les enfants et adolescents souffrant de troubles du caractère et du comportement,
- la réponse aux besoins de répit, de transition,
- le soutien à l'insertion sociale et professionnelle des adultes.

Ces priorités se formalisent en six actions qui seront ciblées dans les zones où l'on constate sur la durée du schéma un sous-équipement important au regard des évolutions démographiques attendues et se traduira dans une fiche action « synthèse développement équipement ».

### 4.2.2 Déclinaison quantifiée dans les programmes territoriaux

#### 4.2.2.1 Méthodologie

Les quantifications présentées de manière synthétiques dans les tableaux afférents ont été construites sur la base des données détaillées ci-dessous.

- *Cadrage financier quinquennal*

Conformément aux instructions de la CNSA et compte tenu du débasage intervenu en décembre 2009, le cadrage financier correspond à la moyenne projetée sur 5 ans des enveloppes anticipées reçues en 2010 pour les années 2011, 2012 et 2013. Le cadrage financier dans lequel doivent s'inscrire la création de places nouvelles d'ESMS pour personnes handicapées s'établit alors à :

- 6,6 M€ par an,
- Soit un total de 33,4 M€ sur la durée du schéma.

- *Détermination territorialisée de l'implantation des places nouvelles*

Le zonage retenu pour la mise en œuvre du schéma sur le volet handicap correspond à deux niveaux :

- la région (ex. : handicaps rares)
- le département (ex. : déploiement des ITEP)

- *Qualification des priorités de développement*

Les équipements à développer en priorité ont ainsi été déterminés :

Pour les adultes :

- SAMSAH et SSIAD ;
- MAS, FAM et AT

Concernant l'enfance, la priorité a été donnée aux équipements structurants sur la période (autisme, SESSAD, accueil temporaire et dans une moindre mesure ITEP), conformément aux orientations régionales et nationales.

Globalement, le rapport entre le nombre de places enfants et adultes se situe aux alentours de 40/60%.

Pour les adultes, le rapport entre le nombre de places de MAS et de FAM approche les 45/65%.

Enfin, les estimations ont également été calculée en fonction d'un nombre plancher de places à créer correspondant :

- pour les établissements à la notion de section ou groupe homogène (de 6 places pour les polyhandicapés à 10 places pour les déficients intellectuels) ;
- pour les services et les accueils temporaires enfants à un nombre minimal de 5 places, hormis pour le développement de l'accueil temporaire en établissement pour adultes (voir éléments de langage infra).

- *Engagements antérieurs à la rédaction du SROMS*

Les créations d'ores et déjà couvertes par des enveloppes anticipées du PRIAC 2010-2013 sont intégrées. Elles recouvrent des projets autorisés et des appels à projets lancés ou à mettre en œuvre dans les deux années à venir.

- *Transformation du sanitaire vers le médico-social*

Sont pris en compte les projets connus de reconversion de lits sanitaires (psychiatrie, MECSS et pouponnière) en places médico-sociales dans quatre départements. Cette programmation ne préjuge pas d'autres projets qui pourront être réalisés après transfert d'enveloppes du sanitaire vers le médico-social dans le cadre de la fongibilité asymétrique.

#### 4.2.2.2 Objectifs quantifiés

**Les objectifs quantifiés sont déclinés territorialement en région en fonction des données de contraintes budgétaires connues à ce jour mais ne préjugent pas d'éventuelles évolutions des équipements au regard : de l'évolution de la connaissance des besoins, de l'ONDAM et des moyens financiers délégués annuellement à la région.**

La mise en œuvre du schéma sera réalisée à travers la mise en œuvre de programmes territoriaux recensant l'ensemble des objectifs qualitatifs et quantitatifs qui portent sur le territoire d'animation territoriale de chaque délégation.

Concernant les objectifs quantifiés du SROMS personnes en situation de handicap, les programmes territoriaux intégreront les éléments chiffrés suivants

<b>SECTEUR ENFANT</b>	<b>IME autisme</b>	<b>section autisme IME</b>	<b>EEAP</b>	<b>section poly IME</b>	<b>ITEP</b>	<b>IME</b>	<b>AT</b>	<b>SESSAD plurivalents</b>	<b>CAMSP</b>
<b>PACA</b>									100 000 €
<b>Alpes de Haute Provence</b>								10	
<b>Hautes Alpes</b>									
<b>Alpes Maritimes</b>		8			15		10	30	
<b>Bouches du Rhône</b>	42	24			30	10	10	70	
<b>Var</b>	18	16	15	6	20		10	30	400 000 €
<b>Vaucluse</b>	15	8		6		10		20	100 000 €
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>56</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>65</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>160</b>	<b>600 000 €</b>

