



PREFECTURE REGION LANGUEDOC- ROUSSILLON

Arrêté n ° 2012069-0008

**signé par Mme le Directeur Général de l'ARS
le 09 Mars 2012**

ARS Languedoc Roussillon

ARRETE ARS LR N ° 2012-214 portant
adoption du Schéma Régional
d'ORGANISATION MÉDICO- SOCIALE du
LANGUEDOC- ROUSSILLON

ARRETE N° 2012-214

**Portant adoption du Schéma Régional d'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE
du LANGUEDOC-ROUSSILLON**

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu le Code de la santé publique, notamment les articles L. 1434-1 à L. 1434-6 et R. 1434-1 à R. 1434-7,

Vu le Code de l'action sociale et des familles,

Vu le code de la Sécurité Sociale,

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010, portant création des agences régionales de santé,

Vu le décret du 1er avril 2010 portant nomination de Madame Martine Aoustin en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 11 Octobre 2010 du DGARS de Languedoc-Roussillon portant constitution des territoires de santé de la région Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 16 Décembre 2011 du DGARS de Languedoc-Roussillon portant adoption du Plan Stratégique régional de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'avis de consultation du Schéma Régional d'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE du Languedoc-Roussillon avant son adoption, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Languedoc-Roussillon, le 14 Décembre 2011,

VU les avis émis et les délibérations prises en application des dispositions de l'article L.1434-3, listés en annexe 1,

Vu l'avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Languedoc-Roussillon du 26 janvier 2012,

Vu la consultation de la commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et accompagnements médico-sociaux en date du 1^{er} Février 2012,

ARRETE

Article 1 : Le Schéma Régional d'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE de Languedoc-Roussillon, annexé au présent arrêté est adopté pour une durée de 5 ans.

Article 2 : le Schéma Régional d'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE de Languedoc-Roussillon peut être consulté sur le site internet de l'ARS de Languedoc-Roussillon ainsi qu'aux secrétariats de direction de l'ARS et de ses délégations territoriales.

Article 3 : Dans les deux mois de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet, d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ou d'un recours hiérarchique auprès des ministres chargés de la santé et des solidarités.

Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de MONTPELLIER.

Article 4 : Le directeur général adjoint, les directeurs et les délégués territoriaux de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Languedoc-Roussillon, ainsi qu'à ceux des départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de la Lozère, des Pyrénées Orientales.

Montpellier, le 9 mars 2012

Le directeur général
de l'Agence régionale de santé
du Languedoc-Roussillon,

signé

Docteur Martine Aoustin

AVIS SUR LES SCHEMAS REGIONAUX

Dates de la délibération	Dates de réception	Institutions	Avis favorable /défavorable	Observations
		Collectivités territoriales		
		Communes		
		11 - Aude		
25/01/2012	02/02/2012	11 - Lézignan-Corbières		Nécessité d'implanter un centre de soins d'urgence à l'hôpital de Lézignan-Corbières
30/01/2012	13/02/2012	11 - Peyrac de mer		
26/01/2012	13/02/2012	11 - Lasbordes	favorable	
23/01/2012	09/02/2012	11 - Pezens	favorable	
09/02/2012	13/02/2012	11 - Fleury d'aude	favorable	Le conseil municipal a approuvé les schémas régionaux mais a émis des réserves sur le volet médico-social et a fait le vœu que soit inscrit au PRIAC un début de financement de l'EHPAD de Fleury d'Aude.
		30 - Gard		
06/02/2012	14/02/2012	30 - St Paul les Fonts	favorable	
		34 - Hérault		
02/02/2012	06/02/2012	34 - Argelliers	Favorable	
26/01/2012	09/02/2012	34 - Vendres	Favorable	
07/02/2012	10/02/2012	34 - Marseillan	Défavorable	
27/01/2012	13/02/2012	34 - Joncels	Défavorable	demande à l'ARS de tenir compte des spécificités du territoire et de maintenir les unités d'hospitalisation,
13/02/2012	14/02/2012	34 - St Jean de la Blaquière	Favorable	
30/01/2012	09/02/2012	34 - Lieuran-les-Béziers	Favorable	
17/01/2012	10/02/2012	34 - Montouliers	Défavorable	
02/02/2012	14/02/2012	34 - Puisserguier	Défavorable	
27/01/2012	10/02/2012	34 - Margon	Défavorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Riols	Défavorable	
06/02/2012	10/02/2012	34 - Thezan les béziers	Défavorable	
23/01/2012	03/02/2012	34 - Lamalou les bains	Favorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Livinière	Favorable	
06/02/2012	08/02/2012	34 - St Gervais sur mare	Défavorable	
31/01/2012	08/02/2012	34 - Bédarieux	Défavorable	
30/01/2012	31/01/2012	34 - St Pons de Thomières	Défavorable	
06/02/2012	16/12/2012	34 - Premian	Défavorable	
30/01/2012	06/02/2012	34 - Conseil Général de l'Herault	Défavorable	
		48 - Lozère		
21/01/2012	01/02/2012	48- Pampidou	Favorable	Prise en compte du problème de l'accès aux soins en milieu rural.
		66 - Pyrénées-Orientales		
23/01/2012	24/01/2012	66- Llupia	Favorable	
08/02/2012	13/02/2012	66 - Maureillas Las Illas	Favorable	
08/02/2012	14/02/2012	66 - Pezilla la riviere		le conseil municipal estime qu'il lui est difficile d'émettre un avis averti sur les documents très techniques qui lui sont soumis. Il se contentera de présenter des observations sur des éléments factuels de ces différents schémas.
25/01/2012	02/02/2012	66 - Formigueres	Favorable	

Schéma Régional

d'Organisation
Médico-Sociale



Organisation des soins

Prévention

Version du 06 mars 2012

Médico-Social



Plan du schéma régional d'organisation médico-sociale

p.3

Introduction

I - Synthèse du diagnostic de l'offre

II - Les orientations et les évolutions préconisées en fonction des différents âges de la vie

II.1 Périnatalité – Petite enfance : dépister et agir le plus précocement possible

II.1.1- Apprentissages/Action précoce

II.2 Enfants - Adolescents

II.2.1-Enfance/Adolescence handicapée : favoriser le maintien en milieu ordinaire et l'inclusion scolaire

II.3 Adultes

II.3.1 - Adultes handicapés : promouvoir l'autonomie et la citoyenneté des personnes

II.3.2 - Personnes à vulnérabilité spécifique : favoriser leur accès aux soins et leur prise en charge globale

II.4 Personnes vieillissantes

II.4.1 - Personnes handicapées vieillissantes : adapter les prises en charge au vieillissement des personnes handicapées

II.4.2 - Personnes âgées : améliorer la qualité de vie de nos aînés et leur modalités d'accompagnement

III - Leviers et outils transversaux

III.1 - Des politiques publiques médico-sociales coordonnées : faire vivre l'intersectorialité

III.2 - Observation & systèmes d'information : construire et partager des observatoires pour mieux évaluer les besoins

III.3 - Politique de qualité et de sécurité de la prise en charge : porter la qualité en exigence permanente

III.4 - Coopération/Mutualisation : promouvoir des modalités de partenariats favorisant la complémentarité et l'efficience

III.5 - Contractualisation : développer une politique contractuelle harmonisée au niveau régional

Annexes :

1- Bibliographie

2- Diagnostic de l'offre médico-sociale

3- Glossaire



Petite enfance



Enfants/Adolescents



Adultes



Personnes vieillissantes

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) de première génération s'inscrit dans un contexte marqué par une profonde mutation du secteur.

En effet, le secteur médico-social a connu des **évolutions réglementaires importantes**, ponctuées par 4 lois structurantes :

- la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- la loi du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales positionnant le Département comme chef de file du secteur,
- la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances et enfin, plus récemment,
- la loi HPST du 21 juillet 2009, instaurant notamment une nouvelle gouvernance régionale dans le secteur médico-social.

D'après le rapport publié le 9 juin 2011 par l'OMS et la Banque mondiale, plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap sous une forme ou une autre et près de 200 millions d'entre elles ont de très grandes difficultés fonctionnelles. Dans les prochaines années, le handicap deviendra une préoccupation encore plus grande à cause de l'augmentation de sa prévalence, qui s'explique par **le vieillissement des populations et le risque plus élevé de handicap chez les personnes âgées**, mais aussi par l'accroissement des problèmes de santé liés aux maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les troubles de la santé mentale.

En région Languedoc-Roussillon, l'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée aux âgés élevés des générations nombreuses du baby-boom entraîneraient une **augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans de l'ordre de 80% entre 2007 et 2040**. Cette augmentation serait plus forte qu'en moyenne nationale (+ 67 %) en raison de la croissance démographique plus soutenue dans la région et de sa forte attractivité chez les jeunes retraités. **D'ici à 2020, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (250 000 en 2010) devrait augmenter de 12%.**

Face aux enjeux liés au handicap ou à la perte d'autonomie, l'ARS souhaite s'engager dans une politique volontariste.

Introduction : Contexte

L'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) s'appuie notamment sur des plans nationaux structurant l'évolution du secteur :

-Le **plan « Solidarité Grand Age »** (PSGA) (2007-2012) : permettre le libre choix du maintien à domicile dans de bonnes conditions, adapter l'hôpital aux personnes âgées et développer la recherche.

-Le **plan « Alzheimer »** (2008-2012) : améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, développer la recherche et sensibiliser le grand public.

-Le **programme de création de places pour personnes handicapées** pour un accompagnement tout au long de la vie (2008-2014).

-Le **plan « Autisme »** (2008-2012) : mieux connaître et mieux former les professionnels, améliorer le repérage des troubles et diversifier les approches.

-Le plan en faveur des **personnes aveugles et malvoyantes** (2008-2011) « Pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la Cité ».

-Le plan en faveur des **personnes sourdes et malentendantes** (2010-2012), Améliorer la prévention, le dépistage et l'accompagnement lors de la découverte d'une déficience auditive, mieux prendre en compte la déficience auditive à tous les âges de la vie, rendre notre société plus accessible aux personnes sourdes ou malentendantes.

-Le plan de **prise en charge et de prévention des addictions** (2007-2011) : développer la prévention des risques, la formation et la recherche, mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

-Le schéma « **Handicaps rares** » (2009-2013) : le premier schéma national d'organisation sociale et médico-sociale.

Introduction : Méthode

Partie intégrante du **Projet Régional de Santé (PRS)**, le SROMS a vocation à organiser la prise en charge médico-sociale en lien avec les actions de prévention, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Il présente la particularité de devoir s'articuler d'une part, avec les autres schémas du PRS (SROS et SRP) et d'autre part, avec les différents schémas départementaux élaborés par les Conseils Généraux. Il s'attache à mettre en oeuvre les priorités définies par le **Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)**. Il constitue un levier d'action déterminant pour **faire évoluer l'organisation des structures et des activités médico-sociales** (de la transformation aux coopérations ainsi qu'aux priorités de développement) et orienter les autorisations des établissements et services à venir.

Cette transversalité se traduit par la mise en oeuvre de 4 programmes régionaux :

- Le **PRIAC** (Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicap et de la perte d'autonomie) viendra décliner les objectifs du SROMS par territoire et par catégorie d'établissement. Il constituera d'une part **le plan d'action du SROMS** (fiche actions concrètes par objectif opérationnel) et il établira d'autre part **les possibilités de financement priorisées de créations, extensions ou transformations d'ESMS**.

- Le **PRAPS** (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins)

La prise en compte de la précarité, qui apparaît comme une problématique majeure dans notre région, sera principalement traitée dans le cadre du (PRAPS). Toutefois, le SROMS identifie d'ores et déjà des pistes de travail afin de répondre à cette problématique : développement de SAMSAH à destinations des populations en situation de précarité, avec atteintes neuro-dégénératives (cf. § II.3.1 p. 34), personnes à vulnérabilité spécifique (§II.3.2;) et personnes handicapées vieillissantes (§ II.4.1 p. 59). Ces réflexions trouveront leur déclinaison opérationnelles dans le cadre du PRAPS et du PRIAC.

- Le programme régional de télémédecine :

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un médecin et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Le Programme Régional de Télémédecine (PRT) a pour objet de définir sa mise en œuvre au regard des trois schémas du PRS sur la base des priorités, objectifs et principes d'action identifiés dans le PSRS.

Programme concernant tous les acteurs de la santé, il a pour objectif de mieux répondre aux besoins des populations et aux particularités des territoires. Ces solutions technologiques devraient permettre une meilleure utilisation des ressources ou expertises rares, aider aux prises de décision, faciliter les prises en charge multidisciplinaires au plus près des patients, tout particulièrement les malades chroniques ou dépendants.

Enfin, deux priorités de gestion du risque concernent spécifiquement le secteur médico-social (EHPAD) et relèvent du PRGDR (Programme Régional de Gestion Du Risque) (Cf. § III.3.4).

Le SROMS a été établi et devra être actualisé en tenant compte des schémas départementaux relatifs aux personnes âgées, handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région. En matière de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la **concertation avec les conseils généraux** pour une meilleure connaissance des besoins de ces populations. Dans un souci de cohérence et d'articulation avec ces schémas, l'ARS a retenu le niveau départemental, comme territoire de santé, pour proposer l'évolution souhaitable de l'offre sur les 5 ans à venir. En deçà de ce niveau départemental, le schéma régional a pour ambition de **s'appuyer sur des territoires de proximité infra-départementaux pertinents (infra-territoires)** au sein desquels doit se structurer l'organisation territoriale de la prise en charge des personnes âgées et handicapées, notamment en ce qui concerne l'accompagnement et le soutien à domicile.

S'agissant de l'**analyse de besoins, le SROMS s'est appuyé sur l'ensemble des données récentes disponibles :**

- Les analyses de besoins réalisées dans le cadre des schémas départementaux d'organisation médico-sociale;
- Les contributions des instances de démocratie sanitaire, CRSA et conférences de territoire;
- Le guide méthodologique d'élaboration du SROMS (CNSA, mai 2011);
- L'atlas régional de la santé et l'enquête réalisée auprès des maires de la région.

Un travail important a été conduit en concertation avec chaque Conseil Général afin d'une part, de **partager un diagnostic commun** et d'autre part, de **s'accorder sur les actions conjointes à mener sur les 5 ans à venir**, visant à faire évoluer quantitativement et qualitativement l'offre médico-sociale.

Une synthèse de l'ensemble des sources utilisées dans ce schéma se trouve en annexe 2.

Introduction : Objectifs

En lien avec le PSRS, **les grands axes du schéma régional de l'organisation médico-sociale** sont les suivants:

- **Favoriser le soutien à domicile et en milieu ordinaire des personnes en perte d'autonomie**

L'amélioration de la qualité de vie et de l'accompagnement à domicile constitue l'un des axes majeurs du SROMS.

Il s'agira d'une part, de renforcer la coordination autour des personnes à domicile et d'autre part, de développer des modalités visant à favoriser l'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie (intégration scolaire, insertion professionnelle, participation à la citoyenneté, ...). Ce maintien à domicile doit passer par une adaptation globale du dispositif (logement, transport, soins de premier recours, ...).

- **Accompagner et soutenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage**

Dans le cadre de la déclinaison régionale du plan Alzheimer, la prise en charge de cette maladie et le soutien des aidants naturels sont une des priorités du SROMS.

- **Déplacer le centre de gravité du système vers des enjeux de Santé Publique** favorisant une démarche préventive, ainsi qu'une organisation des soins de ville. La population en situation de handicap et/ou de perte d'autonomie doit bénéficier des mêmes actions que la population générale en matière de promotion de comportement favorable à la santé, de dépistage, et de suivi régulier de santé.

- **Mieux articuler le secteur sanitaire avec le secteur médico-social**

Améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie à l'hôpital comme en ville, notamment grâce à une meilleure formation des professionnels de santé.

- **Inscrire les personnes âgées ou handicapées dans des logiques de parcours de vie sur les territoires**

Par la formalisation de réseaux gradués, il s'agit de structurer et de fluidifier le parcours des personnes au sein des territoires.

Introduction : Objectifs

- **Impulser une politique visant à promouvoir la qualité de la prise en charge au sein des ESMS**

Il s'agit de **favoriser la bientraitance**, d'une part en améliorant la détection et la prévention des risques de maltraitance (application des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles rédigées par l'ANESM et la HAS) et d'autre part en accompagnant les structures médico-sociales dans une politique active de promotion de la bientraitance. (cf. § III.3.1)

Il conviendra également de s'attacher à l'adéquation de la prescription médicamenteuse et à lutter contre la iatrogénie, ainsi qu'à **l'amélioration de la qualité des prises en charge soignantes** et des pratiques professionnelles.

Enfin, la **politique de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins** en établissements et services médico-sociaux constitue également un axe fort du SROMS. (cf. § III.3.2)

Introduction : Architecture

Le SROMS se compose de 3 parties :

- Une **synthèse du diagnostic régional** de l'offre médico-sociale. En annexe 2 du SROMS, un diagnostic plus complet, dans une approche globale de l'environnement de la personne handicapée et/ou en perte d'autonomie, met en évidence des points de vigilance.

- **Les orientations et les évolutions préconisées en fonction des différents âges de la vie** : petite enfance, enfance/adolescence, âge adulte et personnes vieillissantes.

Pour chacune de ces 4 périodes de la vie, le SROMS définira :

- les principaux éléments du diagnostic régional,
- les principes d'organisation,
- les objectifs opérationnels,
- l'évolution souhaitable de l'offre par territoire de santé.

- **5 leviers et outils transversaux** ont été identifiés afin de faire évoluer et d'optimiser le dispositif médico-social, en terme **de gouvernance** (coordination des politiques publiques), **de connaissance** (systèmes d'information), **d'efficience** (qualité et sécurité de la prise en charge) et **de partenariat entre acteurs de santé** (coopération/mutualisation et contractualisation).

Diagnostic de l'offre

I-Diagnostic régional : Synthèse

Le diagnostic régional permet de mettre en évidence les caractéristiques et les enjeux suivants dans la région Languedoc-Roussillon :

- **Les personnes fragilisées et/ou en situation de perte d'autonomie - populations "cibles" du SROMS - sont en très grand nombre** : une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans supérieure au niveau national, un nombre de bénéficiaires de l'AEEH et de l'AAH supérieur à la moyenne nationale, des besoins difficiles à quantifier mais qui semblent encore importants en matière de handicap, et un nombre croissant de personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictions, personnes en situation de précarité).
- Un **dispositif d'accompagnement à domicile** favorisé par la mise en place de l'APA et de la PCH, ainsi que par une densité de professionnels de santé libéraux importante, mais qui reste globalement insuffisamment développé, mal coordonné et peu lisible pour les usagers y compris dans ses dimensions "adaptation du logement" et "transport".
- Une **offre d'hébergement en faveur des personnes âgées** qui a connu un rattrapage important au cours des 5 dernières années, avec des disparités infra-régionales sensibles (les Pyrénées-Orientales et dans une moindre mesure l'Aude (Est du département) demeurent en déficit d'équipement).
- S'agissant des **enfants handicapés**, l'offre de prise en charge reste globalement inférieure au niveau national, en particulier dans l'Hérault. Des progrès importants en matière d'intégration scolaire en milieu ordinaire ont été réalisés depuis la loi de 2005.
- En ce qui concerne les **structures pour adultes lourdement handicapés**, la région présente un taux d'équipement nettement supérieur au niveau national, à l'exception du département du Gard qui reste en retrait, malgré un rattrapage important ces dernières années, et dans une moindre mesure de l'Hérault.
- **Des prises en charge à adapter en fonction de certains publics ou handicaps** : personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, personnes autistes ou atteintes de TED (troubles envahissants du développement), personnes polyhandicapées, déficients sensoriels, handicapés psychiques, personnes handicapées vieillissantes.