<b>SECTEUR ADULTES</b>	<b>MAS</b>	<b>transformation sanitaire ou PÂ</b>	<b>FAM</b>	<b>SAMSAH</b>	<b>SSIAD</b>	<b>AT</b>	<b>ESAT</b>
<b>Alpes de Haute Provence</b>		22	4				
<b>Hautes Alpes</b>	14	25					
<b>Alpes Maritimes</b>	30	20	76	40	10	8	50
<b>Bouches du Rhône</b>	64	50	66	30	57	20	50
<b>Var</b>	20	24	35	40	7	5	120
<b>Vaucluse</b>			7	45	40	4	30
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>141</b>	<b>188</b>	<b>155</b>	<b>114</b>	<b>37</b>	<b>250</b>

## 4.3 Personnes confrontées a des difficultés spécifiques

Les objectifs d'organisation de l'offre médico-sociale relatifs aux équipements en CSAPA et CAARUD s'inscrit dans l'orientation « offrir une couverture territoriale équilibrée » sur la base de l'actualisation du schéma régional d'addictologie.

### **HAUTES ALPES**

Organiser depuis les CSAPA existants la réduction des risques dans le territoire des Hautes Alpes avec un appui associatif.

Un projet pour mettre en place un récupérateur de seringues est à l'étude à la Ville de Gap. En fonction des besoins et de l'activité, une possible évolution vers un CAARUD pourrait être envisagée.

### **ALPES MARITIMES**

Implantation d'un CSAPA généraliste sur Menton adossé au CH La Palmosa. Pour l'arrière pays niçois et mentonnais, il conviendra de finaliser l'étude des besoins afin de mettre en place des antennes pour mailler le territoire.

Pour desservir l'ensemble du territoire, maintien de la spécificité en alcoologie du futur CSAPA géré par l'ANPAA 06.

Implantation de 2 CAARUD, un à Nice et un dans l'Ouest du département.  
Organisation d'un dispositif de réduction des risques à mettre en place dans l'arrière pays niçois et mentonnais jusqu'à la frontière italienne.

Déployer les missions du CAARUD sur Cannes-Grasse et Antibes.

### **BOUCHES DU RHONE**

Implantation d'un CSAPA généraliste sur Salon  
Implantation d'un CSAPA généraliste à Martigues avec couverture de la zone de Fos sur Mer  
Implantation d'un CSAPA généraliste associatif à Arles avec maintien de l'hébergement.

Implantation d'un CAARUD couvrant Aix et Salon  
Organisation de la réduction des risques sur Martigues et la Ciotat  
Développer l'offre de RDR en particulier sur la zone désertique de Tarascon, Port Saint Louis du Rhône, Saintes Marie de la Mer Salins de Giraud, Fos sur Mer.

### **VAR**

Implantation de deux CSAPA généralistes hospitaliers :

- un sur le territoire de la Dracénie, situé en centre ville de Draguignan
- un sur le territoire de proximité de Fréjus/St-Raphaël dans le centre ville de Fréjus.

Implantation d'un CAARUD associatif renforcé à Fréjus  
Création possible d'un CARUUD sur le territoire de Draguignan, ou tout au moins d'un programme d'échange de seringues avec un appui associatif  
Redistribution des CAARUD sur Toulon, Hyères et brignoles

### **VAUCLUSE**

Implantation d'un CSAPA généraliste associatif pour le Nord Vaucluse

Développer l'offre de réduction des risques sur l'ensemble du département (hors Avignon).

**ANNEXE 1 : BILAN DE L'OFFRE PERSONNES AGEES**

**Population des 75 ans &+ et indice de vieillissement<sup>2</sup>**

	Projection 2011		Projection 2016		Evolution 2011-2016	
	PA 75 ans & +	Indice de vieillissement	PA 75 ans & +	Indice de vieillissement	PA 75 ans & +	Indice de vieillissement
<b>Alpes de Haute Provence</b>	17 784	122	19 621	126	10.3%	3.56%
<b>Hautes Alpes</b>	14 176	110	15 506	116	9.4%	5.18%
<b>Alpes-Maritimes</b>	126 760	122	130 054	119	2.6%	-1.90%
<b>Bouches-du-Rhône</b>	180 418	84	197 006	99	9.2%	4.89%
<b>Var</b>	116 570	129	129 479	136	11.1%	5.12%
<b>Vaucluse</b>	51 778	98	56 492	102	9.1%	4.76%
<b>PACA</b>	507 486	108	548 158	112	8.0%	3.36%

La population âgée de 75 ans augmente peu dans le département des Alpes Maritimes : cette population va même baisser sur le territoire de Menton (-1.1%) et l'indice de vieillissement de ce département baisse. Cet indice augmente de façon notable dans les départements des Bouches du Rhône et du Var : certains territoires de ces deux départements verront leur population âgée de 75 ans et plus augmenter très fortement : Martigues (+20%), Aix en Provence (+14.4%) pour les Bouches du Rhône, Fréjus-St Raphaël (+18%), Brignoles (+14.2%) pour le Var.

**Bénéficiaires de l'APA au 30 septembre 2010<sup>3</sup>**

L'allocation personnalisée d'autonomie est accordée par décision du président du conseil général. Les articles L.14-10-6 et R.14-10-38 du CASF précisent les modalités de calcul du concours de la CNSA aux départements pour couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le mécanisme de répartition du fonds entre les départements repose sur la prise en compte de quatre variables : le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (variable entrant pour 50% dans le calcul de la dotation du département), la dépense constatée d'APA (20%), le potentiel fiscal (25%) et le nombre de bénéficiaires du RMI (5%).

	APA au 30 sept.2010	Projection 2011 <sup>4</sup> PA 60 ans et +	Nbre de bénéficiaires APA pour 100 PA 60 ans et +
<b>Alpes de Haute Provence</b>	2879	45 468	6.3
<b>Hautes Alpes</b>	Non disponible		
<b>Alpes-Maritimes</b>	23 964	298 805	8.0
<b>Bouches-du-Rhône</b>	33 576	455 429	7.4
<b>Var</b>	30 425	293 188	10.4
<b>Vaucluse</b>	9 968	133 483	7.5
<b>PACA (hors 05)</b>	100 812	1 226 374	8.2

	Potentiel fiscal 2009 par habitant <sup>5</sup>	Bénéficiaires du RMI au 31/12/2007 <sup>6</sup>
<b>Alpes de Haute Provence</b>	Entre 400 € et 500 €	1 791
<b>Hautes Alpes</b>	Entre 300 € et 400 €	1 179
<b>Alpes-Maritimes</b>	Plus de 600 €	14 853
<b>Bouches-du-Rhône</b>	Entre 400€ et 500 €	57 029
<b>Var</b>	Entre 500 € et 600 €	18 284
<b>Vaucluse</b>	Entre 400€ et 500 €	10 338

<sup>2</sup> Nombre de PA de 60 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans

<sup>3</sup> Source <http://www.sante.gouv.fr/l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa.html>

<sup>4</sup> Projection 2010 non disponible

<sup>5</sup> Alternatives économiques n°284 octobre 2009

<sup>6</sup> Diagnostics territoriaux ARS

## Situation des équipements

### Hébergement des personnes âgées (maisons de retraite, foyers logements et unités de soins de longue durée) SSIAD et infirmiers libéraux par département

Données janvier 2011

	MR+LF+ USLD			SSIAD			Inf. libéraux	
	Nbre d'étb	Cap. Autor.	Taux 1000 PA.	Nbre de serv.	Cap. Autor	Taux 1000 PA	Nbre	Taux Pop.gén
Alpes de Haute Provence	40	2 468	139	12	458	26	352	227
Hautes Alpes	31	1 660	117	10	468	33	266	203
Alpes-Maritimes	211	14 092	111	41	2 483	20	2 182	203
Bouches-du-Rhône	261	19 723	109	64	3 117	17	5 257	271
Var	193	12 264	105	28	1 786	15	2 493	253
Vaucluse	84	5 944	115	15	987	19	955	179
<b>PACA</b>	<b>820</b>	<b>56 151</b>	<b>111</b>	<b>170</b>	<b>9 299</b>	<b>18</b>	<b>11 505</b>	<b>239</b>
France Métropolitaine	10 881	795 434	136	2 035	105 963	19	89 653	146

Sources : FINESS janvier 2011 et projection population 2011

Taux d'équipement nombre de places pour 1000 personnes âgées de + 75ans

Taux infirmiers pour 100.000 habitants ADELI redressé au 1 janvier 2010

Tous types d'établissements confondus (maisons de retraite, logements-foyers et unités de soins de longue durée), la région PACA compte 820 établissements et 56 151 lits, le taux d'équipement 111 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus est inférieur au niveau national.