Les orientations et les évolutions préconisées en fonction des différents âges de la vie





II.1 - Petite enfance/Action précoce

Diagnostic régional et enjeux principaux

- Insuffisance du dépistage et de la prise en charge précoce, malgré un développement important de places de CAMSP
- Des délais d'attente qui restent trop longs et qui contribuent à des pertes de chances dans le diagnostic précoce du handicap

• Le département de l'Hérault dispose du plus faible taux d'équipement de la région

CAMSP	AUDE	GARD	HERAULT	LOZERE	PYRENEES-ORIENTALES	REGION LR
Capacité en places	85	160	131	20	78	474
Population 0-6 ans	26 428	57 010	79 503	5 681	33 379	202 001
Taux d'équipement	3,22	2,81	1,65	3,52	2,34	2,35

Principes d'organisation

Accessibilité et Qualité/pertinence

Améliorer la précocité du repérage, du diagnostic et de la prise en charge du handicap chez l'enfant dès le plus jeune âge :

- Structuration du dépistage de la **surdité néonatale** et organisation d'une filière de prise en charge précoce globale
- Structuration de la filière de repérage et de prise en charge des **troubles du langage et des apprentissages**
- Constitution d'une filière formalisée pour **les troubles envahissants du développement (TED)**, en appui du 1er recours, composée de professionnels de psychiatrie et/ou du champ médico-social, en articulation avec le CRA (cf. Appel à projet lancé en 2010)
- **Veiller à une répartition homogène par territoire de santé** des structures de dépistage, notamment des CAMSP
- Accès à des évaluations et des soins spécialisés pour les enfants présentant des **troubles du développement** : améliorer la lisibilité, la coordination des fonctionnements et la synergie de moyens autour des 4 centres de références régionaux "Autisme" (CRA), "Génétique", "Troubles du langage", et service de neuropédiatrie

Efficiences :

- Améliorer et coordonner l'action du réseau "Naître et Grandir" avec les CAMSP, services de PMI, professionnels libéraux
- Mise en place de plateau technique mutualisé (CAMSP/CMPP) sur un site unique
- S'appuyer sur les nouvelles technologies (**télé médecine**)



II.1 - Petite enfance/Action précoce

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
Renforcer le lien entre les différents partenaires du dépistage	
Centres de référence : convention de partenariat entre les 4 centres de référence régionaux	
Renforcer les liaisons télémédecine entre les centres de référence "maladies rares" et les ESMS	
Mise en place de plateau technique mutualisé (CAMSP/CMPP) sur un site unique	
Abaissier les tranches d'âge des SESSAD afin de favoriser une prise en charge plus précoce	Age moyen des enfants pris en charge
Déployer le modèle régional de rapport d'activité des CAMSP au sein de l'ensemble des CAMSP de la région pour améliorer la connaissance des handicaps et les interfaces entre partenaires	% de CAMSP ayant utilisé le rapport régional
Handicaps spécifiques	
Autisme	
Déploiement de 3 équipes interdépartementales d'évaluation des TED : Aide au diagnostic et prise en charge précoce, évaluations périodiques, prévention des situations de crise, ...	
Déploiement du plan de formation régional pour l'appropriation des nouveaux référentiels de diagnostic et d'accompagnement des personnes autistes et structuration d'un répertoire de ressources par territoire	
Surdité néonatale	
Structuration du dépistage et organisation d'une filière sur la base du cahier des charges national	
Troubles du langage et des apprentissages	
Renforcer la coordination des soins (dépistage et diagnostic) entre les professionnels de santé libéraux et les partenaires institutionnels (centre référent, Education Nationale, ...)	
Optimiser les pratiques professionnelles grâce à l'élaboration de référentiels diagnostics communs et renforcer les concertations pluridisciplinaires tout au long de la prise en charge de l'enfant	



II.1 - Petite enfance/Action précoce

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Aude :

L'extension du CAMSP de Carcassonne à 50 places permettra d'améliorer la réponse aux besoins sur l'Ouest du département et sur la Haute Vallée. **Une augmentation de capacité du CAMSP de Narbonne pourra également être envisagée** au regard de la croissance importante de population de ce territoire.

Les deux CAMSP travaillent en étroite collaboration avec les services de néonatalogie et sont associés au projet individualisé de prise en charge des enfants à la crèche et au projet personnalisé de scolarité en école maternelle.

Une équipe interdépartementale d'évaluation des troubles envahissants du développement (TED) a vocation à couvrir les Pyrénées-Orientales et l'Aude. Dans ce cadre, un partenariat avec le CHS de Thuir, porteur du projet, sera à formaliser.

Gard :

La création du CAMSP de Bagnols/Cèze a permis de compléter l'offre de places en CAMSP répartie de manière assez homogène sur l'ensemble du département (160 places sur Nîmes, Alès et Bagnols). Toutefois, compte tenu de leur dynamisme démographique, de leur aire d'attraction importante et des délais de réponse importants, **les CAMSP de Nîmes (après le transfert de sa gestion au CHU de Nîmes) et de Bagnols/Cèze pourront faire l'objet d'une augmentation de capacité.**

En complémentarité des CAMSP, un partenariat fort doit se structurer avec le relais petite enfance handicapée (RAPEH) dont l'objectif est de favoriser l'accueil et la scolarisation précoces, ainsi qu'avec les crèches et écoles maternelles, mais aussi avec les SESSAD, dont certains sont autorisés pour l'accompagnement dès le plus jeune âge (déficients sensoriels).

La mise en place de **l'équipe interdépartementale d'évaluation des troubles envahissants du développement** portée par le CHU de Nîmes qui a vocation à couvrir le secteur Gard/Lozère permettra d'améliorer le dépistage et le repérage des ces troubles.

S'agissant des troubles du langage et des apprentissages, un **renforcement du travail du SEFFIS du CROP et de son centre relais** est prévu sur le dépistage et la prise en charge précoce avec les écoles maternelles (Gard/Hérault).



II.1 - Petite enfance/Action précoce

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Hérault :

Au regard des taux d'équipement, **l'Hérault est le département prioritaire au plan régional en matière de places de CAMSP.**

Ainsi, les **CAMSP de Béziers et de Montpellier devront faire l'objet d'extension.**

La création récente d'une plateforme de consultation et de soins (CAMSP et CMPP) à Lunel doit permettre d'améliorer la réponse aux besoins sur ce secteur.

La mise en place de **l'équipe d'évaluation des troubles envahissants du développement (TED)** qui a vocation à couvrir le département de l'Hérault permettra de désengorger le Centre Ressources Autisme, qui pourra ainsi pleinement remplir son rôle de centre régional de référence.

Lozère:

Le territoire lozèrien bénéficie d'une bonne couverture par le CAMSP de Mende. **Le partenariat avec les IME est à formaliser.**

Une équipe interdépartementale d'évaluation des troubles envahissants du développement (TED) a vocation à couvrir le territoire Gard/Lozère. Dans ce cadre, un partenariat avec le CHU de Nîmes, porteur du projet, sera à formaliser.

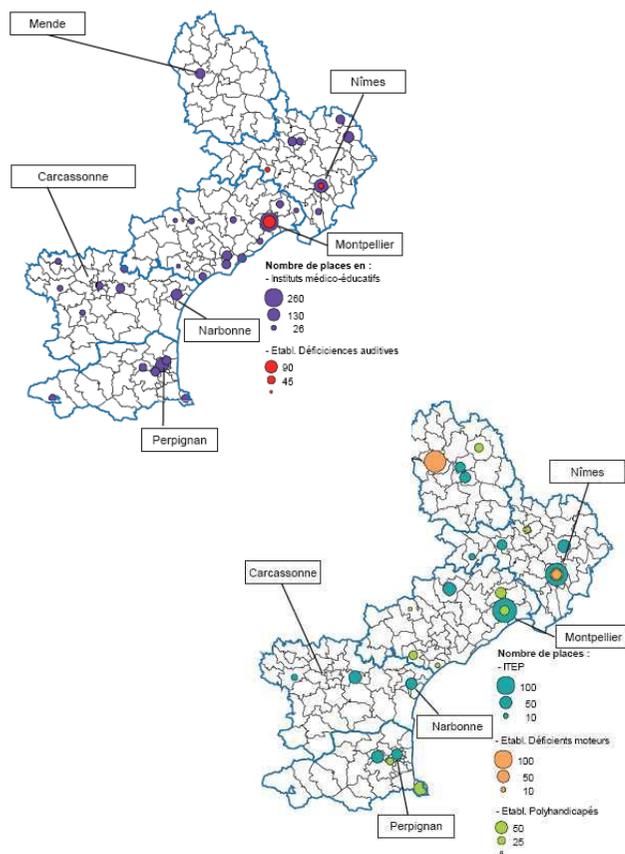
Pyrénées-Orientales :

L'extension du CAMSP de St-Estève à 83 places doit permettre de couvrir les besoins de l'ensemble du territoire des Pyrénées-Orientales. L'antenne de 5 places déployée sur Céret offre une réponse aux besoins de proximité de ce territoire.

La mise en place d'une **équipe interdépartementale d'évaluation des troubles envahissants du développement (TED)** portée par le CHS de Thuir qui a vocation à couvrir les Pyrénées-Orientales et l'Aude permettra d'améliorer le dépistage et le repérage des ces troubles sur ces départements.



II.2- Enfance/Adolescence handicapée



Source : Finess extraction 1^{er} août 2008 - Exploitation ORS L-R

Diagnostic régional

- Le taux d'équipement régional en structures pour enfants est légèrement inférieur au niveau national, à l'exception de la Lozère et des Pyrénées-Orientales, avec des disparités infra-départementales importantes et d'un handicap à l'autre
- La part des services dans l'offre globale représente 30%, elle est plus importante que France entière (25%).
- La proportion de places d'internat s'élève à 50%, elle est supérieure à la moyenne nationale (40%), notamment en raison de la Lozère.
- Il y a eu un fort développement des places de SESSAD durant les 5 dernières années, ainsi que des places de CAMSP, des places en faveur d'enfants lourdement handicapés ou présentant des troubles du comportement ou autistes.
- S'inscrivant dans les mêmes priorités, un programme pluriannuel 2008-2012 de création de places en établissements et services est en cours de réalisation.
- Un travail de redéploiement a été bien engagé, qui reste à poursuivre.

Difficultés / Points de vigilance

- L'adaptation et la transformation du secteur permettra de mieux répondre aux enjeux de scolarisation et de vie sociale en milieu ordinaire.
- Une attention spécifique doit être portée sur l'accompagnement du handicap psychique.
- La prise en charge de certains handicaps rares et de cas complexes reste difficile.



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Bilan quantitatif de l'offre régionale par territoire de santé

Accueil enfance et jeunesse handicapées

Nombre d'établissements et de services - Places par catégorie d'établissement et de services au 1.01.2011 - Taux d'équipement

Sources : DREES - ARS - FINESS

Etablissements	LANGUEDOC-ROUSSILLON	11-Aude	30-Gard	34-Hérault	48-Lozère	66-Pyrénées-Orientales
Instituts médico-éducatifs						
nombre d'établissements	44	8	12	16	2	6
nombre de places	2 115	388	513	707	90	417
Instituts thérapeut., éducatifs et pédagogiques						
nombre d'établissements	18	3	7	4	2	2
nombre de places	817	115	244	283	75	100
Etablissements pour déficients moteurs						
nombre d'établissements	3	0	2	0	1	0
nombre de places	264	0	46	52	135	31
Etablissements enfants et ados polyhandicapés						
nombre d'établissements	12	0	3	5	1	3
nombre de places	364	0	77	136	30	121
Etablissements pour déficients sensoriels						
nombre d'établissements	3	0	2	1	0	0
nombre de places	132	0	42	90	0	0
Total Etablissements						
nombre d'établissements.	80	11	26	26	6	11
nombre de places	3 692	503	922	1 268	330	669
SESSAD						
nombre de services	64	8	18	23	2	13
nombre de places	1 635	127	443	681	30	354



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Principes d'organisation



Accessibilité :

- **Accessibilité géographique :**
Réduire les inégalités territoriales dans une appréhension régionale de l'offre et de la réponse aux besoins (redéploiement d'équipement entre les territoires)
- **Accessibilité handicapés :**
Identifier un établissement de recours accessible et adapté à l'accueil d'enfants handicapés

Évitabilité : Favoriser le maintien en milieu ordinaire de l'enfant

Qualité- pertinence : Faire évoluer l'offre existante afin de répondre aux enjeux de la politique d'inclusion scolaire

Efficience : Poursuivre les efforts en matière d'intégration scolaire (en lien avec l'Education Nationale)

Repositionner l'offre de prise en charge sur les problématiques les plus lourdes, dans un contexte d'intégration privilégiée en milieu ordinaire

Parcours de santé : articulations avec la **prévention**, les **soins de premiers recours** et le **médico-social**

1- Prévention : Problématiques de l'obésité, des vaccinations et de l'hygiène bucco-dentaire chez les enfants/adolescents handicapés

2- Premiers recours : qualité des liens avec les intervenants du secteur ambulatoire : orthophonie, kiné, psycho motricien,

3- Hospitalier : lien ville hospital

Parcours de soins : mieux articuler la psychiatrie de l'enfant en établissement et en institution

4-Médico-social : anticiper le passage à l'âge adulte pour assurer une bonne transition entre le secteur "enfant" et le secteur "adulte" en évitant la rupture de prise en charge



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
Favoriser l'intégration scolaire des enfants handicapés	
Créer des places de Services à domicile (SESSAD) sur les territoires prioritaires	Taux d'équipement
Développer des places d'accueil séquentiel (de jour et d'hébergement temporaire)	Nombre de places autorisées
Promouvoir l'accueil d'enfants handicapés dans les structures périscolaires ou préscolaire (centres de loisirs ou crèches)	
Améliorer la formation des adolescents handicapés (formation professionnelle, apprentissage)	
Optimiser et adapter l'offre de service	
Rééquilibrer l'offre de service et d'équipements afin de les adapter aux besoins recensés sur les territoires (transformation de places d'internat en place de SESSAD ou en semi-internat, transferts d'équipements d'un territoire à l'autre)	
Diversifier l'offre de service (accueil séquentiel)	% de services dans l'offre globale
Handicaps spécifiques	
Adolescents handicapés psychiques : mieux articuler les ESMS avec la psychiatrie de secteur	
Autisme : développer l'offre d'hébergement temporaire pour autistes par création et adaptation de l'existant (4ième maison de Manon, reconnaissance d'unité dédiée) afin d'offrir des périodes de répit pour l'enfant et son entourage	Taux d'évolution des places "autisme"
Polyhandicap : développer des plateformes de coordination de la prise en charge et de répit pour les familles	
Troubles d'acquisition du langage : structurer filière coordonnée de diagnostic et de prise en charge précoce	
Parcours de santé	
Décloisonner les secteurs Enfant/Adulte afin de favoriser la mutualisation de prestations et la fluidité du parcours	Nombre d'Amendements Creton
Identifier un établissement de recours adapté aux hospitalisations d'enfants souffrant de TED	
Améliorer l'articulation entre les ESMS et les professionnels de santé libéraux	



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Aude:

Déficiência intellectuelle (IME) :

- Déficiência légère à moyenne : Dans le cadre du schéma départemental 2008/2011, un travail de redéploiement des équipements a été amorcé et apporte une **réponse satisfaisante aux besoins départementaux**.
- Déficiência moyenne à sévère/Autisme TED : Un travail de remise à plat des agréments des IME a été effectué : **un rééquilibrage entre les sections "déficiência intellectuelle" et "autisme" est nécessaire sur l'IME de Narbonne.**

Troubles du comportement (ITEP): Avec 3 établissements qui permettent de couvrir l'ensemble du territoire, l'Aude compte un taux d'équipement adapté, notamment depuis que le centre Ste Gemme est devenu intégralement ITEP.

La création d'un **service de placement familial spécialisé de l'ordre de 5 places** mobilisé pour l'ensemble du territoire pourrait renforcer ce dispositif.

Handicap moteur et polyhandicap :

Sur le handicap **moteur**, la création d'un IEM a été écartée au vu des besoins de l'Aude ; la prise en charge actuelle est réalisée par le biais d'un **SESSAD à vocation départementale de 22 places pour lequel une augmentation de capacité devra être envisagée.**

Sur le **polyhandicap**, la réponse est à ce jour insuffisante (seulement 8 places à Narbonne). Il est indispensable de pouvoir mettre en place une réponse sur l'Ouest du département. **La création de places pour polyhandicapés sur l'ouest-audois est nécessaire.**

Déficiência auditive : la prise en charge actuelle est effectuée par un service à vocation régionale.

Déficiência visuelle : Les prises en charge spécialisées s'effectuent à Toulouse ou dans l'Hérault en fonction du domicile des enfants concernés.

Globalement, la prise en charge des déficiences sensorielles doit être ré-interrogée au regard des équipements et des pratiques des services à vocation régionale.



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Gard :

Déficience intellectuelle (IME) :

Le secteur de Nîmes est **insuffisamment pourvu en places d'IME**. La création de places d'IME sur le bassin nîmois se justifie et peut être opérée en partie par une redistribution à partir d'autres territoires ou d'autres catégories d'équipements. Le partenariat entre les structures doit être développé sur Alès.

Le **développement de places de SESSAD est nécessaire sur le bassin alésien**.

Autisme et troubles envahissants du développement (TED) :

Le Gard dispose de structures très différentes dans les projets de prise en charge, notamment une structure expérimentale fonctionnant sur les temps familiaux en complément des structures sanitaires ou des IME (Sésame Autisme). **Le développement de l'offre** en faveur des enfants autistes **doit se poursuivre sur la base de l'évaluation des besoins** des structures récemment ouvertes et des données de l'observatoire mis en place par la MDPH.

Troubles du comportement (ITEP) :

L'offre est importante, mais sa **répartition géographique est très inégale**, avec une implantation importante sur le bassin nîmois. A l'inverse, le territoire de Bagnols-sur-Cèze est dépourvu d'équipement. La création récente d'un SESSAD sur Pont St Esprit permet de pallier ce déficit d'équipement, mais ce territoire devrait être encore renforcé, en fonction des besoins. **Globalement, l'équipement est suffisant, et doit être redistribué en faveur des secteurs de « Camargue-Vidourle » et du Gard rhodanien**.

Handicap moteur et polyhandicap :

Le dispositif existant donne satisfaction et ne semble pas devoir être prioritairement renforcé.

Déficience auditive : Une articulation plus importante doit être trouvée entre les deux SEFFIS à vocation régionale (CROP et ARIEDA qui intervient sur le Gard à hauteur de 33 places).

Déficience visuelle : Le SESSAD pour déficients visuels à vocation régionale intervient dans le Gard à hauteur de 25 places. **Ce dispositif semble suffisant.**



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Hérault :

Déficiência intellectuelle (IME) :

Au regard de l'analyse des besoins et du taux d'équipement, **le dispositif héraultais est à renforcer.**

Les besoins sont importants sur l'ensemble du département, principalement en ce qui concerne les SESSAD. **Les créations seront prioritairement allouées aux zones non couvertes** (Secteur de Mauguio et Nord-Ouest département). La création d'antennes de SESSAD existants est à privilégier.

Autisme et troubles envahissants du développement (TED) :

Des sections pour enfants autistes sont identifiés au sein de certains IME et des SESSAD dédiés existent.

Une structure fonctionnant sur les temps familiaux en complément des structures sanitaires ou des IME (Sésame Autisme) est implantée à Juvignac. **L'ouverture d'une deuxième structure de ce type à Béziers viendra renforcer ce dispositif.**

Troubles du comportement (ITEP):

Avec l'implantation récente d'un ITEP sur Béziers, la couverture des besoins s'est améliorée. Le territoire des Cités Maritimes resterait insuffisamment pourvu.

Compte tenu des délais d'attente pour une prise en charge en CMPP, le renforcement des CMPP existants devra être envisagé, avec le déploiement d'antenne sur les secteurs non desservis (Coeur d'Hérault).

Handicap moteur et polyhandicap :

Le schéma départemental ne met pas en évidence une tension très importante sur ce dispositif.

S'agissant du handicap moteur, il n'y a pas d'offre de prise en charge institutionnelle sur l'agglomération montpeliéraine au delà de 16ans, qui conduit à une rupture de prise en charge dans le parcours de vie et qui devra faire l'objet d'une révision d'agrément.

Concernant le polyhandicap, la mise en oeuvre d'une **plateforme d'accueil temporaire et de coordination des prestations en faveur d'enfants et de jeunes adultes polyhandicapés** pourra être étudiée, afin de proposer des temps de répit aux familles.

Déficiência auditive :

Deux structures assurent la prise en charge des déficients auditifs, l'une avec hébergement et SESSAD (CESDA), l'autre sous forme de SESSAD, à vocation régionale (ARIEDA).

Déficiência visuelle :

Le SESSAD de l'UAHV a vocation à intervenir sur l'ensemble de la région. **Ce dispositif semble suffisant.**



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Lozère:

Déficience intellectuelle (IME) :

L'offre est concentrée sur Marvejols, avec un IME et un IMPro, qui proposent 90 places au total, dont la majorité en internat. Le recrutement géographique est régional ou limitrophe pour 4 enfants sur 5.

Le dispositif de placement familial spécialisé (20 places de PFS) devra être évalué afin de s'assurer du service rendu.

Le SESSAD de 19 places à vocation départementale répond aux besoins de proximité (100% d'enfants lozériens).

Autisme et troubles envahissants du développement (TED) :

Pas d'agrément pour ce type de prise en charge. **La reconnaissance d'une unité "autistes" au sein de l'IME de Marvejols pourrait être étudiée.**

Troubles du comportement (ITEP):

Les deux ITEP situés à Mende et ST Etienne du Valdonnez disposent d'une capacité de 77 places, quasi exclusivement en internat. **Ces deux structures ont un rôle de recours au niveau régional** et assurent une prise en charge régionale et limitrophe pour 75% des cas.

Le SESSAD de 15 places à vocation départementale assure une prise en charge ambulatoire de proximité.

Handicap moteur (IEM):

Le centre de Montrodât dispose de 135 places dont 14 d'externat. Recrutement régional et limitrophe de plus de 53%. La structure a le projet d'élargir son activité aux cérébrésés, traumatisés crâniens et trachéotomisés. **Une évaluation de l'établissement devra être réalisée à horizon 2013 et conduire la réflexion sur une éventuelle restructuration de l'offre.**

Polyhandicap (EEAP):

L'établissement de Chateauneuf de Randon offre 30 places d'internat. Recrutement majoritairement régional ou limitrophe (66%).

Déficience auditive :

Le SEFFIS à vocation régionale intervient en Lozère à hauteur de 5 places. **Ce dispositif semble suffisant.**

Déficience visuelle :

Le SESSAD pour déficients visuels à vocation régionale intervient en Lozère. Recours également au Centre de rééducation pour déficients visuels de Clermont-Ferrand. **Ce dispositif semble suffisant.**



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Pyrénées-Orientales :

Déficiência intellectuelle (IME) :

Les quatre IME de l'agglomération perpignanaise ont initié un important redéploiement de places d'internat en semi-internat et en SESSAD ce qui permet l'amélioration de la réponse aux besoins. L'IME de Port-Vendres répond à des besoins de proximité tandis que l'IME d'Osséja offre une prise en charge pour des personnes cérébro-lésées (20 places à vocation régionale).

Le dispositif global est complété par **une offre de SESSAD importante et bien répartie**, ce qui fait des Pyrénées-Orientales le département le mieux couvert au niveau régional. **Pas de création complémentaire envisagée sur ce territoire.**

Autisme et troubles envahissants du développement (TED) :

Des sections pour enfants autistes sont identifiées au sein des IME et des SESSAD dédiés existent. Le dispositif est globalement satisfaisant, mais pourrait être renforcé par redéploiement de moyens.

Troubles du comportement (ITEP):

Les deux ITEP couvrent globalement les besoins du département avec une offre diversifiée (internat, semi-internat). Toutefois, l'offre en SESSAD reste concentrée sur l'agglomération perpignanaise.

Handicap moteur et polyhandicap :

L'organisation existante donne satisfaction et ne semble pas devoir être prioritairement renforcée.

Déficiência auditive :

Une articulation plus importante doit être trouvée entre la structure départementale dont la capacité vient d'être augmentée et le SEFFIS à vocation régionale qui intervient sur les Pyrénées-Orientales à hauteur de 20 places.

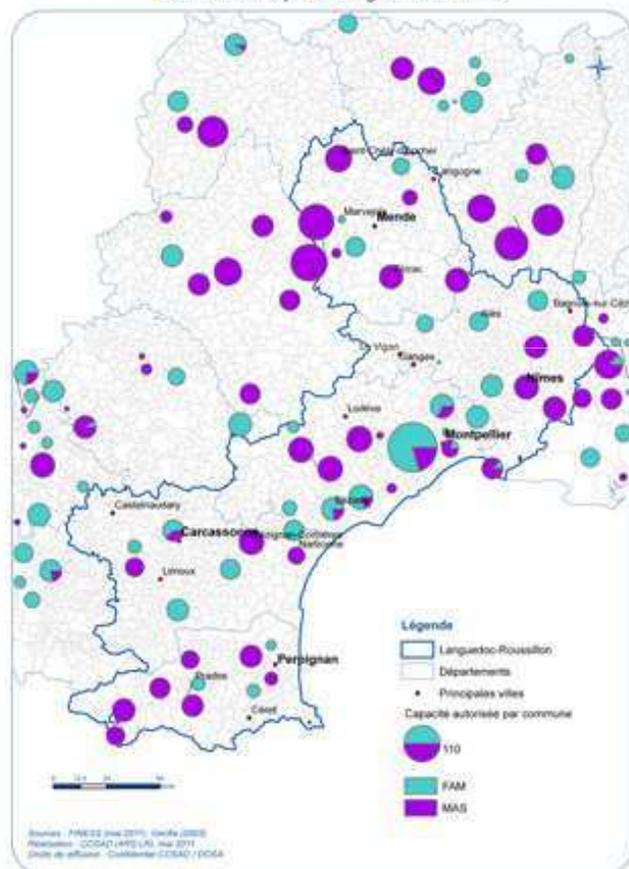
Déficiência visuelle :

Le SESSAD départemental dispose de 21 places. **Ce dispositif semble adapté.**



II.3.1- Adultes handicapés

Répartition des établissements d'hébergement médicalisés pour adultes handicapés en Languedoc-Roussillon



Diagnostic régional de l'offre en établissement

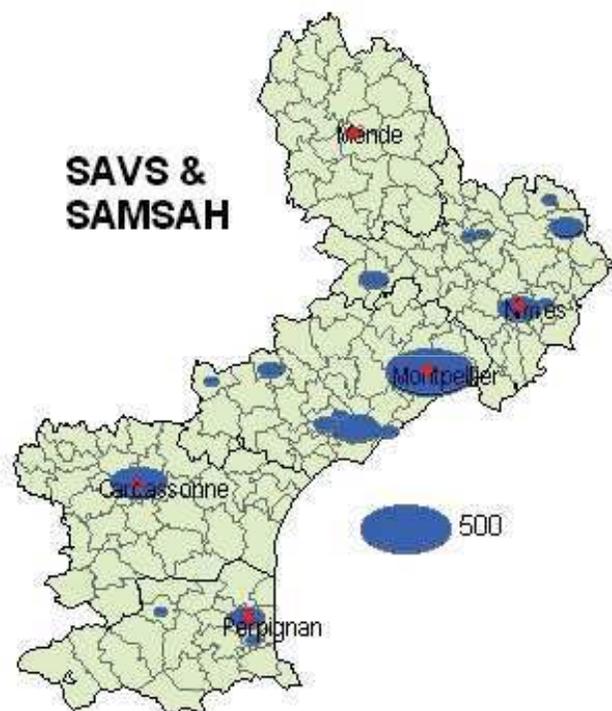
- Un taux d'équipement en structures pour adultes (y compris foyers de vie) nettement supérieur au niveau national, à l'exception notable du Gard, et des P-O en ce qui concerne les foyers de vie.
- Une répartition hétérogène des structures et des moyens alloués sur le territoire régional. Toutefois, le Gard est le seul département qui ressort moins bien doté que le niveau national.
- Le poids de la Lozère est historiquement significatif.
- Un développement de places de SAMSAH, de SSIAD PH, mais aussi de MAS-FAM à destination de publics spécifiques (handicapés psychiques ou autistes).
- Part des services plus faibles que France entière, notamment dans l'Aude et la Lozère.
- Un programme pluriannuel 2008-2014 de création de places en établissements et services en cours de réalisation visant à poursuivre cet effort.

Difficultés / Points de vigilance

- Rupture de prise en charge ou d'accompagnement dans le parcours (réponse à des situations d'urgence)
- Vieillesse des personnes handicapées
- Barrière administrative de 60 ans



II.3.1- Adultes handicapés



Diagnostic régional de l'offre en services à domicile

- 38 SAVS (1 421 places) et 10 SAMSAH (160 places) en région.
Ces services d'accompagnement ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.
- L'objectif des SAMSAH est de coordonner les soins de la personne handicapée à domicile.
- 258 places de SSIAD pour adultes handicapés le plus souvent adossées à un SSIAD pour personnes âgées.

Difficultés / Points de vigilance

- Effort à poursuivre sur ces modalités de prise en charge insuffisamment développées.
- Travailler sur l'articulation entre services et établissements.



II.3.1- Adultes handicapés

Bilan quantitatif de l'offre régionale par territoire de santé

Accueil des adultes handicapés

Lits ou places installés au 1.01.2011 par catégorie d'établissement

Sources : DREES - ARS - FINESS - DGEFP

Catégorie d'établissement	LANGUEDOC-ROUSSILLON	11-Aude	30-Gard	34-Hérault	48-Lozère	66-Pyrénées-Orientales
Etablissements d'hébergement						
Maison accueil spécialisée						
nombre d'établissements	38	4	5	12	8	9
nombre de lits	1 513	174	233	382	420	304
Foyer d'accueil médicalisé						
nombre d'établissements	30	5	6	13	3	3
nombre de lits	924	135	178	426	100	85
Foyer de vie						
nombre d'établissements	53	8	11	15	14	5
nombre de lits	1 648	136	289	403	576	244
nombre de places en accueil de jour	269	13	16	203	5	32
Foyer d'hébergement						
nombre d'établissements	59	15	12	20	5	7
nombre de lits	2 205	406	430	614	496	259
Etablissements de travail protégé ESAT (ex-CAT)						
nombre d'établissements	58	15	12	17	5	9
nombre de lits	4 760	955	1 083	1 467	531	724
Etablissements et services de réinsertion professionnelle	0					
nombre d'établissements.	3	0	0	1	0	2
nombre de places	411	0	0	280	0	131
Total Etablissements						
nombre d'établissements.	241	47	46	78	35	35
nombre de places	11 730	1 819	2 229	3 775	2 128	1 779
Services de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés						
nombre de places	258	7	76	100	14	61
Serv. d'accompag. médico-social pour adultes handicapés SAMSAH						
nombre de places	160	17	47	61	15	20



II.3.1- Adultes handicapés

Principes d'organisation

Qualité- pertinence :

Favoriser le maintien à domicile par la diversification des prises en charge, l'aide aux aidants

Adapter et redéployer l'existant en fonction de l'évolution des publics et des besoins (autisme, handicap psychique, vieillissement des personnes) et des attentes (vie sociale, désir d'autonomie des jeunes adultes)

Favoriser la bientraitance

Soutenir l'insertion professionnelle

Efficience : Diversifier la palette de prise en charge par la mise en place de plateforme de services polyvalente (hébergement complet, famille d'accueil, accueil séquentiel, temporaire, de jour, SAMSAH, SAVS,...) en s'appuyant sur les territoires "infra " définis par les schémas départementaux

Fonctionnement des services en file active

Accessibilité :

Accessibilité géographique :

Réduire les inégalités territoriales dans une appréhension régionale de l'offre et de la réponse aux besoins (redéploiement d'équipement entre les territoires)

Accessibilité géographique :

Identifier un établissement de recours accessible et adapté à l'accueil de personnes handicapées

Evitabilité : Eviter les ruptures de parcours en santé mentale

Parcours de santé : articulations avec la **prévention**, les **soins de premiers recours** et le **médico-social**

1-Prévention : S'assurer de l'accès à la prévention. Education à la sexualité au sein des ESMS

2-Premiers recours : Des difficultés d'accès aux soins - médecin généraliste - dentiste malgré une région est bien pourvue en professionnels de santé libéraux, notamment en IDE.

3-Hospitalier : Renforcer les liens avec le secteur hospitalier

4-Médico-social : Eviter la rupture de prise en charge en anticipant le vieillissement de la personne handicapée (barrière d'âge des 60 ans)



II.3.1- Adultes handicapés

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
Favoriser le maintien à domicile des adultes handicapés	
Créer des places de services à domicile (SAMSAH, SSIAD PH) sur les territoires prioritaires, en lien avec la densité en IDE	Taux d'équipement
Développer des places d'accueil séquentiel (de jour et d'hébergement temporaire)	Nombre de places autorisées
Soutenir l'insertion professionnelle des adultes handicapés	
Renforcer le partenariat et les articulations entre les différents partenaires de politiques publiques (DIRRECTE, Education Nationale, Assurance Maladie, AGEFIPH, ARS, Conseil Régional, ...) en matière d'insertion professionnelle à partir d'une réflexion et d'un diagnostic partagé	
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, ESAT "hors les murs"	
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	



II.3.1- Adultes handicapés

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
Optimiser et adapter l'offre de service	
Promouvoir des plateformes de services, adossées à une structure ou portées par des services	
Décloisonner les secteurs PA/PH afin de favoriser la mutualisation de prestations	Nombre de conventions de partenariat
Privilégier la création de structure de type FAM à destination de publics spécifiques sur les territoires prioritaires, notamment par le redéploiement de l'offre régionale excédentaire	Taux d'équipement
Favoriser le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs en ESMS	Nombre de conventions de partenariat
Handicaps spécifiques	
Développement des GEM et de SAMSAH dédiés pour favoriser la socialisation des malades psychiques et des traumatisés crâniens	
Autisme : développer l'offre d'hébergement pour adultes autistes par création ou adaptation de l'existant	Taux d'évolution des places "autisme"
Parcours de santé	
Utiliser le dispositif d'HAD d'amont à proximité des établissements afin d'éviter les hospitalisations	
Améliorer l'articulation entre les ESMS et les professionnels de santé libéraux	
Améliorer l'articulation entre les ESMS et le secteur psychiatrique : psychiatrie de liaison	



II.3.1- Adultes handicapés

Evolution souhaitable de l'offre au niveau régional

MAS-FAM :

Au plan régional, **le département du Gard est prioritaire** en ce qui concerne la création de places de MAS/FAM. Dans une moindre mesure, **le département de l'Hérault a également vocation à être renforcé**. L'ARS privilégiera le développement de formules de type FAM, ces formules d'accompagnement favorisant une approche territorialisée de réponses aux besoins et permettant de respecter les objectifs du plan pluriannuel national handicap.

Des **structures innovantes permettant de favoriser la fluidité du parcours entre le secteur enfant et le secteur adulte** seront à développer.

Les opérations de **médicalisation de foyers occupationnels** pourront être envisagées, sur la base d'une évaluation des besoins à conduire en partenariat avec le Conseil Général.

Domicile :

Les SAMSAH et les SSIAD pour personnes handicapées constituent des modalités de prise en charge favorisant le maintien à domicile et à ce titre **seront privilégiés**. Il conviendra de rechercher un maillage du territoire par le déploiement de ces services.

Dans un cadre d'action innovante, **les SAMSAH pourraient également répondre aux problématiques des populations en situation de précarité, avec atteintes neuro-dégénératives**.

ESAT :

Au plan régional, **le département de l'Hérault est prioritaire** en ce qui concerne la création de places d'ESAT.

Les départements de l'Aude et de la Lozère s'attacheront à recentrer leur réponse aux besoins de proximité.

Des structures innovantes comme les ESAT "hors les murs" seront privilégiées.



II.3.1- Adultes handicapés

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Aude:

MAS-FAM :

Compte tenu de l'important effort de création de places réalisé entre 2007 et 2011, **le département de l'Aude ne sera pas prioritaire.**

Domicile :

La priorité sera la **finalisation des opérations en cours concernant les SAMSAH** pour handicapés psychiques et handicapés moteurs à vocation départementale.

ESAT :

L'Aude dispose d'une **offre en ESAT historiquement très importante** et qui n'est pas calibrée aux besoins du département.

Il conviendra de **recentrer la réponse au niveau départemental**, en mettant à profit le départ massif de travailleurs handicapés à la retraite pour réajuster le dispositif.

La **médicalisation de places de foyers d'hébergement** sera également étudiée.



II.3.1- Adultes handicapés

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Gard :

MAS-FAM :

L'offre de prise en charge institutionnelle s'est renforcée mais reste nettement inférieure aux niveaux régional et national. **Le département du Gard reste donc prioritaire** en ce qui concerne la création de places de MAS/FAM.

L'offre de prise en charge institutionnelle pour autistes et handicapés psychiques se développe et devra faire l'objet d'une évaluation des besoins avant d'envisager de nouveaux projets.

Domicile :

En terme de SAMSAH, le Gard compte :

- un SAMSAH pour handicap moteur à vocation départementale de 25 places qui répond aux besoins.
- 2 SAMSAH pour handicapés psychiques : 12 places à Nîmes, 10 places à Alès. **Ce dispositif doit être renforcé** par l'ouverture d'un 3^{ème} SAMSAH prioritairement sur Bagnols/Cèze afin d'assurer le maillage du territoire.

Le dispositif de GEM pour handicapés psychiques est renforcé par un 4^{ème} GEM à Nîmes.

ESAT :

Un projet innovant à Bagnols/Cèze pourra compléter le dispositif.



II.3.1- Adultes handicapés

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Hérault :

MAS-FAM :

L'offre de prise en charge institutionnelle est proche du taux d'équipement régional. Toutefois, **des besoins sont mis en exergue, principalement en FAM, et sur l'Est du département.**

Ainsi, le territoire de l'Hérault pourra être renforcé dans une logique préférentielle d'extension, voire de regroupement de FAM ou MAS.

En terme qualitatif, une attention particulière sera portée sur la prise en charge du handicap psychique, de la déficience intellectuelle sévère et du polyhandicap.

Sont également prioritaires les opérations de **médicalisation de foyers occupationnels** préexistants notamment au regard des besoins recensés en termes de soins des populations d'ores et déjà accueillies dans les structures existantes.

Domicile :

Les besoins en matière de SAMSAH et SAVS sont également très importants sur l'ensemble du département.

Un maillage du territoire est souhaitable par le déploiement de SAMSAH.

ESAT :

L'analyse des besoins ainsi que le taux d'équipement de l'Hérault montre la **nécessité de développer l'offre en ESAT.**

En terme qualitatif, la priorité sera le développement de **l'accueil des travailleurs handicapés souffrant un handicap psychique** par création ou reconversion (Certains travailleurs handicapés étant accueillis dans des ESAT non habilités pour ce type de handicap).

La **diversification de l'offre est à compléter par le développement de structures "hors les murs" non existantes à ce jour sur le département.**



II.3.1- Adultes handicapés

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Lozère:

MAS-FAM :

L'offre de prise en charge institutionnelle du département est historiquement très importante que ce soit en MAS, FAM, foyers de vie, ESAT ou services à domicile. Elle répond à des besoins extra-régionaux, le schéma en faveur des adultes handicapés 2008-2013 indiquant que près d'une personne sur cinq provient de la région parisienne.

Cette offre doit être diversifiée et restructurée par redéploiement afin d'améliorer la réponse aux besoins des autres territoires de la région.

Ainsi, le développement de places d'accueil de jour pour des adultes vivant à domicile sera recherché, ainsi que la réflexion sur des projets innovants.

L'identification d'unité dédiée à une population spécifique (autistes, handicapés psychiques,...) pourra également être privilégiée.

Le fonctionnement de la structure d'accueil temporaire et d'urgence à vocation régionale située à Montrodat devra être évaluée afin de mettre en exergue les besoins en matière de situation d'urgence et d'accueil temporaire.

Une formalisation du partenariat entre le CHS de St Alban et les ESMS sera à formaliser.

Domicile :

Le CLIC départemental pourrait s'ouvrir aux personnes handicapées.

Un SAVS départemental est envisagé.

ESAT : Population de handicapés psychiques qui nécessite une adaptation des moyens en personnel notamment en terme de formation et de taux d'encadrement.



II.3.1- Adultes handicapés

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Pyrénées-Orientales :

MAS-FAM :

L'offre de prise en charge institutionnelle du département est jugée suffisante et n'est pas prioritaire au niveau régional.

L'ouverture récente de deux MAS, l'une à Thuès les Bains pour handicapés psychiques, l'autre à Argelès pour polyhandicapés va permettre d'élargir le panel de réponses institutionnelles.

Domicile :

Deux SAMSAH pour handicapés psychiques de 10 places chacun couvrent le secteur de Perpignan. **Ce dispositif devra être renforcé** afin de mailler le territoire, et notamment les secteurs du Conflent et de Cerdagne-Capcir.

Par ailleurs, **un SAMSAH pour déficients moteur à vocation départementale pourrait être créé**, le cas échéant par redéploiement.

ESAT : Pas de tension particulière ni d'évolution de capacité prévue sur ce dispositif.



II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Un dispositif médico-social spécifique prend en charge les personnes vulnérables du fait de leurs addictions, d'atteintes par des maladies et rendues vulnérables par la précarité sociale. La précarité accompagne très fréquemment la maladie chronique grave ou invalidante, qu'elle en soit une conséquence ou un des déterminants.

- Dispositif de prise en charge **des addictions** qui comprend les :

- Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), avec ou sans accueil résidentiel, et les Consultations jeunes consommateurs;
- Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD);

- Dispositif de prise en charge **des personnes en situation de précarité ou vulnérables et atteintes de maladies graves et/ou invalidantes**. Ce sont les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT), qui n'ont pas vocation à accueillir les malades mentaux (ne se substituent pas aux missions des secteurs de santé mentale) et n'accueillent les personnes présentant des addictions que du fait des co-morbidités (ne se substituent pas au dispositif de soins résidentiels en addictologie);

- Dispositif des Lits Halte Soins Santé (LHSS) de prise en charge **des personnes en grande précarité**, sans chez eux et nécessitant des soins du fait de pathologies intercurrentes.