Cependant l'offre médico-sociale doit être appréciée dans le cadre de la filière gériatrique en tenant compte l'offre ambulatoire et hospitalière

- la densité en infirmiers libéraux est 63% au dessus de la moyenne nationale en région et + 85% pour les Bouches du Rhône.
- avec 11 016 lits et places, la région PACA dispose d'un taux d'équipement en soins de suite de 2.27 lits et places pour 1000 habitants contre 1.61 pour la France métropolitaine).

Cette approche transversale doit dépasser les analyses sectorielles basées sur des notions de « rattrapage du taux national ».

Sauf situation particulière locale, les capacités d'hébergement sont globalement satisfaisantes, il convient cependant de renforcer les moyens des établissements pour une meilleure réponse aux besoins en soins et en accompagnement des personnes hébergées.

Il faut par ailleurs tenir compte d'une éventuelle réduction des durées moyennes de séjours qui augmentera mécaniquement les capacités disponibles. Entre 2003 et 2007, celle-ci est restée stable à 2 ans et 5 mois. Il faut cependant relever que, en 2007, dans les maisons de retraite<sup>7</sup>, la durée médiane de séjours des personnes sorties en 2007 est de 10 mois, elle était de 11 mois en 2003<sup>7</sup>.

## Accueil de jour et hébergement temporaire

Données au janvier 2011

	Accueil de jour			Hébergement temporaire		
	Nbre d'étb	Cap. Autor.	Taux 1000 PA.	Nbre D'étb	Cap. Autor.	Taux 1000 PA.
Alpes de Haute Provence	6	42	2.6	5	32	2.0
Hautes Alpes	5	31	2.4	5	27	2.1
Alpes-Maritimes	42	362	3.0	28	232	1.9
Bouches-du-Rhône	64	413	2.5	35	236	1.4
Var	41	232	2.2	21	80	0.8
Vaucluse	19	151	3.2	17	73	1.6
<b>PACA</b>	<b>177</b>	<b>1 231</b>	<b>2.6</b>	<b>111</b>	<b>680</b>	<b>1.5</b>
France Métropolitaine	2 360	13 801	2.7	2 764	11 773	2.3

Sources : FINESS janvier 2011 et projection population 2011

<sup>7</sup> ce qui veut dire que la moitié des résidents a été hébergée pour une durée inférieure.

*Taux d'équipement nombre de places pour 1000 personnes âgées de + 75ans*

On peut constater que le taux d'équipement de la région en accueil de jour est sensiblement égal au taux national. Pour ce qui concerne l'hébergement temporaire, il est notablement inférieur mais toutes les places sur lesquelles l'hébergement temporaire peut être pratiqué ne sont pas formellement identifiées dans le répertoire FINESS.

**Unités d'hébergement renforcé (UHR), Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)  
Equipes spécialisées Alzheimer (ESA)**

Ces dispositifs spécialisés pour la prise en charge médico-sociale de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées sont en cours de développement selon les objectifs suivants sur la période 2010-2012 :

	<b>PASA (places)</b>	<b>UHR med.soc. (unités)</b>	<b>UHR USLD (unités)</b>	<b>Equipes Spé. Alzheimer</b>
<i>Alpes de Haute Provence</i>	<b>80</b>	<b>1</b>		<b>2</b>
<i>Hautes Alpes</i>	<b>45</b>	<b>1</b>		<b>1</b>
<i>Alpes-Maritimes</i>	<b>755</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>14</b>
<i>Bouches-du-Rhône</i>	<b>950</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
<i>Var</i>	<b>610</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>13</b>
<i>Vaucluse</i>	<b>218</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>PACA</b>	<b>2658</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>55</b>

**ANNEXE 2 : BILAN DE L'OFFRE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

**Démographie PH**

La région PACA est marquée par un essor démographique depuis 2000. Son impact est important sur le maintien d'un niveau élevé des besoins d'accompagnement des enfants handicapés. Par ailleurs, le vieillissement des adultes handicapés vivant en institution et à domicile s'accroît avec pour conséquence un besoin accru de médicalisation

Au-delà de ces constats globaux, il convient de souligner les insuffisances du dispositif de connaissance des besoins de la population handicapée, en raison :

- des lacunes du système d'information des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)
- de l'évolution de la notion de handicap, qui ouvre le champ à des situations nécessitant des réponses de plus en plus individualisées.

Pour pallier ces insuffisances, il convient de renforcer le partenariat avec les conseils généraux, compétents en matière de planification et les centres de ressources (CREAI, CRA).

**Situation des équipements**

Les taux d'équipement en établissements et services pour personnes handicapées (secteurs enfants et adultes confondus) sont inférieurs aux taux nationaux et leur répartition géographique n'est pas satisfaisante.