II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

I - LES ENJEUX POUR LA RÉGION

L'enjeu de déploiement de ces dispositifs est particulièrement important en Languedoc Roussillon du fait de la convergence de trois caractéristiques régionales, sources de besoins : le poids des addictions, des maladies chroniques et de la précarité.

□ Les addictions, un problème de santé important en région

➤ Le Languedoc Roussillon est dans les 8 régions les plus concernées par les problèmes d'addictions. La consommation élevée de tabac ne baisse pas significativement chez les 17 ans, augmente chez les femmes avec une « épidémie » attendue de cancers du poumon.

➤ L'alcool est une des causes importante de la mortalité prématurée régionale, cause par ailleurs de prématurité et de morbidité périnatale et infantile, La toxicité liée à l'alcool chez la femme enceinte serait responsable de 10 à 20% des enfants et jeunes en IMP ou IMPRO pour des troubles comportementaux. Usage régulier, ivresses répétées touchent même c les plus jeunes.

➤ La région est dans les 5 premières régions où les pratiques de consommations de drogues sont les plus élevées , avec leur cortège de co-morbidités (VIH, hépatites) et leur impact sur des populations très vulnérables : détenus, femmes, enfants.

➤ Le problème des addictions est corrélé à la situation sociale et économique. En région (enquête ORS pour le Conseil régional) 50% des jeunes en MLI ou apprentissage consomment régulièrement du tabac, s'alcoolisent massivement, 60% consomment du cannabis (30% tous les jours), 15% de la cocaïne, 5% de l'héroïne. Les étudiants sont en retrait pour l'ensemble de ces consommations. Ce problème touche tous les lieux et milieux : la sphère privée et publique, les milieux festifs, les zones rurales. Les jeunes, les femmes, mais aussi les seniors semblent de plus en plus concernés.

➤ Certaines pratiques de consommation exposent aux risques de contamination : 4% des contaminations VIH concernent des usagers de drogue (2% au national), la prévalence du VHC est massive (60%), alcool et précarité sont des déterminants du VHB.



II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

□ La maladie chronique

L'importance des maladies chroniques en région, en particulier le cancer, les maladies cardio-vasculaires, les hépatites et le VIH (pourvoyeuses d'un nombre important de cancers et maladies cardio-vasculaires) est soulignée par tous les acteurs. La complexité des prises en charge, les interactions entre les secteurs ambulatoires, hospitalier et médico-social sont aggravées par la fréquence des ruptures sociales (et parfois familiales) qui les accompagnent et la précarité ou l'isolement qu'elles peuvent induire.

Elle est objectivée par le poids des ALD concernant les maladies de l'appareil cardiovasculaire, les cancers, les maladies nutritionnelles et métaboliques (dans lesquelles la maladie alcoolique).

□ La précarité

Le taux de pauvreté est élevé dans tous les départements de la région, touche tous les âges (un enfant sur 4 vit au dessous du seuil de pauvreté). 11% de la population vit avec le RSA (contre 7% au niveau national). Le taux de chômage se maintient très supérieur à la moyenne nationale. La part des salaires dans la composition totale des revenus est la plus faible de France. Avec les ayants droits, la population couverte par la CMUc représente 10,8% de la population générale (contre 6,8% en France métropolitaine).

Ces données et celles attestant de l'absence fréquente d'entourage, de la faiblesse et de la fragilité des revenus, de la fragilité ou de l'absence de logement traduisent la vulnérabilité d'une partie importante de la population d'une part par rapport à certains risques (dont les addictions et leur cortège de comorbidité) d'autre part face aux conséquences sociales de maladies graves.

Le schéma de l'organisation médico-sociale en direction des personnes à vulnérabilité spécifiques sous-tend donc fortement et de manière particulière les développements ultérieurs du programme Régional d'Accès à la Santé et aux soins (PRAPS). Il appelle une coordination étroite avec l'ensemble des acteurs de la cohésion et de l'action sociale (CCAS, CAF, Conseils généraux, DDS).



II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

CSAPA-CAARUD

La place du médico-social dans le dispositif de prise en charge des addictions

Le dispositif structurant le parcours santé en matière d'addictions est organisé en transversalité autour de quatre « champs »

- Le champ médico-social

- Les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) avec ou sans accueil résidentiel
- les consultations jeunes consommateurs
- Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) qui animent sur certains territoires des réseaux de pharmaciens

Il a une place centrale du fait :

- de ses missions dans les champs de la prévention, de l'accompagnement et du soin
- de son rôle pour une prise en compte de l'ensemble des besoins des personnes (besoins sociaux, économiques, sanitaires, psychologiques, éducatifs)

- Le champ hospitalier

- équipes de liaison (ELSA)
- Consultations (addictologie, tabacologie ...)
- Sevrages complexes
- Lits de sevrage et SSR
- le dispositif de santé mentale

-La médecine de ville et les pharmaciens, les réseaux

Des réseaux d'addictologie regroupant des médecins généralistes maillant une partie du territoire (implantés dans l'Aude, à Alès, Bagnols-sur-Cèze, Pont St Esprit, Vauvert, Montpellier et Perpignan) jouent un rôle de coordinations d'acteurs.

-Les acteurs de prévention

-Associations dans le champ de l'éducation à la santé ou professionnels (milieux scolaires, universitaires ...)

Le dispositif médico-social agit en liens structurés avec les acteurs sanitaires et sociaux locaux, acteurs du parcours de vie en matière d'addictions

La lutte contre les addictions et la prise en charge globale des personnes passe par :

- Des actions de prévention au long du développement des personnes, adaptées aux âges de la vie ; soutien à la parentalité éducation à la santé (compétences psychosociales, estime de soi, responsabilisation et éducation citoyenne, prises de risques)
- La prise en compte de vulnérabilités particulières : grossesse et risques pour l'enfant à naître
- La réduction des risques et des dommages liés aux addictions, notamment en matière de contaminations virales (VHB, VHC et VIH) mais aussi au dommage social
- La prise en compte des co-morbidités dont le VIH et hépatites, les troubles psychopathologiques

Le dispositif médico-social de lutte contre les addictions est ainsi au centre de partenariats nécessaires à construire avec :

- Le réseau périnatal , les maternités et PMI
- Les professionnels en lien avec les adolescents et jeunes adultes, et notamment Maisons des adolescents et Points écoute jeunes, espaces de premier recours pour les jeunes
- Les centres de vaccination
- Le dispositif de dépistage des IST, du VIH et des hépatites
- Le dispositif de santé mentale
- le dispositif d'action sociale et de lutte contre les exclusions

II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.44



CSAPA-CAARUD

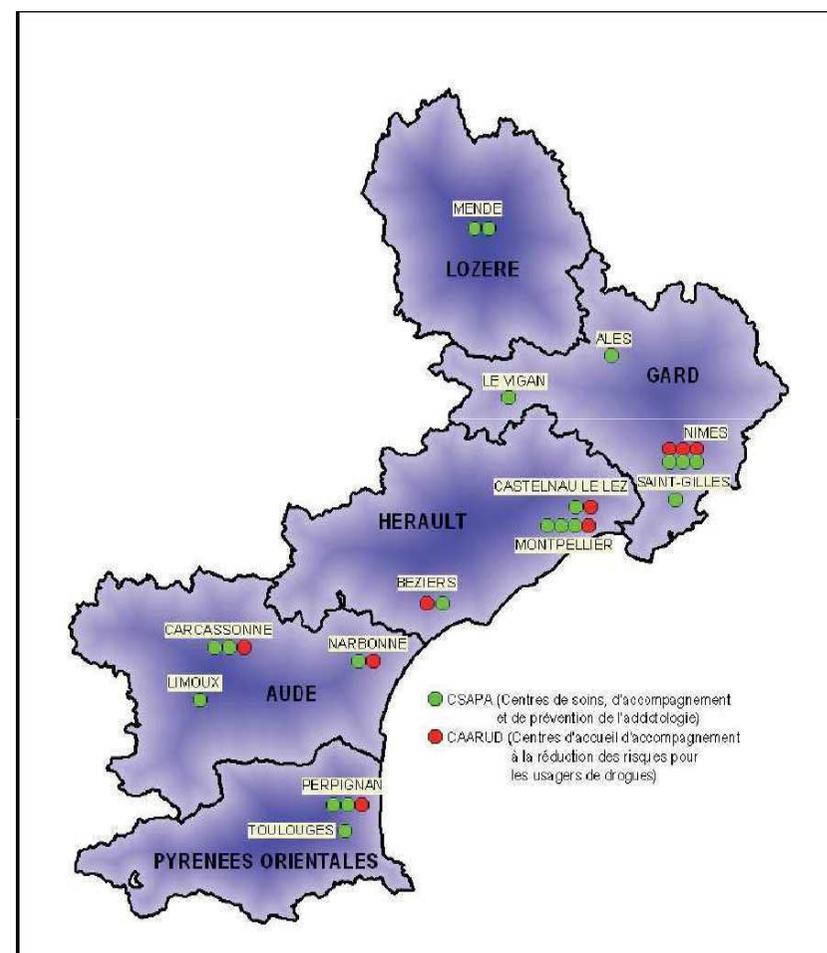
Diagnostic régional de l'offre

Les CSAPA 19 structures

- ❑ Des agglomérations concentrant les structures (10)
Carcassonne – Narbonne – Nîmes – Montpellier – Perpignan
- ❑ Une « dispersion » des moyens (32 antennes ouvertes en majorité de 2 à 4h par semaine) ne permet pas de couvrir le territoire.
- ❑ Des secteurs où la mission est assurée par des associations non gestionnaires de CSAPA
- ❑ Des zones blanches ou mal couvertes dans tous les territoires

Les CAARUD 8 structures

- ❑ Malgré le déploiement d'équipes mobiles et d'équipes de rues, une couverture du territoire non assurée. Pas de structure en Lozère. Des micro territoires où la fonction est assurée par des associations non gestionnaires de CCARUD.
- ❑ Mise en place de réseaux de pharmaciens dans les P-O et le Gard.
- ❑ Une évolution des populations, de leurs pratiques, et de leurs localisation qui nécessite en corollaire une évaluation des besoins et une adaptation de la réponse.



II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.45



CSAPA-CAARUD

Atouts et faiblesses, les enjeux (1)

- Un enjeu de déploiement territorial et de coordination avec les autres acteurs en réponse aux besoins des populations locales
 - Le dispositif des CSAPA est étoffé mais ne couvre pas le territoire ; il est de manière générale insuffisamment coordonné avec les établissements sanitaires et les médecins et professionnels de premier recours. Il reste encore très spécialisé, alors que le poids des poly-consommations est noté partout et que l'alcool est toujours présent en « toile de fond ».
 - S'il y a peu de problèmes d'accessibilité à la méthadone, un meilleur « chaînage », entre la prescription et la délivrance effectuée à l'hôpital et/ou dans le champ médico-social, puis en ville et un meilleur accès des usagers les plus marginalisés s'avère nécessaire.
 - L'analyse de l'activité montre un turn-over important des personnes accueillies et une certaine discordance entre les observations du terrain (grande précarité et marginalisation) et les données sur les conditions sociales des personnes accueillies.
- Un enjeu de réponse à des besoins non couverts :
 - Du fait des implantations actuelles et de l'utilisation qui est faite en est faite, l'offre de soins résidentiels ne répond pas de manière satisfaisante aux besoins régionaux. Il est nécessaire de préserver les appartements relais ou thérapeutiques actuels, et de développer des CSAPA avec hébergement.
 - Aucune réponse cohérente n'est apportée aux besoins des « routards », population souvent jeune en grande errance et exclusion, particulièrement concentrée à Montpellier, lieu de passage important. D'une manière générale, dans les trois principales agglomérations régionales, l'accès à la méthadone des plus marginalisés n'est pas organisé.
- Un enjeu de déploiement des CAARUD, de diversification des réponses et de prise en compte des évolutions :
Le dispositif de réduction des risques (RDR) demande à être étayé pour une bonne couverture territoriale. Il n'obéit à un déploiement concerté d'une palette de modes d'intervention que dans les PO et Gard. Il se heurte à des difficultés d'accès géographique (Cévennes, Lozère...)

II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.46



CSAPA-CAARUD

Atouts et faiblesses, les enjeux (2)

- Un enjeu de réponse cohérente aux troubles neurocognitifs

En relai du dispositif spécialisé (sanitaire dont les SSR, mais aussi médico-social) il n'existe pas d'alternatives à l'hospitalisation et de possibilité de prise en charge (accompagnement) à domicile en particulier des troubles neurocognitifs induits par les produits consommés auxquels des dispositifs tels que les SAMSAH pourraient répondre

- Un enjeu d'articulation avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le repérage et la prise en charge des co-morbidités

La faiblesse ou l'absence des liens avec le dispositif de santé mentale est massive.
L'articulation demande à être étayée et généralisée avec les CDAG et CIDIST, les centres de vaccination et les hépatologues.
L'articulation avec le réseau périnatal et les maternités demande à être consolidée notamment dans les PO.

- L'enjeu majeur de la prévention et le recentrage de l'action des équipes de prévention des CSAPA

Enfin, l'analyse critique des actions de prévention conduites sur la région montre la nécessité de recentrer le rôle des équipes de prévention des CSAPA dans des projets locaux, en lien avec le pôle de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé et les autres acteurs du champ.



II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

CSAPA-CAARUD

Les principes d'organisation (1)

Il s'agit bien de mettre en œuvre un déploiement concerté du dispositif médico-social pour couvrir les besoins du territoire, répondre aux besoins actuels des populations.

Les établissements ont vocation à se déployer au niveau territorial pour répondre aux besoins des populations dans l'ensemble des bassins de vie. Ce doit être un déploiement progressif et concerté mais qui demande à être programmé sur la durée du schéma. La programmation se fera en cohérence avec la programmation de déploiement des contrats locaux de santé et du panier de service de proximité (se référer au schéma régional de la prévention).

➤ Ils ont en effet vocation à s'inscrire dans les projets locaux de santé au niveau des territoires de proximité identifiés du fait de leur dynamique dans le schéma de la prévention (cf. annexe relative au diagnostic territorial). Dans ces bassins de vie, la mise en place d'une coordination de proximité et la coopération des acteurs locaux doivent permettre l'émergence d'un projet global de santé dans lequel s'intègre le dispositif médico-social.

➤ Ils portent un socle de prestations qui participe du panier de service de proximité défini dans le schéma de la prévention, auquel l'ensemble de la population doit pouvoir avoir accès.

Ils doivent développer les interfaces avec les médecins généralistes et professionnels libéraux. Les professionnels de santé (médecins, pharmaciens et paramédicaux) sont le recours naturel des habitants.

- Ce sont des acteurs incontournables face aux enjeux de repérage et prise en charge précoces.

- Les pharmaciens ont un rôle important à jouer à travers la délivrance des traitements de substitution aux opiacés (TSO) mais aussi dans la réduction des risques et l'accès au matériel et aux conseils

Ils ne peuvent rester isolés et le rôle du dispositif médico-social est bien de faciliter leur implication par l'information et la formation, l'action en relais ou en appui, le développement de travail en réseau ou en interfaces. L'implantation du panier de services de proximité, en privilégiant les lieux d'exercice pluri-professionnel, constitue bien à ce titre une interface.

Ils sont les garants du parcours de santé en matière d'addiction dans les territoires. A travers leurs actions propres, les coopérations entre professionnels, la mobilisation et l'appui aux acteurs de terrain de l'ensemble des champs concernés, leur rôle est de construire les conditions de ce parcours et de son accessibilité quel que soit le choix d'entrée de l'utilisateur. Ils ont ainsi vocation à devenir des « pôles ressources » pour leur bassin d'intervention, en matière de connaissances et de pratiques.

II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.48



CSAPA-CAARUD

Les principes d'organisation (2)

Ils ont un rôle à jouer dans les programmes de prévention. Ceci ne peut se concevoir qu'en mobilisant les compétences spécifiques liées à leur formation mais aussi à leur expérience, **en appui et en coopération avec les acteurs de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, reconnus par le pôle ressources régional en éducation et promotion de la santé** défini dans le schéma régional de la prévention.

- La prévention doit en effet avoir une place centrale. Les questions essentielles sont celles de la construction de la personnalité, des compétences, du lien social, du bien-être individuel et social... Elle implique d'agir précocement sur les facteurs qui aggravent les risques : la précocité, l'association à des conduites d'excès et à des prises de risque, fréquentes à l'adolescence, l'association à des circonstances particulières (les risques professionnels, l'apprentissage pour le jeune, des périodes de vie comme la grossesse), les contextes de vulnérabilité psychologique et de difficultés familiales, les contextes de désocialisation et de marginalisation ...

- Il est donc nécessaire d'agir en amont du dispositif spécialisé par des actions qui s'inscrivent dans la durée. La prévention doit être adaptée aux âges et aux conditions de vie depuis l'éducation pour la santé et l'acquisition des compétences psychosociales jusqu'à la réduction des risques. Elle nécessite le soutien de la parentalité. Elle implique de se préoccuper des troubles des conduites alimentaires, jeux dangereux, troubles de la relation parents enfants dès leur survenue.

- Le dispositif exerce pleinement ses missions dès lors qu'il faut mobiliser la prévention spécifique. Dans les lieux (rassemblements festifs...) et face aux circonstances à risques, dans la formation et le soutien des professionnels intervenant auprès des jeunes, l'action coordonnée avec les personnels des établissements scolaires, des lieux d'accueil des jeunes sortis du système scolaire (Missions locales d'insertion, centres d'apprentissage), des lieux d'écoute (Points écoute jeunes, Maisons des adolescents), les personnels de la santé au travail (médecine du travail et CHSCT).

Ces axes de déploiement seront intégrés dans les travaux d'élaboration des projets territoriaux de santé et ceux de la commission régionale de coordination en addictologie (définie dans le schéma régional de la prévention).

II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.49



CSAPA-CAARUD

Les objectifs opérationnels

1. Les CSAPA doivent jouer un rôle pivot dans la fluidification des parcours et la cohérence des réponses territoriales.

▪ Un déploiement concerté sur le territoire qui pourra passer selon les situations ou les spécificités locales par des :

- redéploiements à partir des bassins à forte concentration de structures (en particulier les agglomérations de Montpellier et Nîmes, mais aussi Carcassonne, Narbonne et Perpignan)
- création dans les secteurs où la mission est principalement portée par une association de prévention
- regroupements coopératifs de moyens disséminés
- développement d'antennes (création ou renforcement) dans les zones blanches ou mal couvertes
- la contribution des CSAPA au déploiement du panier de service de proximité, en priorité dans les zones rurales ou les quartiers enclavés des villes.

▪ Les zones blanches ou mal couvertes identifiées sont :

- **Aude** Haute vallée de l'Aude, Est Audois (Lézignan-Corbières) Port La Nouvelle
- **Gard** Beaucaire / Saint Gilles / Aigues Mortes (petite Camargue), Nord Est du département (Bagnols/C, Pont St Esprit) Nord du département (les Cévennes)
- **Hérault** Zones blanches : Bassin de Thau, Le Lunellois, Nord Est du 34 (Pic saint Loup, Cévennes, Ganges)
Zones fragiles : Haut Languedoc (Bédarieux St Pons), Pays cœur d'Hérault (Clermont, Lodève)
- **Lozère** Zone blanche des Cévennes
Zones très fragiles : Langogne, St Chély, Marvejols, Florac
Nécessité de portage fort de la réduction des risques par le CSAPA
- **P O** Les Albères, les Fenouillèdes, le plateau Cerdan, le Haut Vallespir

II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.50



CSAPA-CAARUD

▪ Des priorités identifiées en termes de déploiement sur les zones blanches :

- Pays cœur d'Hérault et Bassin de Thau
- La haute vallée de l'Aude et l'Est Audois
- Les Fenouillèdes et les Albères
- Langogne
- Bagnols/C et le Nord Est du Gard, petite Camargue

▪ Des conditions de déploiement obéissant à des cahiers des charges à construire collectivement et destinés à favoriser

- une stabilisation des antennes (amplitude minimale d'ouverture réduisant l'émission actuelle des forces)
- création d'antenne conditionnée par une étude de besoins ou par une première implantation exploratoire. Dans ce dernier cas, la pérennité de l'implantation sera examinée au vu des résultats
- une intervention de proximité à travers le panier de service plutôt qu'à travers des consultations avancées
- une coordination étroite avec les acteurs locaux de la santé et du social

▪ Une évolution souhaitée des CSAPA

- vers la polyvalence qui répond :

- aux orientations en matière d'interventions centrées non plus le produit mais sur la personne,
- qui répond aussi à la réalité des besoins des populations accueillies dans les structures quel que soit leur agrément.

- vers une implantation extra-hospitalière afin de mieux répondre aux besoins des usagers les plus en difficulté et de permettre une plus grande cohérence des rôles respectifs des structures médico-sociales et hospitalières.

- vers une fonction d'animation de leur bassin d'implantation, chaque bassin de vie devant pouvoir à terme identifier un CSAPA référent pour le parcours de santé des usagers au regard des addictions

- coordination des acteurs locaux

○ en articulation avec le secteur hospitalier, médecine ambulatoire et pharmaciens, secteur social et psychiatrie, réseau périnatal et maternités, dépistages, vaccinations ...condition du parcours santé concernant les addictions

II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.51



CSAPA-CAARUD

- **vers un recentrage de leurs interventions de prévention** en direction des lieux et des publics prioritaires au regard de leur vulnérabilité et de leur proximité avec le risque, et en cohérence avec les projets locaux de santé.

▪ Un accompagnement nécessaire

- La prise en compte des missions nouvelles en termes de compétences (formations et ou recrutements)
- La construction de référentiels et cahiers des charges régionaux en lien avec la commission régionale de coordination des addictions

2. Les CAARUD doivent de même jouer un rôle important dans la fluidification des parcours et la cohérence des réponses territoriales.

▪ Un déploiement concerté sur le territoire

Il est nécessaire de programmer la couverture des besoins du territoire pour :

- rentrer en contact et accueillir sans aucun préalable, les usagers puis les accompagner afin de répondre aux besoins vitaux de soins de première nécessité et d'hygiène, aux besoins sociaux et d'accès aux droits,
- mettre à disposition le matériel de réduction des risques et les savoir-faire.

Certaines zones prioritaires sont identifiées :

- Le bassin de Thau, les Hauts Cantons (Bédarieux St Pons) et pays cœur d'Hérault dans l'Hérault
- La petite Camargue(Beaucaire, St Gilles , Aigues Mortes) et le Nord est du département du Gard (Bagnols/C, Pont St Esprit)
- La Lozère
- L'agglomération de Montpellier où est posée la question du renforcement des actions et de la diversification de la palette de réponse aux besoins. A ce titre, la création d'une structure comprenant un hébergement (« sleep in ») pourra être envisagée.

II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.52



CSAPA-CAARUD

La couverture des besoins du territoire par l'activité des CAARUD nécessitera **une concertation par territoire de santé et entre territoires** (pour les Cévennes notamment) pour envisager ;

- la création de nouvelles structures, notamment dans les secteurs où les missions sont portées par des associations de prévention (petite Camargue, Nord Est du Gard), ou les extensions de l'action des structures existantes
- les articulations et coopérations entre structures existantes associant les CSAPA
- la diversification des outils et modes d'intervention : équipes mobiles, animation de réseaux de pharmaciens, automates, points d'accueil, interventions en milieu festif ...

▪ Etant donné la rapidité de l'évolution de la population concernée et de ses besoins, il conviendra d'actualiser **un état des lieux des besoins** (« recherche actions », diagnostic communautaire) à partir du dispositif existant, en lien avec l'ensemble du réseau addictologie et des acteurs de première ligne (sociaux ou sanitaires).

▪ **Une évolution souhaitée du rôle des CAARUD** vers une fonction d'animation de leur bassin de couverture en articulation avec le (ou les) CSAPA de référence : information et coordination des acteurs, notamment avec secteur social et dispositif ambulatoire (médecins et pharmaciens), hôpital et santé mentale.

II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique



CSAPA-CAARUD

Tant CSAPA que CAARUD doivent intégrer dans leurs missions l'amélioration de l'accès des usagers à :

- La réduction des risques dans la globalité des aspects de la santé et du social et notamment la récupération des droits,
- L'accès aux soins somatiques en premier lieu à la médecine de proximité sans oublier la gynécologie,
- L'accès aux dépistages du VIH, du VHC et du VHB en partenariat avec CIDIST et CDAG, notamment en développant les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), communautaires ou non, ou en ayant recours aux médecins généralistes,
- L'accompagnement vers la prise en charge des contaminations (liens avec les infectiologues et avec les hépatologues),
- L'accès aux vaccinations VHB,
- L'aide et le soutien de l'entourage.

3. Les prises en charge avec hébergement

Les soins résidentiels (Communautés thérapeutiques, familles d'accueil, CSAPA avec hébergement, appartements thérapeutiques) offrent peu de disponibilité pour les besoins de la région,

Les départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault et des P-O doivent pouvoir disposer :

- d'un CSAPA résidentiel ouvert aux besoins du territoire,
- d'appartements thérapeutiques, avec mobilisation de l'ALT (aide au logement temporaire).

Dans ce domaine également, il conviendra d'évaluer régulièrement la satisfaction des besoins de soins résidentiels.

II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.54



ACT

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Fonctionnant sans interruption, de manière à optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux (allocation aux adultes handicapés, revenu de solidarité active...) et l'aide à l'insertion sociale.

Les appartements de coordination thérapeutique offrent à la fois une coordination médicale et psychosociale.

Ce dispositif s'il est le plus important n'est pas le seul. Mais dans la palette des dispositifs d'accueil des personnes atteintes de maladie chronique, les autres moyens mobilisés, principalement les appartements relais, répondent plus aux besoins d'hébergement et d'accompagnement social et psychologique sans la dimension de coordination thérapeutique, et sont plus spécifiques pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

Diagnostic régional et les enjeux

Le dispositif

76 places d'ACT et 6 places spécifiques sortants de prison soit un total de 82 places financées pour 83 autorisées.

Aude :	Carcassonne	11 places
Gard :	Alès	6 places
	Nîmes	15 places
Hérault :	Montpellier	32 places
		6 places sortants de prison
PO :	Perpignan	12 places



Les enjeux

Un enjeux de réponse aux besoins

S'ils sont difficiles à estimer au vu des déterminants qui se conjuguent et demandent à être affinés, l'évaluation actuelle montre un sous-dimensionnement au regard des refus d'admission de patients (en ce qui concerne les PVVIH qui occupent environ 30% des places, une cinquantaine de refus en 2010)

Les perspectives d'un accroissement des besoins appellent un doublement des capacités au regard :

- de l'augmentation de la file active des patient atteints d'hépatites C éligibles aux nouveaux traitements (trithérapies), souvent co-infectés VIH et VHC en relation avec l'usage de drogues
- de l'augmentation régulière de la file active des patients VIH sur la région du fait de l'allongement de la vie avec le virus, marquée par les co-morbidités (cancers, maladies cardio-vasculaires, troubles neuro-cognitifs et altération de l'autonomie ...)
- de l'augmentation de la précarité en région et du poids des maladies chroniques telles que maladie cardio-vasculaire, la maladie alcoolique, les cancers digestifs Il s'agit de répondre aux besoins, notamment dans les périodes transitionnelles, où rechutes et aggravations sont liées à la qualité et à la continuité de la prise en charge (sortie d'hôpital, sortie de prison, initiation de traitement)

En outre, l'insuffisance de réponse aux besoins de sortie de détention pour éviter les ruptures de parcours de soins, justifie la création de 5 places pour les centres de détention de Béziers, Perpignan et Nîmes.

Un enjeu de couverture territoriale

Répartir les nouvelles places sur l'ensemble du territoire et particulièrement les bassins de vie autour des principales villes moyennes de la région.

Un enjeu d'amélioration de la qualité de la réponse

Plusieurs points critiques doivent être pointés :

- La difficulté à accueillir les enfants en même temps que les mères
- La difficulté à accueillir les personnes présentant troubles neurocognitifs ou psychopathologiques
- La difficulté à fluidifier les parcours de prise en charge du fait de l'appauvrissement en capacités d'appartements relais et de carences de prise en charge spécifique des troubles neurocognitifs



Les objectifs opérationnels

- Un objectif quantitatif :
 - doubler le nombre d'ACT
 - et créer 15 places de sortants de prisons (PO, Gard, Hérault)
- Un objectif de déploiement territorial pour couvrir les bassins de vie des principales villes moyennes de chaque territoire
- Un objectif d'évolution qualitative du dispositif
 - Améliorer la prise en charge des publics les plus difficiles (pratiques addictives et troubles neurocognitifs et/ou psychiatriques,) en développant les compétences des équipes et les partenariats avec les dispositifs compétents médico-sociaux ou sanitaires
 - Permettre l'accueil des accompagnants, notamment des enfants, par mobilisation du droit commun de l'action sociale et familiale
- Un objectif concernant l'utilisation de la palette des réponses aux besoins d'hébergement avec accompagnement social
 - Privilégier le maintien et non la transformation des places d'appartements relais
 - Etudier avec les associations et les DDCS et Conseils généraux, la possibilité d'inscrire les appartements relais dans le droit commun (maisons relais, résidences sociales ...) en maintenant un accompagnement social et en mobilisant SSIAD, SAMSAH et SAVS en accompagnement des personnes.

II.3.2 Personnes à vulnérabilité spécifique

p.57



ACT

Articulation avec l'ensemble des schémas

L'insuffisance de places d'ACT conduit au maintien durable des personnes en SSR, service de soins et CHRS mais aussi à des situations d'errance pour les personnes.

A contrario, la carence de réponse des dispositifs de droit commun aux besoins des personnes a des répercussions sur les ACT et globalement sur l'ensemble de la filière de soins:

- **Difficulté du parcours résidentiel et de l'accès à l'hébergement** et au logement social. Cela ne concerne pas que les personnes malades, mais la maladie est une difficulté aggravante (15 % des PVVIH n'ont pas de logement personnel en France - enquête DGS 2010)
- **Difficulté de prise en compte du vieillissement prématuré des personnes vivant avec le VIH.** 25% d'entre elles a plus de 52 ans. Elles vieillissent prématurément du fait de l'atteinte prolongée du système immunitaire, avec des troubles neurocognitifs et une dépendance précoces. Or, il n'y a actuellement pas de réponse adaptée en termes d'EHPAD, d'autant que se pose la question des dérogations d'âge
- **Difficulté de répondre au handicap induit par la maladie**, qui ne se limite pas qu'au VIH, mais aussi tout le champ des maladies avec atteinte neuro-dégénérative. Pourtant, les structures de type MAS/FAM ou SAMSAH/ SAVS pour ce qui concerne l'accompagnement à domicile(ou au domicile de substitution) pourraient répondre à ces besoins. Afin de faciliter ces modalités de prise en charge, le raccourcissement des délais d'instruction de la Prestation de compensation du handicap (PCH) serait souhaitable.

II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.58



Lits Halte Soins Santé

L'état des lieux régional

51 places réparties entre le Gard, l'Hérault et les Pyrénées Orientales

Gard	Alès	15 places
Hérault	Montpellier	3 places
	Béziers	8 places
	Sète	8 places
PO	Perpignan	4 places
	Banyuls/Mer	3 places

Les principes d'organisation et objectifs opérationnels

Ce dispositif doit s'inscrire dans la grande proximité des populations concernées (populations de personnes en situation d'exclusion sociale et sans chez elles) et être porté par les acteurs des réseaux précarité locaux au premier rang desquels les CHRS et le dispositif d'hébergement et d'accompagnement social ainsi que les associations mobilisées sur la veille sociale.

Il doit s'inscrire en cohérence avec les projets locaux de santé et la veille sociale dans les bassins de vie.

L'évolution souhaitable

L'objectif est d'assurer une couverture régionale en lien avec les DDCS et les PASS par l'ensemble des acteurs de la veille sociale et une réelle prise en compte de la santé des personnes dans des projets locaux où les LHSS peuvent avoir toute leur place.



II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes

Diagnostic régional et enjeux principaux

- 37% des adultes pris en charge dans les ESMS ont plus de 45 ans (Enquête ES 2006 CREAL)
- En MAS: l'âge médian est de 43 ans (DRASSInfo 2009) / 7% des personnes accueillies en MAS ont plus de 60 ans
- En ESAT : 22% des personnes y travaillent depuis plus de 20 ans
- Des politiques départementales hétérogènes en matière de prise en charge du vieillissement des personnes handicapées



Principes d'organisation (PSRS)

Accessibilité :

Développer une offre de prise en charge à destination des personnes handicapées vieillissantes (PHV) diversifiée et équitablement répartie sur les territoires

Qualité- pertinence :

Pas d'approche dogmatique ni de solution "idéale" mais du "sur mesure" en fonction des besoins de la personne :
individualisation de la prise en charge
Formation des personnels accueillant les personnes handicapées vieillissantes

Efficience : Adaptation de l'existant : médicalisation de foyers de vie ; section PHV en EHPAD ou en MAS/FAM
Décloisonner les secteurs PA/PH

Évitabilité : Eviter la rupture de prise en charge en anticipant le vieillissement de la personne handicapée (âge des 60 ans)

Parcours de santé : articulations avec la **prévention**, les soins de premiers recours et le médico-social

1-Prévention prévention perte autonomie

2- Premiers recours

- Articuler la prise en charge au domicile et en SAVS
- La médicalisation de l'établissement face au vieillissement des PH

3- Hospitalier : lien ville hospital, volets médecine, USLD, HAD, soins palliatifs/ liens EHPAD hôpitaux

- Equipe mobile de soins palliatifs dans les ESMS, Hospitalisation à domicile (HAD) pour les personnes handicapées à domicile

4- Médico-social : Etayage spécifique des EHPAD à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes



II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs
Adapter et développer l'offre de prise en charge	
Développer, en lien avec les CG, des unités dédiées en EHPAD ou en MAS/FAM, la médicalisation de foyers de vie	
Adapter l'offre existante de SSIAD et de SAMSAH en renforçant leurs missions d'accompagnement et de coordination en lien avec le vieillissement de la personne handicapée à domicile	
Favoriser l'intervention des EMSP et de l'HAD auprès de la personne handicapée vieillissante	
Anticiper la rupture de prise en charge par un décloisonnement des secteurs PA et PH	
Evaluer les besoins de la personne et les solutions disponibles en amont de la barrière administrative des 60 ans	
Proposer des prises en charge conjointes SAVS/EHPAD	% de PA 60 ans suivies en SAVS et hébergées en EHPAD
Créer des passerelles entre secteurs PA/PH favorisant l'intégration progressive en EHPAD	



II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes

Evolution souhaitable de l'offre au niveau régional

La thématique des personnes handicapées vieillissantes recouvre plusieurs problématiques très différentes et nécessite donc des réponses différenciées.

Ainsi, en fonction d'une évaluation fine des besoins, à réaliser sur chaque territoire, les modalités suivantes seront étudiées :

- Création d'unités PHV adossées à des EHPAD, en articulation avec les SAVS sur le territoire
- Adaptation des MAS/FAM afin d'offrir des unités dédiées aux PHV, soit par redéploiement soit par création de places
- Médicalisation de places de FO pour offrir une réponse sécurisée aux besoins des PHV
- Permettre le maintien la prise en charge en foyer d'hébergement au-delà de 60 ans, en fonction des orientations départementales
- Renforcer et diversifier l'accueil familial, en lien avec les ESMS

Une attention particulière sera portée au public en grande précarité et en perte d'autonomie importante. En effet, leurs problématiques d'accompagnement dans le secteur médico-social peuvent se rapprocher de celles des personnes handicapées vieillissantes. Dans ce cadre, des actions expérimentales et innovantes seront proposées afin d'offrir des réponses adaptées à ce public, en partenariat avec les services de l'Etat et du Conseil Général dans le champ de la cohésion sociale.



II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Aude:

La thématique du vieillissement des personnes handicapées est un enjeu fort des années à venir pour le département de l'Aude; la conférence de territoire s'est d'ailleurs emparée de ce sujet en mettant en place un groupe de travail spécifique.

L'offre existante :

- 1 FAM PHV adossé à un EHPAD à Pennautier (24 places)
- 1 unité PHV au sein de l'EHPAD de Salles d'Aude (14 places)
- 3 unités PHV en FO

En lien avec les orientations actualisées des schémas PA et PH du Conseil Général, les modalités suivantes seront privilégiées :

- création d'uniés dédiées aux PHV qui pourront être adossées à des EHPAD
- médicalisation de places de FO pour offrir une réponse sécurisée aux besoins des PHV



II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Gard :

L'offre existante :

Section PHV à la MAS d'Alesti sur Nîmes (15 places)

Unité PHV en EHPAD Notre Dame des Pins

FAM pour autistes vieillissants (ouverture prévue en 2013)

La prise en charge des travailleurs handicapés vieillissants et des personnes handicapées vieillissantes peut s'effectuer par adaptation des établissements existants ou par l'aménagement d'un accueil spécialisé en EHPAD

Concernant les personnes lourdement handicapées vieillissantes déjà accueillies en institutions la problématique se pose davantage en terme de médicalisation des établissements (MAS et FAM), à l'instar de l'unité spécialisée de la MAS d'Alesti.

Une intervention de l'HAD dans le dispositif de soutien à domicile des personnes handicapées vieillissantes, doit être étudiée en lien avec les services d'aide à domicile du territoire.



II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Hérault :

L'offre existante :

5 EHPAD accueillent des unités PHV pour un total de 74 places. Une évaluation de ces places sera réalisée courant 2012 afin d'en évaluer la pertinence et l'opportunité.

Au-delà de cette modalité d'accueil, la constitution de petites unités dédiées au sein d'ESMS pour adultes handicapés est également envisagée.

Lozère:

L'offre existante :

Le département compte 153 places spécifiques pour personnes handicapées vieillissantes en foyer de vie. Une évaluation de ces places est nécessaire afin d'évaluer les besoins.

La création de quelques places pour PHV en EHPAD est envisageable, mais en très petite quantité et à moyens constants.

II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes

p.65



Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Pyrénées-Orientales :

L'offre existante :

1 FAM adossé à un EHPAD à Bompas (15 places) et un FAM de adossé au foyer de Los Masos (15 places)

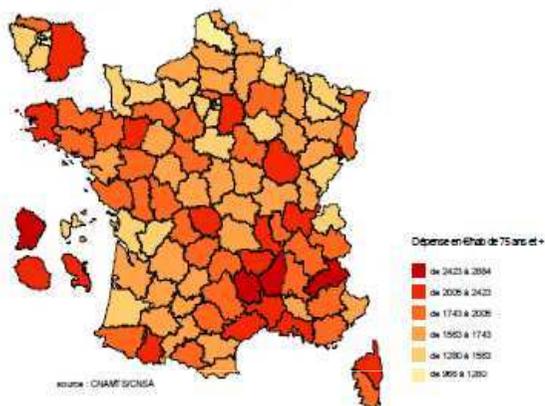
Outre les modalités envisagées en page 59, l'intervention de l'HAD dans le dispositif de soutien à domicile des personnes handicapées vieillissantes doit être étudiée en lien avec les SAVS du territoire.