**ENFANCE HANDICAPEE**

- **Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés par territoire opérationnels de référence, données au 12 janvier 2011**

	CAMSP	CMPP	Etablissements		SESSAD	
	Nombre	Nombre	Capacité autorisée.	Taux d'équip.	Capacité autorisée.	Taux d'équip.
Alpes de Haute Provence	2		163	4.36	113	3.02
Hautes Alpes	1		196	6.15	115	3.61
Alpes-Maritimes Est	3		908	5.89	451	2.93
Alpes-Maritimes Ouest	3		423	4.62	208	2.27
Bouches-du-Rhône Nord	2		694	5.56	305	2.44
Bouches-du-Rhône Sud	8		1 801	6.64	612	2.26
Bouches du Rhône Ouest	2		269	3.06	168	1.91
Var Est	2		347	4.90	248	3.51
Var Ouest	2		803	5.13	286	1.83
Vaucluse	3		542	3.97	385	2.82
<b>PACA</b>	<b>28</b>		<b>6 146</b>	<b>5.28</b>	<b>2 891</b>	<b>2.49</b>
<b>France Métropolitaine</b>			<b>104 411</b>	<b>6.79</b>	<b>42 929</b>	<b>2.79</b>

Sources : FINESS 2011  
INSEE, projection 2011  
(\* Taux d'équipement = Nombre de places installées pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

Le taux d'équipement de la région en établissement est très inférieur à la moyenne nationale et représente un « déficit » d'environ 1 700 places au regard de cette moyenne. Sur les Alpes Maritimes Est et les Bouches du Rhône Sud, le taux d'équipement apparemment supérieur à la moyenne régionale est du à l'implantation sur ces territoires d'établissements pour déficients sensoriels qui ont une vocation régionale.

- **ADULTES HANDICAPES**

- Maisons d'accueil spécialisé et foyer d'accueil médicalisé au 12 janvier 2011

	Maisons d'accueil spécialisé				Foyers d'accueil médicalisé			
	.Cap autor.	Dont AJ	Dont AT	Taux équip	.Cap autor.	Dont AJ	Dont AT	Taux équip
<i>Alpes de Haute Provence</i>	75	6	3	0.95	35	4	1	0.44
<i>Hautes Alpes</i>	91	2	7	1.30	104	5	0	1.49
<i>Alpes-Maritimes Est</i>	272	37	10	0.78	265	30	7	0.76
<i>Alpes-Maritimes Ouest</i>	90	21	0	0.43	103	4	5	0.50
<i>Bouches-du-Rhône Nord</i>	165	8	2	0.58	233	21	1	0.82
<i>Bouches-du-Rhône Sud</i>	395	22	9	0.69	253	9	14	0.44
<i>Bouches du Rhône Ouest</i>	110	0	0	0.56	79	3	0	0.40
<i>Var Est</i>	49	3	2	0.31	120	7	7	0.76
<i>Var Ouest</i>	351	3	3	1.00	287	39	7	0.82
<i>Vaucluse</i>	224	24	2	0.79	194	18	10	0.69
<b>PACA</b>	<b>1 822</b>	<b>126</b>	<b>38</b>	<b>0.71</b>	<b>1 673</b>	<b>140</b>	<b>52</b>	<b>0.66</b>
<b>France Métropolitaine</b>	<b>26 430</b>	<b>1 760</b>	<b>844</b>	<b>0.80</b>	<b>23 073</b>	<b>1 439</b>	<b>735</b>	<b>0.70</b>

Sources :

FINESS 2011

INSEE ,projection 2011

(\*) Taux d'équipement = Nombre de places installées pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

L'offre à destination des adultes handicapés est caractérisée par une forte croissance depuis 8 ans des places d'hébergement médicalisé (MAS et FAM) ayant permis de réduire de manière significative le nombre d'adultes maintenus en établissements pour enfants après 20 ans (amendement Creton).

Toutefois, l'équipement n'est pas réparti de manière équitable et les besoins de création de places restent soutenus, en particulier pour les personnes souffrant de handicap psychique (enquête séjours longs en psychiatrie) et de polyhandicap.