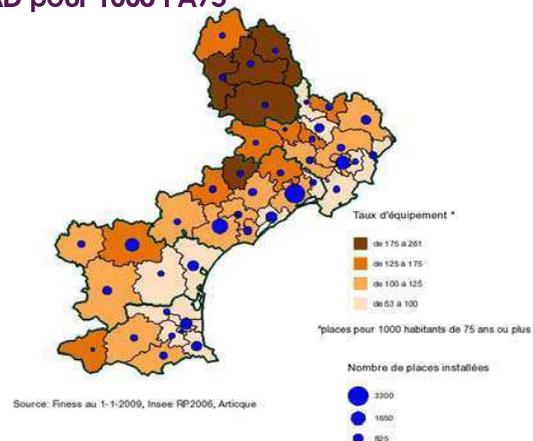
II.4.2 Personnes âgées



Dépense Assurance Maladie secteur PA en 2008
y compris AIS en libéral et USLD



Taux d'équipement en
EHPAD pour 1000 PA75



Diagnostic régional de l'offre en EHPAD

- Une densité importante en soins infirmiers libéraux qui compense un taux d'équipement en structures médicalisées inférieur de près de 20 points à la moyenne nationale ⇒ Un niveau de dépenses en €/PA+75ans supérieur au niveau national de près de 10%.
- Une répartition hétérogène des structures d'hébergement, implantées plutôt dans l'arrière pays, tandis que la frange littorale plus peuplée est sous-équipée.
- 550 établissements et services pour 31 000 places, dont 22 568 d'EHPAD.
- Un effort de création de places d'EHPAD sur les 5 dernières années (près de 2 000 places d'EHPAD créées).
- La phase de médicalisation des maisons de retraite en EHPAD quasiment achevée.
- Une capacité moyenne en EHPAD de 61 places inférieure au niveau national (66 places).
- Des structures essentiellement gérées par le secteur non lucratif (public ou associatif pour 82% de l'offre).
- 60% de la dépense en EHPAD (public et privé) est couverte par les résidents et leur famille.
- Une durée médiane de séjour en EHPAD de moins d'un an (DRASS-Info décembre 2009)
- Un PMP à 189 en 2010 contre 172 en 2009 et 180 au niveau national

Difficultés / Points de vigilance

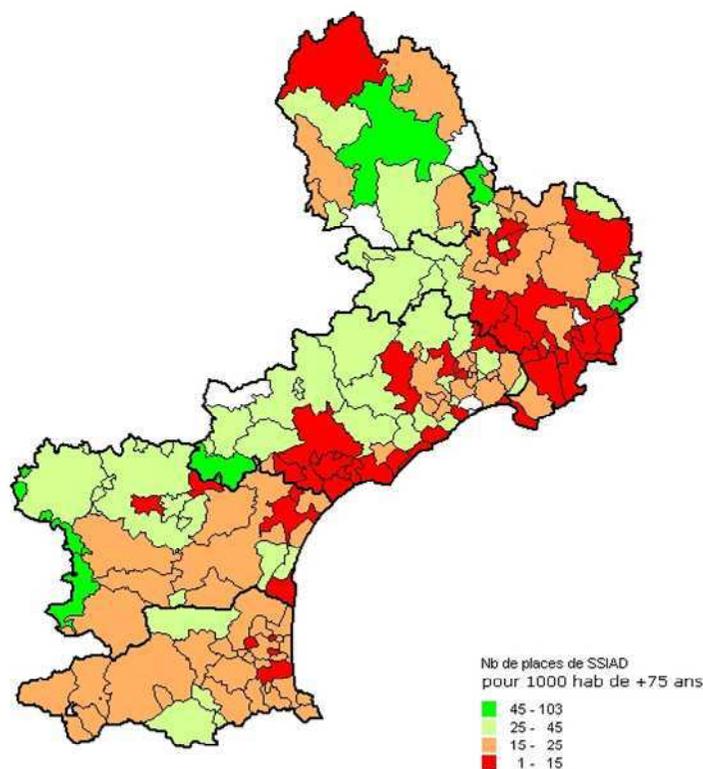
Difficulté d'accessibilité financière aux EHPAD qui pose un réel problème d'accès à ce type de structure ⇒ nécessité d'évaluation fine des besoins et d'envisager une pause dans la création d'EHPAD

- Entrée de plus en plus tardive en EHPAD, lorsque la dépendance n'est plus gérable à domicile.
- Rupture de prise en charge (hospitalisation en urgence)
- Rôle des médecins généralistes et kiné libéraux dans le dispositif contractuel (décret et arrêté du 30/12/2010)



II.4.2 Personnes âgées

Densité de places de SSIAD - Juillet 2009 Languedoc-Roussillon



Diagnostic régional de l'offre à domicile (SSIAD/AJ/HT)

- SSIAD : un fort développement (+ 60%) du nombre de places depuis 2004. ⇒ 479 places créées entre 2007 et 2009.
Il n'y a plus de zones blanches non couvertes par un SSIAD.
- 4 988 places de SSIAD en LR : un taux d'équipement légèrement inférieur au taux national (19 contre 19,6 pour 1000 PA+75) compensé par la densité IDE libérales
- Montée en charge de l'accueil de jour, mais émiettement des 601 places d'accueil de jour adossés de façon disparate à des EHPAD (1 à 2 places par établissement)
- Des capacités d'hébergement temporaire (477 places) avec un taux d'occupation faible et parfois utilisées en hébergement complet.

Difficultés / Points de vigilance

- Besoins importants de structures de répit et de soutien aux aidants
- Difficulté de fonctionnement des places d'accueil de jour : dispositif à redéployer (circulaire du 25/02/2010 : 6 places minimum adossées à un EHPAD, 10 places si AJ autonome)
- Convention nationale avec IDE libéraux qui limite la création de places de SSIAD en zones surdotées
- Problématique de couverture de certains cantons isolés pour les SSIAD
- Nécessaire coordination entre IDE libéraux et SSIAD



II.4.2 Personnes âgées

Bilan quantitatif de l'offre régionale par territoire de santé

Accueil des personnes âgées

Etablissements et services, lits ou places installés au 1.01.2011 publics ou privés

Sources : DREES - ARS - FINESS

Types d'accueil	LANGUEDOC-ROUSSILLON	11-Aude	30-Gard	34-Hérault	48-Lozère	66-Pyrénées-Orientales
Hébergement permanent						
Maison de retraite						
nombre d'établissements	337	52	81	124	33	47
nombre de lits	20 471	3617	5022	6702	1660	3470
Logement foyer						
nombre d'établissements	71	6	17	37	1	10
nombre de logements	3 863	289	760	2306	66	442
dont EHPAD (en maisons de retraite ou logements foyers)						
nombre d'établissements	342	50	74	144	29	45
nombre de lits	22 568	3669	5125	8652	1604	3518
Hébergement temporaire nombre de lits	477	13	229	118	5	112
Accueil de jour nombre de places	601	84	180	189	19	129
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD + SPASAD)						
nombre de services	141	42	27	42	10	20
nombre de places	4 988	869	1172	1653	281	1013



II.4.2 Personnes âgées



Principes d'organisation



Améliorer la qualité de vie et l'accompagnement à domicile :

- Promouvoir une politique d'accompagnement à destination des professionnels et des aidants naturels
- Structurer une véritable politique de prévention des personnes âgées
- Poursuivre la diversification de l'offre et innover en matière d'alternative à l'hébergement
- Améliorer la coordination entre les différents acteurs à domicile

Accompagner et soutenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage :

- Développer et diversifier les dispositifs d'aide et de soutien des aidants naturels
- Renforcer la coordination entre les intervenants
- Adapter les prises en charge par la création de dispositifs spécifiques dédiés aux résidents souffrant de troubles du comportement

Organiser territorialement l'offre en faveur des personnes âgées :

- Structurer et fluidifier la filière gériatrique
- Améliorer la complémentarité de l'offre ambulatoire avec l'offre médico-sociale, en s'appuyant sur les territoires "infra" définis par les schémas départementaux

Optimiser et « repenser » l'offre en EHPAD :

- Poursuivre la création d'EHPAD sur les territoires prioritaires
- Améliorer la qualité de la prise en charge en EHPAD
- Expérimenter des formes innovantes de prises en charge



II.4.2 Personnes âgées

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
Améliorer la qualité de vie et l'accompagnement à domicile	
Développer la mise en place la formation des aidants naturels	Nombre de sessions de formation
Déployer le dispositif de formation des salariés de l'aide à domicile	
Développer la formation des professionnels de santé en veillant à décloisonner les acteurs de différents secteurs	
Développer des ateliers de prévention sur les risques liés à la dénutrition et aux chutes	
Développer des ateliers d'éducation thérapeutique spécifiques aux PA sur les pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, médicaments psychotropes...)	
Créer des places de SSIAD sur les territoires déficitaires, en lien avec la densité en IDE	Taux d'équipement
Développer des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire	Nombre de places autorisées
Reconfigurer l'offre en accueil de jour, conformément à la circulaire du 25 février 2010	
Utiliser les dispositifs d'HAD pour éviter l'hospitalisation en amont ou pour accélérer le retour à domicile en aval d'une hospitalisation	
Favoriser les interventions des SSIAD et/ou des SAD la nuit et en urgence	
Définir et positionner un opérateur référent par territoire de proximité	
S'appuyer sur les réseaux gérontologiques existants pour coordonner les accompagnements	
Créer un dossier partagé et des outils de transmission des informations pour l'ensemble des intervenants	
Promouvoir le développement des SPASAD (gestionnaire unique SSIAD + SAD)	Nombre de SPASAD autorisés
Accompagner et soutenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage	
Déployer des formations des aidants naturels en lien avec les MAIA et les plateformes de répit	Nombre de sessions de formation
Développer des plateformes de répit et d'accompagnement en s'appuyant sur les accueils de jour autonomes	Cartographie du dispositif Alzheimer déployé par territoire de santé
Déployer des équipes spécialisées Alzheimer à domicile sur chaque territoire de santé	
Etendre la labélisation des MAIA comprenant des gestionnaires de cas sur chaque territoire de santé	
Développer la labélisation des PASA et UHR au sein des EHPAD et/ou des USLD	



II.4.2 Personnes âgées

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
Organiser territorialement l'offre en faveur des personnes âgées	
Structurer et fluidifier la filière gériatrique	
Utiliser le dispositif "HAD d'amont" à proximité des EHPAD pour éviter l'hospitalisation aux urgences	
Privilégier l'accès direct au court séjour gériatrique si l'hospitalisation est nécessaire, sans passer par les urgences	
Améliorer l'articulation entre les EHPAD et les professionnels de santé libéraux	Taux de médecins et professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD avec contrat
Améliorer l'articulation entre les EHPAD et le secteur psychiatrique : psychiatrie de liaison, gériatrie psychiatrie	
Optimiser et « repenser » l'offre en EHPAD	
Poursuivre la création d'EHPAD sur les territoires prioritaires	Taux d'équipement
Favoriser le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs en EHPAD	
Organiser des formations en EHPAD sur les soins palliatifs	
Expérimenter la télémédecine en EHPAD	
Expérimenter des formes innovantes de prises en charge : logements alternatifs, plateformes multi-services adossés ou non à des EHPAD, visant notamment à garantir une accessibilité financière plus aisée	



II.4.2 Personnes âgées

Evolution souhaitable de l'offre au niveau régional

Domicile :

Le développement de l'offre portera sur les alternatives à l'hébergement et les SSIAD, en lien avec la densité d'IDE libérales particulièrement dense dans la région. Ainsi, le renforcement de l'offre en places de SSIAD sera basé sur une approche globale de l'offre, tenant compte à la fois du taux d'équipement en SSIAD et de la densité en IDE libérales (Etude CNAMTS Mai 2010).

Dans ce cadre, **seuls trois départements comprennent des bassins sous-dotés en SSIAD : l'Aude (Moyenne et Haute Vallée), le Gard (Cévennes) et les Pyrénées-Orientales (Fenouillèdes, Conflent et Vallespir).**

S'agissant de l'accueil de jour, la réforme des capacités visant à regrouper a minima 6 places d'accueil de jour adossés à un EHPAD, et 10 places en AJ autonome sera déclinée sur chaque territoire.

Une articulation entre les équipes d'HAD et le dispositif de soutien à domicile doit être recherchée afin d'éviter l'hospitalisation en amont ou de favoriser le retour à domicile en aval.

Alzheimer :

Les dispositifs prévus par le plan Alzheimer seront déployés sur les territoires :

Des équipes spécialisées Alzheimer (ESA portée par des SSIAD)

Des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MAIA)

Des plateformes de répit et d'accompagnement des aidants familiaux

Des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)

Des Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)

EHPAD :

Au regard des taux d'équipement et du niveau de dépenses d'Assurance Maladie en € par personne âgée de plus de 75 ans, **deux départements sont prioritaires au niveau régional** en matière de création de places d'EHPAD : **les Pyrénées-Orientales** et, dans une moindre mesure, **l'Aude**.



II.4.2 Personnes âgées

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Aude:

Le département de l'Aude est découpé en **5 bassins gérontologiques** :

3 dans l'Ouest-Audois : Moyenne et Haute Vallée, Lauragais, Carcassonnais,

2 dans l'Est-Audois : Corbières-Minervois et Littoral.

Domicile :

En terme de coordination, l'Aude dispose de 5 CLIC de niveau 2 qui fonctionnent bien et qui se positionnent en pivot de la coordination sur chaque bassin gérontologique.

La Moyenne et Haute Vallée de l'Aude bénéficie en outre de l'intervention d'un réseau gérontologique qui participe à la coordination et au maintien à domicile sur ce secteur. **En articulation avec ce réseau et compte tenu de l'isolement géographique de la Moyenne et Haute vallée, l'offre en SSIAD pourra être renforcée sur ce secteur.**

Alzheimer :

Au moins deux équipes spécialisées (SSIAD Alzheimer) devront être déployées, l'une sur l'Ouest Audois, l'autre sur l'Est Audois.

Il existe une plateforme de répit sur la moyenne et haute vallée de l'Aude. Au moins une MAIA ainsi qu'une plateforme de répit supplémentaires pourront être déployées sur ce département.

Une UHR est labélisée sur Limoux-Quillan. Deux UHR supplémentaires pourront être implantées sur Narbonne et Castelnaudary.

Un PASA est labélisé à Carcassonne. Un maillage du territoire devra être réalisé par l'implantation de PASA sur chaque bassin gérontologique. 6 projets sont en instance d'instruction.

EHPAD:

Deux territoires sont prioritaires : les bassins du littoral et du Lauragais en place d'EHPAD (préférentiellement sur des extensions) et en places d'alternative à l'hébergement (AJ-HT).

La Moyenne et Haute vallée de l'Aude pourra également être renforcée sur des extensions et des restructurations d'établissements.



II.4.2 Personnes âgées

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Gard :

Le Gard est découpé en **4 territoires d'UTASI** : Camargue-Vidourle, Uzège-Gard rhodanien, Cévennes-Aigoual et le Grand Nîmes.

EHPAD : l'équipement est globalement satisfaisant en tenant compte des autorisations en cours de réalisation.

Concernant les **SSIAD, le secteur des Cévennes** (Génolhac et Bessèges) pourra être renforcé.

S'agissant des MAIA, la couverture départementale (sur chaque territoire d'UTASI) est envisagée.

Camargue-Vidourle : Ce territoire reste le moins bien équipé du département en EHPAD et pourrait être renforcé en places d'AJ-HT, ainsi que par une équipe spécialisée Alzheimer (SSIAD). Un PASA est labélisé à Redessan.

Le déploiement d'une plateforme d'habitat alternatif est en cours de réflexion sur ce territoire.

Uzège-Gard rhodanien : Ce secteur bénéficie de l'implantation d'une MAIA et d'une plateforme de répit basées à Bagnols/Cèze. Dans ce contexte, et compte tenu de l'absence d'offre d'accueil de jour à Pont-St Esprit, la création d'un accueil de jour Alzheimer de 10 places par redéploiement de moyens serait cohérente. L'implantation d'une équipe spécialisée Alzheimer (SSIAD) permettrait de disposer de l'ensemble du panel des prises en charge Alzheimer. Deux PASA pourront être labellisés à Pont St Esprit et Uzès. Des UHR pourront être implantées sur Bagnols/Cèze, Pont St Esprit et Uzès.

Cévennes-Aigoual : Ce territoire dispose du meilleur taux d'équipement en EHPAD du département. Il conviendra donc d'axer le développement sur le renforcement de l'accompagnement à domicile. A ce titre, le secteur du Vigan pourrait être renforcé par la création de places d'accueil de jour *par* redéploiement de moyens. Ce secteur pourrait également être renforcé en place de SSIAD, notamment sur Génolhac et Bessèges et par une équipe spécialisée Alzheimer. Un PASA et une UHR sont labellisés à Boisset-Gaujac.

Grand Nîmes : Ce secteur semble correctement pourvu en EHPAD et SSIAD. Ce territoire dispose d'une équipe spécialisée Alzheimer (SSIAD) qui pourrait être renforcée. Ce territoire a vocation à pouvoir disposer d'une MAIA et d'une plateforme de répit et d'accompagnement. 3 projets de PASA sont à labéliser sur Nîmes. Une UHR pourra être implantée à Nîmes.

Une intervention des services d'HAD dans le dispositif de soutien à domicile doit être recherchée afin d'éviter l'hospitalisation en amont ou de favoriser le retour à domicile en aval.



II.4.2 Personnes âgées

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Hérault :

L'Hérault pourrait être découpé en **4 infra-territoires de grands projets départementaux (GPD)** :

3 dans l'Est Héraultais : l'Aire métropolitaine de l'Est Héraultais, les Cités maritimes, le Coeur d'Hérault

1 dans l'Ouest Héraultais : le Piémont biterrois.

Domicile :

Il n'y a **pas de bassins sous-dotés en SSIAD dans ce département.**

Une intervention de l'HAD dans le dispositif de soutien à domicile doit être recherchée afin d'éviter l'hospitalisation en amont ou de favoriser le retour à domicile en aval.

Alzheimer :

En complément des 3 équipes spécialisées (SSIAD Alzheimer) implantées sur Montpellier, les territoires de Béziers, Bédarieux et Lodève devront également être couverts.

Une MAIA ainsi qu'une plateforme de répit sont déployées sur le Biterrois. Le territoire de l'Hérault a vocation à bénéficier d'autres MAIA et d'autres plateformes de répit, notamment sur l'Est héraultais.

Des UHR pourront être implantées sur Montpellier, Béziers et Castelnaud le Lez.

Un maillage du territoire devra être réalisé par l'implantation de PASA sur chaque territoire de proximité. 11 projets sont en cours.

EHPAD :

Globalement, un effort soutenu de création de places d'hébergement a été fourni depuis quelques années.

Aussi, **le territoire de l'Hérault n'est pas jugé prioritaire.**

Toutefois, des projets de créations pourraient être envisagés dans certaines zones déficitaires (Béziers). Les modalités d'extensions et de regroupements de structures sont également à privilégier.



II.4.2 Personnes âgées

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Lozère:

La Lozère est découpée en **5 bassins gérontologiques** : Mende, Marvejols, St Chely d'Apcher, Florac et Langogne.

Compte tenu du taux d'équipement du département, le territoire lozérien doit axer son développement sur un **redéploiement de l'existant sur des capacités d'alternative à l'hébergement**.

Domicile :

Le CLIC départemental de niveau 3 fonctionne bien et sera positionné en tant que pivot de la coordination.

Alzheimer :

Par dérogation au seuil minimum, la Lozère a vocation à bénéficier d'une équipe spécialisée Alzheimer (SSIAD) ainsi que d'autres dispositifs en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Une UHR pourra être déployée à Mende sans extension de capacité.

Un maillage du territoire devra être réalisé par l'implantation de PASA sur chaque territoire de proximité. Ainsi, des PASA sont prévus à Mende, La Canourgue et Langogne.

EHPAD :

Il conviendra d'étudier le redéploiement de places existantes de certains infra-territoires surcapacitaires vers Mende.



II.4.2 Personnes âgées

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Pyrénées-Orientales :

Les Pyrénées-Orientales peuvent être découpées en **6 territoires d'action** : le grand Perpignan, le Conflent, le Vallespir, la Côte Vermeille, les Fenouillèdes et Cerdagne-Capcir.

Domicile :

Les territoires du Vallespir ainsi que des Fenouillèdes sont prioritaires pour un renforcement de l'offre d'accompagnement à domicile en places de **SSIAD**.

Le Conflent bénéficie de l'intervention d'un réseau gérontologique qui participe à la coordination et au maintien à domicile sur ce secteur. **En articulation avec ce réseau, l'offre en SSIAD pourra également être renforcée sur ce secteur.**

Une intervention de l'HAD dans le dispositif de soutien à domicile doit être recherchée afin d'éviter l'hospitalisation en amont ou de favoriser le retour à domicile en aval.

Alzheimer :

3 équipes spécialisées (SSIAD Alzheimer) sont déployées et ont vocation à couvrir une grande partie du territoire des P-O. Ce dispositif pourra être renforcé par l'implantation d'équipes spécialisées sur le Conflent et sur le Vallespir.

Il existe une plateforme de répit à Perpignan. Au moins deux MAIA et une plateforme de répit supplémentaires devront être déployées sur le département.

Une UHR est labélisée à Prades. Une UHR supplémentaire devra être implantée à Perpignan.

Un maillage du territoire devra être réalisé par l'implantation de PASA sur chaque territoire de proximité. 10 projets sont en cours.

EHPAD :

Le territoire des P-O est prioritaire en matière de création d'EHPAD et de places d'alternative à l'hébergement (AJ-HT).

Dans ce cadre, les **secteurs des Fenouillèdes, du Vallespir, de la Côte radiieuse et de la Salanque seront prioritaires.**

Leviers et outils transversaux



III.1 Coordination des politiques publiques médico-sociales

La loi HPST a considérablement modifié le paysage institutionnel. **Les modalités de partenariat entre les différentes institutions qui interviennent dans le secteur médico-social sont donc à reconstruire.**

La commission de coordination des politiques publiques dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux a vocation à réunir l'ensemble des décideurs en charge de conduire ces politiques et de les articuler.

Cette instance, politique, devra s'accorder sur des thématiques ou des problématiques communes prioritaires, mandater des comités techniques pour proposer des axes de progrès sur ces sujets, et orienter les financements institutionnels en conséquence.

Dans ce cadre, **les relations avec les Conseils Généraux seront bien évidemment privilégiées.**

En outre, les **partenariats naturels avec l'Education Nationale (inclusion scolaire et santé scolaire), la DRJSCS (public fragilisé), la DIRRECTE (santé au travail) et la CARSAT (observatoire et prévention de la perte d'autonomie) seront également consolidés** dans le cadre de cette commission.

Cette commission devra développer des politiques complémentaires avec la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention.

La commission de coordination a également vocation à suivre la mise en œuvre des priorités et des actions du SROMS.

III.2 Observation et systèmes d'information

Des systèmes d'information sont disponibles mais ne permettent une connaissance suffisamment fine de l'offre dans le secteur du handicap et des personnes âgées. Concernant les dispositifs d'aide à domicile les données disponibles sont limitées. Concernant , les besoins de la population les informations restent très dispersées et difficilement agrégeables. Ainsi, l'évaluation des besoins est difficile, notamment dans le champ du handicap.

La consolidation d'un système d'information partagé doit constituer un objectif cible du présent schéma. Ainsi, les axes de progrès sont les suivants :

1- Dans le cadre de relations les partenaires institutionnels :

- Développer un partenariat avec les Conseils Généraux pour **optimiser l'exploitation des informations disponibles au sein des MDPH** (Etude CREAI-ORS/ARS) et ainsi améliorer l'évaluation des besoins.
- **S'intégrer dans des dispositifs d'observation partagés** : POSS-LR, observatoire de personnes en situation de fragilité (CARSAT),...
- Conduire des **études en partenariat avec le CREAI-ORS** dans le cadre de la convention conclue avec l'ARS (étude MDPH)
- Développer des études visant à **améliorer la connaissance des populations cibles** (ex : étude en partenariat avec l'INSEE sur les personnes âgées dépendantes)

2- En interne à l'ARS :

- **Exploiter les systèmes d'information disponibles** au sein de l'ARS (enquêtes Drees : EPHA 2011, ES 2010, PMSI, les données Assurance Maladie) et **s'appuyer sur des outils performants** en les utilisant dans le secteur médico-social (exemple : outil « trajectoire » pour les personnes âgées).

III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

III.3.1 Promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) caractérise **la bientraitance comme une démarche collective pour identifier le meilleur accompagnement possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste de ses besoins.**

Pour la mise en œuvre d'une politique de bientraitance, l'ANESM a identifié quatre repères :

- l'utilisateur co-auteur de son parcours,
- la qualité du lien entre professionnels et usagers,
- l'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes,
- le soutien aux professionnels dans leurs démarches de bientraitance.

La circulaire DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au **renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et les services médico-sociaux** de la compétence de l'ARS précise la politique nationale qui comprend **trois axes principaux** :

- Améliorer la détection, le signalement et le traitement des situations de maltraitance,
- Renforcer l'efficacité, la fréquence des inspections, des contrôles et de l'accompagnement des établissements et services médico-sociaux,
- Mettre en place une politique de développement de 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 à favoriser la bientraitance.

III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

III.3.2 Prévention des infections associées aux soins en ESMS

Les établissements médico-sociaux accueillent des résidents dont l'âge, la pathologie et le niveau de dépendance nécessitent une prise en compte du risque infectieux dans un objectif de qualité et de sécurité des prises en charge. Cette nécessité se traduit au sein du Plan Stratégique National 2009-2013 de Prévention des Infections Associées aux Soins (PSNPIAS) par une volonté d'étendre l'expérience des établissements de santé en termes de prévention des IAS aux établissements médico-sociaux et aux soins de ville. Cette approche vise à couvrir l'ensemble du parcours de soins pour une meilleure sécurité au bénéfice du patient, notamment face aux phénomènes infectieux épidémiques et endémiques qui diffusent de plus en plus souvent d'un secteur à l'autre.

Le plan stratégique national (PSNPIAS) est décliné pour les ESMS au travers du **programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013** défini dans la circulaire interministérielle N° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011. L'enjeu principal pour ce secteur est de **structurer la politique de prévention des infections associées aux soins**.

Ce programme national qui concerne les EHPAD, les MAS et les FAM a pour objectif opérationnel la réalisation d'une démarche d'analyse du risque infectieux permettant à chaque établissement d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique, d'apprécier son niveau de maîtrise de ce risque et d'élaborer ou d'adapter un programme d'action. Cette démarche devra être formalisée par chaque établissement dans un « document d'analyse du risque infectieux » (DARI).

Le DARI **comporte 3 étapes** comme précisé en annexe B de la circulaire suscitée :

1/ **Evaluation du risque** : Recensement des épisodes infectieux survenus, détermination de leur criticité et hiérarchisation des phénomènes infectieux en fonction de leur criticité.

2/ **Gestion du risque** :

- Analyse du niveau de maîtrise interne du risque infectieux de l'établissement, cette étape pourra être réalisée à partir du manuel d'auto-évaluation proposé en annexe 2,
- Elaboration d'un programme d'actions (PA) prioritaires, qui devra porter une attention particulière sur des thématiques ciblées.
- Détermination d'un calendrier de réalisation du PA et de la périodicité des évaluations.

3/ **Communication** : Information à chaque étape de la démarche tous les acteurs concernés.

III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

Avant de s'engager dans cette démarche, les établissements s'efforceront d'identifier et de mettre en place les mesures organisationnelles permettant de faciliter la conduite et la réalisation de ce projet, notamment l'engagement de la direction dans la démarche, la désignation d'un responsable mandaté et la constitution d'un comité de suivi.

Pour les établissements ne disposant pas en interne d'une expertise en hygiène, il est préconisé de s'appuyer sur les compétences d'un établissement sanitaire disposant d'une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) par convention ou de mettre en place par coopération une EOH entre établissements médico-sociaux dans le cadre d'un GCSMS permettant de mutualiser des personnels compétents en hygiène.

Pour l'élaboration de leur projet, **les établissements pourront s'appuyer sur la compétence de l'ARLIN** (Antenne Régionale de lutte contre les infections nosocomiales).

L'ARS du Languedoc-Roussillon a organisé en 2011 des réunions territoriales sur la thématique « Prévention du Risque Infectieux en EHPAD » en lien avec l'ARLIN et la CIRE (Cellule de l'InVS en région). **Dans le cadre de la mise en œuvre du programme national 2011-2013, d'autres réunions de sensibilisation seront organisées en 2012** afin de présenter ce programme et d'identifier les possibilités de maillage régional permettant de faciliter sa mise en œuvre.

En 2013, une évaluation de la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social **sera réalisée** à partir notamment des indicateurs de niveaux de mobilisation des établissements MS extraits du DARI. Suite à cette évaluation, il pourra être envisagé son extension à d'autres établissements du secteur des personnes handicapées, notamment aux établissements d'enfants.

III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

III.3.3 Evaluation interne et externe des établissements et services médico-sociaux

Le code de l'action sociale et des familles prévoit que les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L 312-1 procèdent à des évaluations de leur activité et de la qualité de leurs prestations (évaluations internes) au regard notamment des recommandations de bonnes pratiques.

En outre, le renouvellement, total ou partiel, de leur autorisation qui est accordée pour une durée de quinze ans est subordonné aux résultats d'une évaluation de leur activité et de la qualité de leurs prestations par un organisme extérieur habilité (évaluation externe).

Ainsi, les établissements et services médico-sociaux autorisés avant le 2 janvier 2002, dont l'autorisation arrivera à échéance en 2017, sont les premiers concernés par cette démarche. Ils devront avoir transmis aux autorités ayant délivré l'autorisation les résultats de leur évaluation interne avant le 31 décembre 2013 et leur rapport d'évaluation externe au plus tard au 31 décembre 2014.

Selon les résultats d'une enquête réalisée **en 2011** auprès de l'ensemble des ESMS relevant de la compétence de l'ARS, **près d'un établissement sur 2 a réalisé son évaluation interne**. A contrario, seulement une vingtaine de structures a déclaré s'être engagée dans un processus d'évaluation externe.

Cette démarche va constituer un levier important pour impulser et dynamiser une politique de qualité au sein des ESMS. A ce titre, **l'ARS conduira une politique active d'accompagnement des ESMS dans la démarche d'évaluation**.

Les conclusions des évaluations externes seront prises en compte dans les CPOM signés avec l'ARS.

III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

III.3.4 Politique régionale de gestion du risque

La politique de gestion du risque conduite par l'ARS et l'Assurance Maladie au niveau régional a pour objectif **d'améliorer le rapport qualité/coût des prestations délivrées par les établissements médico-sociaux.**

Ainsi, le programme « **Qualité et Efficience en EHPAD** » constitue l'une des priorités du Programme Régional de Gestion du Risque, partie intégrante du Projet Régional de Santé.

Ce programme « Qualité et Efficience en EHPAD » a notamment vocation à **améliorer les bonnes pratiques de soins** par :

- **L'amélioration de la coordination des professionnels de santé** et de la qualité de la prise en charge en EHPAD par l'accompagnement de la mise en place des **contrats de coordination entre les établissements et les professionnels libéraux.**

- La participation de la région au **projet inter-régional avec les régions Midi Pyrénées et Limousin visant à promouvoir la qualité des prises en charge en EHPAD.** Sur la base du volontariat, des EHPAD seront appelées à participer à ce projet qui a notamment pour objectifs d'améliorer :

- l'adéquation de la prescription médicamenteuse et lutter contre la iatrogénie,
- la prise en charge des troubles psychologiques et/ou comportementaux,
- la qualité des prises en charge soignantes et des pratiques professionnelles,
- la qualité de l'alimentation des personnes résidant en EHPAD,
- la lutte contre les risques infectieux.

- La **mise en place de réunions d'informations et d'échanges avec les établissements et les professionnels** visant à diffuser les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins et à la prise en charge des patients. Ces réunions ont été instaurées au cours du 1er trimestre 2011 au niveau de chaque département, en lien avec l'assurance maladie. Elles ont vocation à se poursuivre, afin d'impulser une dynamique d'amélioration des pratiques et de répondre aux souhaits des établissements. Elles permettent de susciter des échanges à partir d'initiatives concrètes mises en œuvre par les professionnels.

Sensibilisation par l'assurance maladie sur les bonnes pratiques et les référentiels HAS, ANESM (maladie d'Alzheimer, pansements primaires...).

- **L'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments efficiente**, en lien avec les médecins libéraux et le pharmacien référent.
- Le suivi de **l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins.**

III.4 Coopération/Mutualisation

Le SROMS préconise la mise en place de **coopérations territoriales structurées et formalisées**.

Des mécanismes de partenariat seront ainsi déclinés, le cas échéant inters-sectoriels, visant à tendre vers la recherche d'efficience.

Ils permettront également de mettre en œuvre des solutions contre l'isolement géographique, notamment par le partage de ressources humaines sur certains micro-territoires. 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 ou de certaines compétences, 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 (groupements de coopération de type GCS, GCSMS, etc.).

Des formes innovantes de coopération seront également recherchées, notamment sous forme de plateformes afin d'accompagner la diversification et la complémentarité des prises en charge sur les territoires. Dans ce cadre, l'ARS cherchera à identifier les pratiques innovantes ou pertinentes en matière de coopération au niveau d'un territoire afin de les promouvoir au niveau régional.

S'agissant des aspects de mutualisation ou de regroupement de gestionnaires, **l'ARS accompagnera toutes les opérations qui peuvent conduire à renforcer la pérennité des ESMS.**

Dans le cadre des évaluations externes que doivent conduire les ESMS avant la fin 2014, l'ARS aura une attention particulière sur les outils et les modes opératoires mis en place en matière de mutualisation.

Les projets de mutualisation et de regroupement (inter-services, inter-établissements et inter-gestionnaires) seront validés et inscrits dans les CPOM signés avec les ESMS.

III.5 Contractualisation

Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

Une réflexion a été conduite en région sur **l'élaboration de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens harmonisés** sur le secteur du Handicap. Ainsi, ces CPOM doivent permettre **un diagnostic partagé et la fixation d'objectifs prioritaires précis** conformes aux orientations du SROMS, en lien direct avec l'ensemble des champs d'intervention des ESMS, à savoir :

- Droits des usagers
- Ressources Humaines
- Situation budgétaire et financière
- Organisation et gouvernance
- Partenariat et réseau

Cet outil permettra une **véritable gouvernance** ainsi que la mise en place d'un dialogue partagé avec les opérateurs.

En lien direct avec les travaux de l'ANAP, **cette dynamique de contractualisation favorisera la démarche de benchmarking.**

Conventions tripartites

Les conventions tripartites permettent l'élaboration d'objectifs et de moyens pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. C'est l'outil stratégique de pilotage et d'évaluation des autorités de financement, à savoir l'ARS et le Conseil Général.

Avec l'ensemble des Conseils Généraux, **une réflexion sera lancée sur la faisabilité d'une harmonisation des conventions tripartites** ou sur certaines thématiques contenues dans celles-ci.

Un groupe de travail issu de la commission de Coordination des Politiques Publiques permettra la mise en place de cette dynamique.

ANNEXES



1-Bibliographie

Aude : Schéma Enfance Handicapée 2008-2011

Gard : Schéma pour l'autonomie des personnes 2011-2014

Hérault : Schéma Adultes Handicapés 2011-2015; Schéma gérontologique 2008-2012

Etude des flux de personnes handicapées b n ficiaries d'une orientation en ESMS en 2009 (CREAI, juin 2010)

Lozère : Schéma Adultes 2008-2013

Pyrénées-Orientales : Schéma des solidarités 2011-2015; schéma gérontologique 2008-2012

Orientations de l'Etat sur le handicap 2009-2014

Contribution du CREAI au schéma des personnes handicapées 2008-2013

Analyse comparée des schémas départementaux en LR (CREAI, juin 2010)

Guide méthodologique d'élaboration du SROMS (CNSA, mai 2011)

Rapport sur les personnes handicapées vieillissantes (CNSA, octobre 2010)

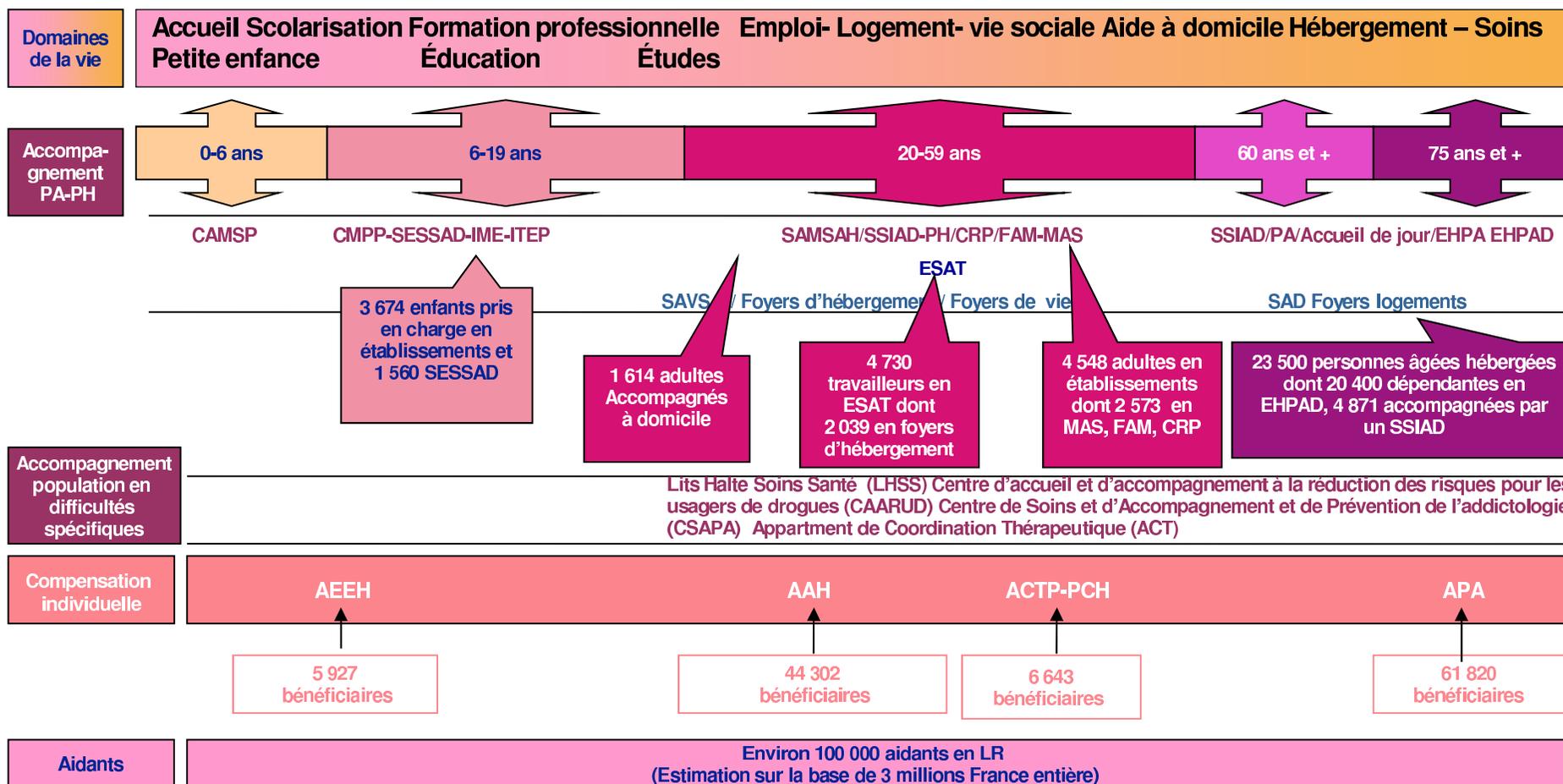
Atlas régional de la santé (2010)

Enquête auprès des maires de la région (juillet 2010)

2-Diagnostic régional

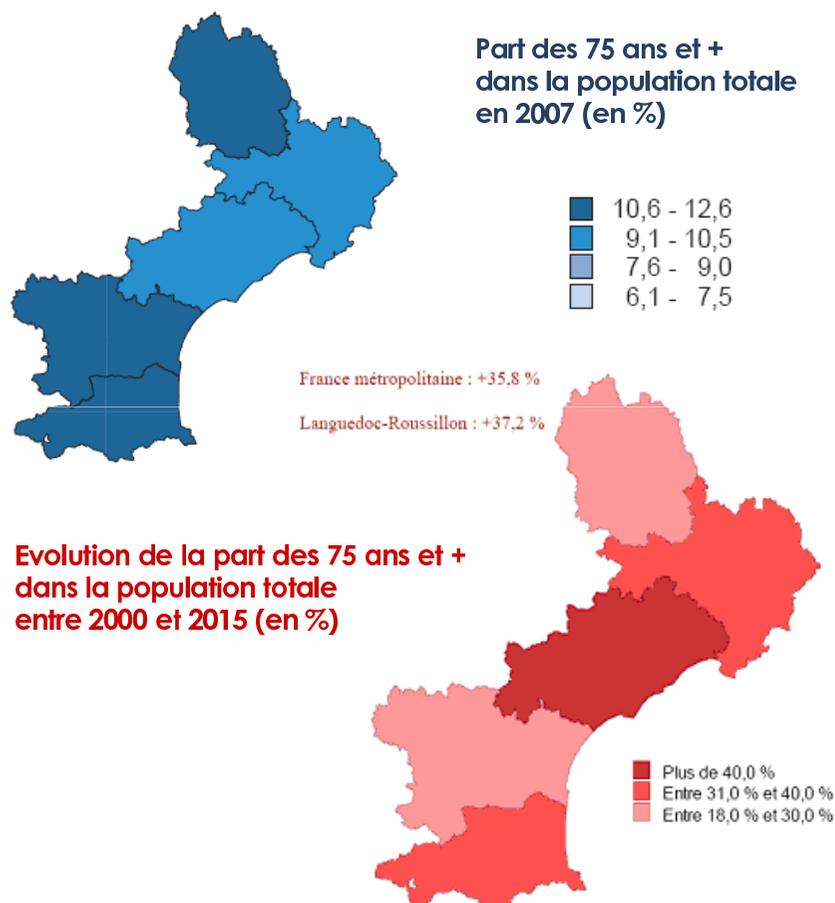
2- Accompagnement des personnes tout au long de la vie

Représentation synoptique des établissements et services médico-sociaux





2-Diagnostic régional : Démographie des personnes âgées



Source : Insee Languedoc-Roussillon Projection modèle Omphale 2000 - Scénario Central

Diagnostic régional : Démographie

- En Languedoc-Roussillon, près de 20% de la population est âgée de plus de 65 ans.
- La part des personnes âgées de plus de 75 ans dans la région s'élève à près de 10%, soit 1,5 point de plus qu'au niveau national. Le Gard et l'Hérault sont les départements « les moins âgés », mais ont vocation à « vieillir » fortement dans les 5 ans.
- Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans va augmenter de 12% entre 2008 et 2020.