- Services de soins à domicile et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés au 12 janvier 2011

	Service de Soins Infirmier à Domicile (S.S.I.A.D.)	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (S.A.M.S.A.H.)		
	Cap. Autor.	Nb étab.	Cap. Autor.	Taux équip.
<i>Alpes de Haute Provence</i>	13		50	0.63
<i>Hautes Alpes</i>	13		26	0.37
<i>Alpes-Maritimes Est</i>	40		65	0.19
<i>Alpes-Maritimes Ouest</i>	60		23	0.11
<i>Bouches-du-Rhône Nord</i>	30		167	0.59
<i>Bouches-du-Rhône Sud</i>	116		147	0.26
<i>Bouches du Rhône Ouest</i>	28		0	0
<i>Var Est</i>	32		23	0.15
<i>Var Ouest</i>	87		70	0.20
<i>Vaucluse</i>	19		30	0.11
<b>PACA</b>	<b>438</b>		<b>601</b>	<b>0.24</b>
<b>France Métropolitaine</b>	<b>5 380</b>		<b>6 377</b>	<b>0.19</b>

Sources : FINESS 2011  
INSEE ,projection 2011  
(\* Taux d'équipement = Nombre de places installées pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

L'offre de SSIAD et SAMSAH de la région s'avère égale ou supérieure à la moyenne nationale. La répartition par territoire doit être corrigée dans l'avenir notamment sur Bouches du Rhône Ouest et le Vaucluse.

- Etablissements et services d'aide par le travail au 12 janvier 2011

	Etablissement et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T.)	
	Nb étab. Capacité autorisée	Taux équip.
<i>Alpes de Haute Provence</i>	275	3.47
<i>Hautes Alpes</i>	270	3.86
<i>Alpes-Maritimes Est</i>	1 093	3.14
<i>Alpes-Maritimes Ouest</i>	472	2.28
<i>Bouches-du-Rhône Nord</i>	934	3.29
<i>Bouches-du-Rhône Sud</i>	1 748	3.04
<i>Bouches du Rhône Ouest</i>	300	1.53
<i>Var Est</i>	276	1.74
<i>Var Ouest</i>	1 031	2.94
<i>Vaucluse</i>	881	3.11
<b>PACA</b>	<b>7 280</b>	<b>2.85</b>
<b>France Métropolitaine</b>	<b>114 101</b>	<b>3.45</b>

Sources : FINESS 2011  
INSEE ,projection 2011  
(\* Taux d'équipement = Nombre de places installées pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

Pour les établissements et services d'aide par le travail, l'évolution de l'offre en volume est beaucoup plus faible du fait notamment de la difficulté de positionner l'établissement sur une activité économique, de concilier le vieillissement des travailleurs handicapés avec les nécessités de la production sans compromettre l'insertion en milieu ordinaire des personnes qui en relèvent.

○ **Les centres de pré-orientation et de rééducation professionnelle et les unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)**

	Centre de pré orientation			Centres De rééducation professionnelle			Total CRP-CPO		Taux équip. Nbre places pour 1000 hab.
	Nb étab.	Cap. Autor.	dt UEROS	Nb étab.	Cap. Autor.	dt UEROS	Nb étab.	Cap. Autor.	
Alpes de Haute Provence	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Hautes Alpes	1	40	10	1	90	0	2	120	1,9
Alpes-Maritimes	2	40	16	1	115	0	3	155	0,3
Bouches-du-Rhône	1	40	10	6	404	0	7	444	0,4
Var	0	0	0	1	45	0	1	45	0,1
Vaucluse	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
<b>PACA</b>	<b>4</b>	<b>120</b>	<b>36</b>	<b>9</b>	<b>664</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>784</b>	<b>0,3</b>
France Métropolitaine				225	5 544	0,2	127	9 175	0,3

Sources : *FINESS 2011*  
*INSEE ,projection 2011*  
 (\*) Taux d'équipement = Nombre de places installées pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

○ **Les groupes d'entraide mutuelle (GEM)**

Les GEM constituent une modalité de compensation du handicap pour les personnes présentant des troubles psychiques. Ils ne sont pas soumis à la procédure d'appel à projets et reçoivent une subvention annuelle imputée sur le budget de l'ARS dotée à cette fin par la CNSA. La région dispose de 20 GEM ainsi répartis :

	Nombre	Implantations
Alpes de Haute Provence	2	Digne et Manosque
Hautes Alpes	1	Gap
Alpes-Maritimes Est	2	Nice
Alpes-Maritimes Ouest	2	Cannes et Grasse
Bouches-du-Rhône Nord	2	Aix en Provence
Bouches-du-Rhône Sud	5	Marseille
Bouches du Rhône Ouest	1	Arles
Var Est	1	Draguignan
Var Ouest	3	Toulon et la Seyne sur Mer
Vaucluse	1	Avignon

## ANNEXE 3 : PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

### 1. Données épidémiologiques relatives aux addictions

La consommation de produits psychoactifs constitue, en France, un problème de santé publique majeur, avec de nombreux impacts sanitaires, médicaux et sociaux. Elle est souvent à l'origine de handicaps, d'isolement, de violence et de précarité. Les conduites addictives, notamment les consommations de tabac,

les abus d'alcool et dans une moindre mesure, la prise de substances illicites (opiacés, cocaïne, ecstasy...), interviennent dans 30 % de la mortalité précoce (avant 65 ans). Elles sont responsables en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies dont près de 40 000 par cancers<sup>1</sup> et la proportion de jeunes (un tiers des adolescents de 17-18 ans) consommant de l'alcool et/ou du cannabis est préoccupante.

Les principales données issues de CIRDD PACA rendent compte pour la région PACA des caractéristiques suivantes :

- l'usage quotidien d'alcool consommé au moins occasionnellement concerne une personne sur 6,
- le tabac touche près d'un tiers de la population régionale de façon indifférencié suivant le sexe,
- les consommations d'alcool touchent pratiquement deux fois plus les hommes que les femmes (31% contre 16% en PACA),
- un jeune sur six présente des niveaux d'usage excessif de tabac, alcool et/ou de cannabis
- le cannabis est le produit illicite le plus fréquemment consommé avec 36% d'expérimentateurs chez les 15-64 ans dans la région, la situation à un niveau supérieur à la moyenne nationale (30,6%)
- de même, l'expérimentation de la cocaïne et de l'ecstasy sont deux fois plus importantes dans la région qu'ailleurs mais reste un phénomène rare chez les adolescents (5%)

Pour ce qui relève de la morbidité, mortalité liées à la consommation de produits psycho-actifs, la région PACA se situe à des niveaux inférieurs à ceux nationaux. Ainsi, en 25 ans, le nombre annuel de décès liés à l'alcoolisation chronique a chuté de 27,5% dans la région. Concernant les proportions d'accidents de la route, corporels et mortels, avec l'alcool, là encore la région présente des niveaux inférieurs avec respectivement 7,1% et 24,5% contre 9,8% et 28,1% au niveau national. Le nombre de décès par surdose a également fortement diminué, moins d'une dizaine chaque année.

La région PACA enregistre toutefois plus d'interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants et le cannabis (88,4% contre 85% au niveau national) ou encore pour conduite en état alcoolique que la moyenne métropolitaine.

### 2. L'équipement médico-social existant

#### 2.1. Les structures d'addictologie

##### 2.1.1. Les CSAPA

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Les CSAPA sont définis par les articles D.3411-1 à D.3411-9 du CSP)<sup>8</sup>. Ce sont des dispositifs de proximité, pluridisciplinaires et ambulatoires pouvant comporter de l'hébergement. Ils s'inscrivent à la fois dans le temps bref des interventions précoces mais aussi dans la durée qui est nécessaire aux soins et à l'accompagnement.

---

<sup>8</sup> L'arrêté du 2 avril 2010 fixe les rapports d'activité type des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2010/5 du 15 juin 2010, Page 100.

Tous les CSAPA assurent l'accueil, l'information, l'évaluation et éventuellement l'orientation des personnes. Ils ont la possibilité de se spécialiser pour la prise en charge médicale, psychosociale et éducative soit sur l'alcool, soit sur les drogues illicites et le mésusage de médicaments.

Le CSAPA assure une mission de réduction des risques (cf § x) concernant les usagers de drogues illicites et les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool. Ces risques sont liés aux produits eux-mêmes, aux modes d'usage, aux circonstances de consommations.

La circulaire MILDT du 23/02/09 prévoit par ailleurs que le projet médical des CSAPA prenne en compte des populations prioritaires: jeunes, sortants de prison, femmes avec enfants

Les CSAPA remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun.

La région PACA comptabilise, au 31 décembre 2010, 33 CSAPA répartis de la manière suivante:

	Alpes maritimes	Bouches du Rhône	Hautes Alpes	Var	Vaucluse	Alpes de Haute Provence
Nombre de CSAPA dont :	8	15	2	5	2	1
CSAPA généralistes	7	15	2	5		1
CSAPA « spécialisé alcool »	1				1	
CSAPA « spécialisé drogues illicites »					1	

Trois départements disposent de CSAPA avec hébergement, le 06, 13 et 84.

Par ailleurs, certains CSAPA interviennent en milieu pénitentiaire :

	Alpes maritimes	Bouches du Rhône	Hautes Alpes	Var	Vaucluse	Alpes de Haute Provence
Nombre de CSAPA	2	4	1	5	2	1

### 2.1.2. Les CAARUD

Les CAARUD sont définis par les articles L.3121-5 et R.3121-33-1 à R.3121-33-3 du CSP. Ils sont les porteurs de la politique de réduction des risques. Leur objectif est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives (alcool, médicaments...) et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs et à favoriser l'amorce d'une démarche de soin.

Les CAARUD s'adressent à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation ou les produits qu'ils consomment les exposent à des risques majeurs qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques, etc.

Ce sont des structures dites à bas seuil d'exigences, qui accueillent des usagers les plus précarisés. Elles conduisent des actions pour aller à la rencontre de ces publics dans des lieux très variés : rues, squats, milieux festifs...

Les CAARUD ont pour mission :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- le développement d'actions de médiation sociale.

Ils participent également au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

La région PACA comptabilise 14 CAARUD, au 1<sup>er</sup> mai 2011 :

	Alpes maritimes	Bouches du Rhône	Hautes Alpes	Var	Vaucluse	Alpes de Haute Provence
Nombre de CAARUD	2	6	0	3	2	1

## 2.2. Les ACT

Selon les dispositions des articles D.312-154 et 155 du code de l'action sociale et des familles, les appartements de coordination thérapeutique prévus au 9° du I de l'article L. 312-1 fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Pour assurer leurs missions, les gestionnaires des appartements de coordination thérapeutique ont recours à une équipe pluridisciplinaire. La circulaire du 30 octobre 2002 précise que pour optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, ils s'appuient sur une double coordination médicale et psychosociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux et l'aide à l'insertion sociale.

De façon concrète, les ACT accueillent des personnes souffrant de maladies chroniques (notamment le VIH, le VHC et les cancers) qui ne peuvent suivre à leur domicile leur traitement, soit qu'elles n'ont pas de domicile, soit que celui-ci ne dispose pas du confort suffisant pour héberger une personne malade, soit que leur situation psychologique ne leur permettent pas de suivre leur traitement à domicile.

L'état de l'équipement est actuellement le suivant :

*Données au 1 janvier 2011*

	<b>Nb étab.</b>	<b>Capacités Autorisées</b>	<b>Dt dédiées sortant de prison</b>
<i>Alpes de Haute Provence</i>	0	0	0
<i>Hautes Alpes</i>	0	0	0
<i>Alpes-Maritimes</i>	3	59	5
<i>Bouches-du-Rhône</i>	4	79	0
<i>Var</i>	3	38	0
<i>Vaucluse</i>	1	15	0
<b>PACA</b>	<b>11</b>	<b>191</b>	<b>5</b>
France Métropolitaine			

## 2.3. Les lits halte-soins santé

En 1993, ont été installés, à titre expérimental, des « lits infirmiers », chargés d'accueillir des personnes sans domicile dont l'état de santé ne justifie pas ou plus d'hospitalisation, mais nécessite une prise en charge sanitaire et sociale et/ou du repos, ce que le dispositif d'hébergement classique, à fortiori la vie à la rue, ne permettent pas.

Le Comité interministériel de lutte contre les exclusions du 6 juillet 2004 a décidé de « développer les possibilités de dispenser des soins aux personnes sans domicile fixe » et indiquait comme l'une des modalités de cette mesure « de donner un statut juridique et financier aux structures halte santé, de définir un cahier des charges de mise en œuvre et de fonctionnement », avec l'objectif de créer 100 lits par an, pendant 5 ans. Cette disposition a été mise en œuvre par la circulaire du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé »

Selon les dispositions de l'article D.312-176-1 du code de l'action sociale et des familles, « les structures dénommées "lits halte soins santé", mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, assurent, sans interruption, des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée. Les bénéficiaires de ces prestations sont des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire et un accompagnement social. » En l'absence de domicile, les lits halte soins santé permettent à ces personnes de «garder la chambre», de recevoir les soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient.

	<b>Capacités Autorisées</b>
<i>Alpes de Haute Provence</i>	4
<i>Hautes Alpes</i>	0
<i>Alpes-Maritimes</i>	40
<i>Bouches-du-Rhône</i>	55
<i>Var</i>	9
<i>Vaucluse</i>	7
<b>PACA</b>	<b>115</b>
France Métropolitaine	



[www.ars.paca.sante.fr](http://www.ars.paca.sante.fr)

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur  
132, boulevard de Paris - 13003 Marseille  
Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille cedex 03  
Standard : 04 13 55 80 10