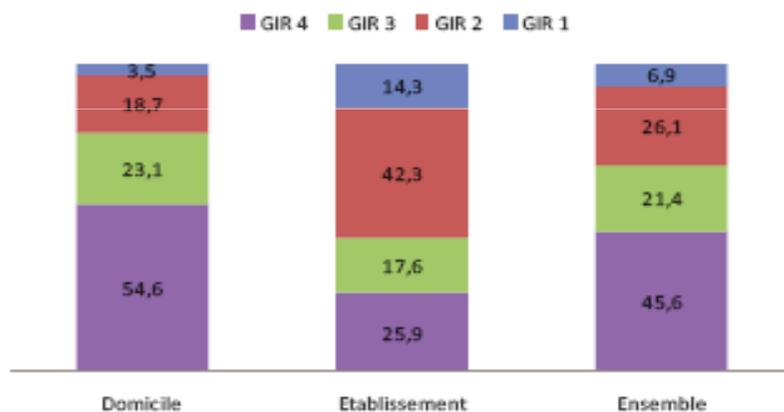
Difficultés / Points de vigilance

- Evolution démographique sans précédent
- Des disparités importantes entre territoires : le vieillissement de la population sera très important dans les départements de l'Hérault, du Gard et des Pyrénées-Orientales dans les années à venir



2-Diagnostic régional : Dépendance

*Bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance de la personne
au 1er janvier 2008** en Languedoc-Roussillon
Unité : en %*



Source : Drees, Enquête trimestrielle sur l'APA auprès des conseils généraux - Exploitation ORS L-R
**La structure par GIR des bénéficiaires observée dans les établissements ne pratiquant pas la dotation globale a été appliquée à l'ensemble des bénéficiaires en établissement

Diagnostic régional

- 61 820 bénéficiaires de l'APA en LR : un taux de bénéficiaires de l'APA supérieur de 9% au niveau national.
- Plus de 2/3 des allocataires de l'APA vivent à domicile.
- Les bénéficiaires de l'APA modérément dépendants restent majoritairement à domicile.
- A l'horizon 2015, la région devrait compter près de 50 000 personnes dépendantes d'une tierce personne pour accomplir les gestes de la vie quotidienne (6,3% de la population).

Difficultés /Points de vigilance

- Prévention de la dépendance
- Impact de la réforme de la dépendance à venir
- Améliorer la qualité de vie et la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des aidants.



2-Diagnostic régional : Maladie d'Alzheimer

Diagnostic régional

- Un plan national 2008-2012 pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (et troubles apparentés).
- Le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de syndromes apparentés atteint 18% de la population âgée de plus de 75 (Etude PAQUID).
- L'espérance de vie est de l'ordre de 10 ans après les premiers symptômes mais la médiane de survie après le diagnostic est de 3 ans.
- En Languedoc Roussillon, on évalue le nombre de malades Alzheimer à environ 20 000 personnes.
- Réalisation de 2 MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer) en 2011 suite à un appel à projet
- Labélisation de 15 UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) et de 100 PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) entre 2010 et 2012
- Création de places de SSIAD spécialisés prévue sur la période du plan (30 places créés dans l'Hérault, 30 places dans les P-O, 10 dans le Gard)
- Développement de structures de répit

Difficultés / Points de vigilance

Manque de structures de répit pour soulager les aidants.

Peu d'attractivité des PASA pour les opérateurs.

Coordination entre les acteurs à développer (MAIA).

Alzheimer (ALD 15) :

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
ALD : Nombre de personnes	11631	1561	2827	4824	323	2096
ALD : Taux standardisé pour 100 000 hab.	ND	91	86	95	96	79

Classement du département / 100 départements français

Diagnostic territorial AUDE

- Un département particulièrement concerné par le vieillissement de la population
- Le plus faible niveau de dépenses en €/PA75 ans de la région, inférieur de 8% au niveau national, en raison d'une densité d'IDE libérales nettement moins importante et d'un taux d'équipement en structures d'hébergement inférieur aux niveaux régional et national
- Des besoins identifiés sur le littoral et sur Castelnaudary
- Maladie d'Alzheimer : Développement de réponses adaptées : 1 UHR à Limoux, des projets de PASA
- Filière gériatrique : nécessité de la renforcer et de la coordonner en adossant les EHPAD aux établissements sanitaires de référence dans une logique de territoire voire de micro territoires.

Éléments du schéma gérontologique 2006-2010 élaboré par le Conseil Général

- Alzheimer : Création d'EHPAD réservées aux projets qui prennent en compte cette problématique
- Politique en faveur du développement des établissements habilités à l'aide sociale pour répondre aux besoins des PA audoises (niveau de revenus relativement faible) ⇒ 60% de places habilitées à l'aide sociale, mais seulement 28 % des PA en bénéficient
- Renforcer le rôle d'information et de coordination des CLIC : mise en place de plateformes territorialisées autour des CLIC



2-Personnes âgées

Diagnostic territorial GARD

Diagnostic réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma de l'Autonomie du Gard piloté par le Conseil Général

- Un taux de bénéficiaires de l'APA plus élevé que les taux régional et national (230 pour 1000 PA 75 contre 224 en LR et 205 France entière)
- Un niveau de dépenses en €/hab supérieur de près de 18% au niveau national, en raison d'une densité d'IDE libérales très importante
- Un retard en offre d'hébergement quasiment comblé à ce jour, mais une répartition inégale : l'arrière pays est mieux équipé que le sud du département.
- Maladie d'Alzheimer : des projets innovants : 1MAIA autorisée sur le territoire de Bagnols/Cèze, 4 projets d'UHR et 5 PASA en 2011 et 2012, la création de 10 places de SSIAD spécialisées, d'un accueil de jour autonome de 15 places spécialisées. Enfin, le CODES 30 en partenariat avec le Conseil Général mène un projet intitulé : "face à la maladie d'Alzheimer, rompre l'isolement des aidants"

Éléments du schéma en faveur de l'autonomie des personnes 2011-2014 élaboré par le Conseil Général

Faciliter la continuité des parcours de vie en soutenant et développant les réponses de proximité, notamment par:

- la mise en place d'une plateforme d'information et d'accompagnement des demandes d'accès à un logement adapté
- la structuration de la coordination des acteurs de la prise en charge à domicile
- le développement et la professionnalisation de l'accueil familial; la promotion et l'expérimentation de modes d'habitat alternatif; le soutien et la formation des aidants
- la poursuite de la mise en place des lits et places autorisés au 31/12/2010, soit 1 002 places, et l'adaptation de l'offre à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes
- l'amélioration de l'accès aux soins et aux prises en charge adaptées et de proximité, par le soutien à l'ingénierie de projet des Maisons de Santé Pluri professionnelles en milieu rural, la mise en place d'une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer sur chaque Unité Territoriale d'Action Sociale et d'Insertion
- la promotion d'une dynamique de coopération des différents acteurs du champ médico-social au sein des territoires.



2-Personnes âgées

Diagnostic territorial HERAULT

- Le taux de bénéficiaires de l'APA le plus important de la région (258 pour 1000 PA>75 ans contre 224 en LR et 205 France entière).
- Revenu moyen des PA = 1 126€/mois, 15% des PA>70 ans ont des revenus inférieurs à 675€/mois.
- Un niveau de dépenses en €/hab supérieur au niveau national de 14%, en raison d'une densité d'IDE libérales particulièrement importante
- 663 places autorisées entre 2007 et 2009 dont 628 d'EHPAD dans le cadre du plan Plan Solidarité Grand Age
- Au 1er janv 2010 :
- Un taux d'équipement en structures d'hébergement médicalisé proche du niveau national
- GMP = 676
- Prix de journée moyen EHPAD habilités = 55,75€/jour, EHPAD non habilités 70 à 100€/jour
- Une proportion de gestionnaires privés lucratifs supérieures à la moyenne régionale (26% dans l'Hérault contre 18% en LR)
- Alzheimer : 5 projets d'UHR d'ici à 2012, 11 projets de PASA, 30 places de SSIAD spécialisés

Éléments du schéma gérontologique 2008-2012 élaboré par le Conseil Général

- Respect d'un cahier des charges avec un plafond de 70 + 5 places (priorité donnée aux extensions des petites structures)
- Prise en compte de parcours de vie particuliers : PA handicapées vieillissantes, PA en grande précarité et PA immigrées
- Organiser le territoire : priorités au littoral et au Lunéolois
- Mettre en oeuvre le Plan Solidarité Grand Age
- Développer les places de SSIAD en zones déficitaires en privilégiant des plate-formes de prestations diversifiées (EHPAD, SSIAD, AJ, SAD)
- Améliorer la prise en charge des PA par l'organisation des filières de soins gériatriques



2-Personnes âgées

Diagnostic territorial LOZERE

- Un département particulièrement concerné par le vieillissement de la population et très bien pourvu en offre de prise en charge.
- Un niveau de dépenses en €/PA>75 ans supérieur au niveau régional de près de 55%, en raison d'une offre d'hébergement très au-dessus de la moyenne nationale : un des taux d'équipement les plus élevés de France en 2010.
- Une majorité d'établissements de petite capacité qui permettent une prise en charge de proximité mais dont la gestion est plus délicate
- Un GMP moyen pondéré à 662 pour les EHPAD du département et 844 pour les USLD.
- Le prix de journée moyen sur le département est de 44,89 € en 2010. Pas d'établissement privé à but lucratif
- Un parc immobilier qui a réalisé un effort important de restructuration, favorisé par des politiques convergentes du département, de l'Etat et de la CNSA. Il demeure encore quelques établissements où la restructuration est indispensable pour garantir la sécurité des équipes et des résidents et leur attractivité
- Un travail exemplaire de partenariat avec le secteur sanitaire : convention avec le CH de Mende et la clinique du Gévaudan, plans bleus, conventions avec le CH de Saint-Alban
- Certains EHPAD accueillent une proportion importante de personnes handicapées vieillissantes et/ou de personnes issues de centres hospitaliers psychiatriques

Difficultés / Points de vigilance

- Vigilance sur les taux d'occupation (85% en moyenne)
- Réflexion à mener sur l'adaptation de la prise en charge en EHPAD pour des populations spécifiques : handicapés vieillissants ou personnes à profil psychiatrique



2-Personnes âgées

Diagnostic PYRENEES-ORIENTALES

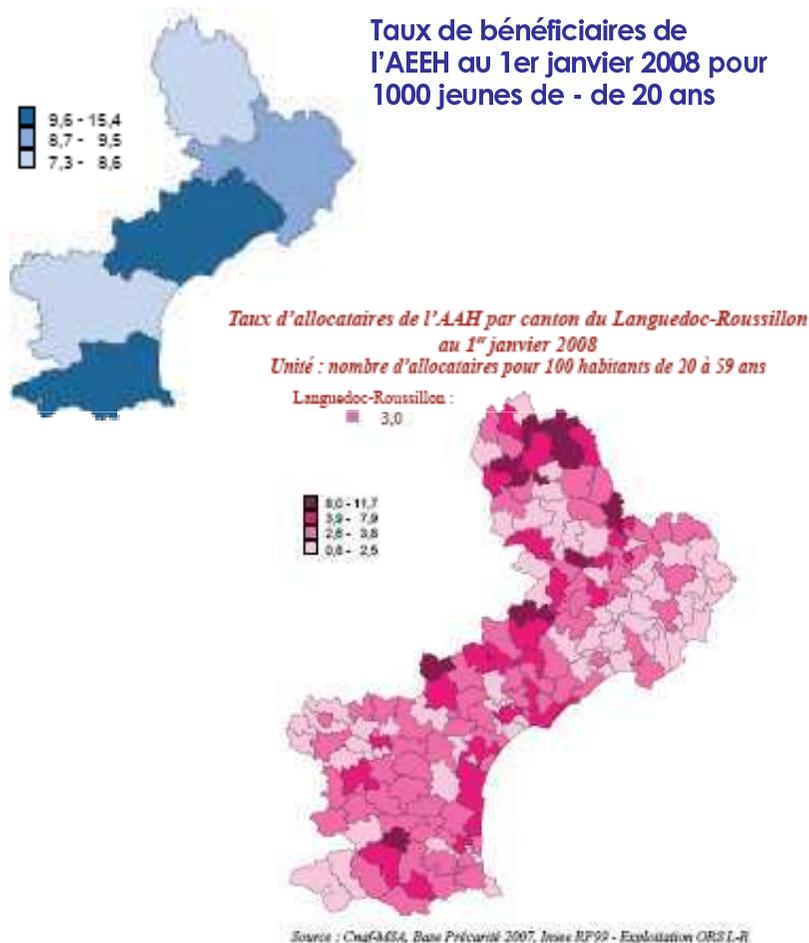
- Un département particulièrement concerné par le vieillissement de la population
- Un département globalement sous-équipé :
 - Un niveau de dépenses en €/PA > 75 ans inférieur au niveau régional de près de 17%, en raison du plus faible taux de la région en terme d'équipement en structures d'hébergement (yc USLD)
- Une dynamique sur la Maladie d'Alzheimer : 1 UHR à Prades, 20 places de SSIAD spécialisés, des projets de PASA
- Partenariat important entre les acteurs du social, du médico-social et du sanitaire

Éléments du schéma gérontologique 2007-2012 et du schéma des solidarités 2011-2015 élaboré par le Conseil Général

- Promouvoir l'autonomie et la citoyenneté des personnes
- Favoriser l'accès et le maintien de tous dans un logement adapté
- Faire évoluer les pratiques pour améliorer la qualité du service rendu
- Problématique de modernisation des EHPAD qui impacte fortement sur le prix de journée



2-Diagnostic régional : Personnes handicapées



Diagnostic régional

La région recense 11,6 bénéficiaires de l'AEH (Allocation d'Education pour Enfants Handicapés) pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, taux supérieur à la moyenne nationale (11 pour 1 000). Ce taux atteint 12,5 dans l'Hérault et les Pyrénées-Orientales.

Plus de 5 000 enfants handicapés pris en charge en LR par une structure médico-sociale

Un taux de bénéficiaires de l'AAH (Allocation pour Adulte Handicapé) nettement supérieur à la moyenne nationale : 29,1 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans en LR contre 22,7.

Environ 11 000 adultes handicapés pris en charge en LR par une structure médico-sociale

Le maintien à domicile favorisé par la mise en place de la PCH au cours des 5 dernières années : 6 642 bénéficiaires ACTP/PCH

La loi du 11 février 2005 instaure un « guichet unique », à travers la création des MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées).

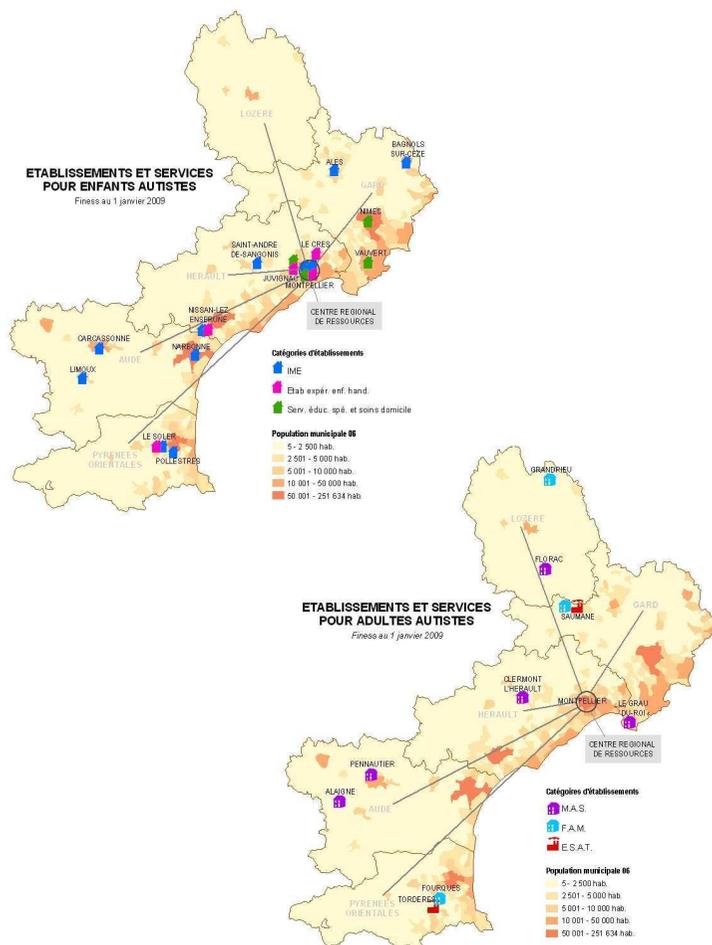
Difficultés / Points de vigilance

Les MDPH ne sont pas en capacité de fournir la répartition des usagers, enfants ou adultes, par diagnostic ou déficience

Manque d'observatoire en matière de handicap



2- Diagnostic régional : Autisme



Diagnostic régional

- Plan national 2008-2010 « Autisme et troubles envahissants du développement (TED) »
- Au 1er janvier 2009, 222 places sont dédiées à la prise en charge des enfants autistes ou présentant des troubles envahissants du développement (TED) dans la région.
- Taux de prévalence de 6 à 7 pour 1000 enfants pour les TED et troubles autistiques au sens large, de 2 à 3 pour 1000 pour les TED avec retard mental
- Un appel à projets lancé en 2010 sur la création d'antennes délocalisées du Centre Régional de l'Autisme (CRA)
- Un dispositif d'annonce du diagnostic a fait l'objet d'un appel à projet en 2009.
- Des structures expérimentales dédiées (Maisons de Manon)

Difficultés / Points de vigilance

Difficultés d'évaluation des besoins présentés prioritaires sur le champ des adultes.

Actualisation des projets des établissements médico-sociaux aux nouvelles recommandations de la HAS/ Anesm

Repréciser les articulations entre secteurs sanitaire et médico-social dans la prévention des situations de crise, et d'évaluation des situations

Niveau de formation des professionnels à améliorer

Diagnostic précoce à structurer



2- Diagnostic régional : Déficients sensoriels

Diagnostic régional

- 2 plans nationaux « Handicap visuel » 2010-2011 et « Sourds et malentendants » 2010-2012
- Taux de prévalence pour les déficiences sensorielles sévères (visuelles ou auditives) : 1,4 /1000 enfants
- Une offre resserrée en région : 2 structures pour enfants déficients visuels et 4 pour enfants déficients auditifs (dont 2 qui ont une vocation régionale)
- Pour les adultes, des services spécifiques existent, mais ne sont pas toujours accessibles après 60 ans
- Création en 2008/2009 de 2 pôles pour l'accompagnement et la scolarisation des jeunes sourds (à Montpellier et Nîmes) avec apprentissage de la langue des signes
- Instauration de dépistage systématique de troubles de l'audition dans les maternités
- Instauration de dépistage systématique de troubles de l'audition entre 16 et 25 ans (consultations de prévention) et vers 60 ans venant s'ajouter aux dépistages déjà mis en place par la PMI notamment.

Difficultés / Points de vigilance

Enjeu important en matière d'intégration scolaire à maintenir
Consolider le dépistage de la surdité néo-natale dans les maternités
Impact du dépistage systématique de la surdité sur les filières de prise en charge à évaluer à tous les stades



2-Diagnostic régional : Handicap psychique

Diagnostic régional

- Le handicap psychique peut apparaître au cours de l'enfance, de l'adolescence ou à l'âge adulte.
- Ce handicap, durable ou épisodique, entraîne des difficultés d'adaptation à la vie en société et des problèmes de relation à soi et aux autres.
- Le handicap psychique ressort comme la 2^{ème} déficience repérée dans le dispositif médico-social, après la déficience intellectuelle et devant le handicap moteur
- Les "Groupes d'Entraide Mutuelle" (GEM) : une solution adaptée à ce type de handicap. Il s'agit d'un lieu où les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent se rendre pour rompre l'isolement et, le cas échéant, partager des activités en commun, à leur rythme.
- Quelques structures d'hébergement (MAS ou FAM), des maisons relais et des services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH) dédiés ont été créés.

Difficultés / Points de vigilance

Un handicap à la croisée des chemins avec le champ psychiatrique : psychiatrie de liaison médico-sociale

Difficulté d'intégration sociale de personnes souffrant de handicap psychique



2-Diagnostic régional : Personnes handicapées vieillissantes

Diagnostic régional

- Un phénomène qui s'inscrit dans le vieillissement de la population générale et qui a vocation à s'amplifier.
- 37% des adultes pris en charge dans le dispositif ont plus de 45 ans (Enquête ES 2006 CREAI)
- En MAS: l'âge médian est de 43 ans (DRASSInfo 2009)
- 7% des personnes accueillies en MAS ont plus de 60 ans
- En ESAT : 22% des personnes y travaillent depuis plus de 20 ans
- Une dizaine de structures dédiées en région
- Certains départements font le choix de créer des unités au sein d'EHPAD, d'autres de développer des structures spécifiques (FAM, Foyer de vie, médicalisation de SAESAT)
- Besoin de médicalisation de places de foyers de vie accueillants ces personnes vieillissantes

Difficultés / Points de vigilance

Pas de réponse unique, mais une réflexion à engager afin de proposer un panel de solutions adaptées aux diverses situations
Accompagnement de fin de vie en lien avec les soins palliatifs



2-Diagnostic régional : Intégration scolaire

Source : Rectorat 2009-2010

Diagnostic régional

Des progrès importants en matière d'intégration scolaire en milieu ordinaire

- Grâce notamment au développement de SESSAD (Service d'Education et de Soins Spécialisés), à la mise en place d'Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS) et de matériel adapté à certains types de handicap, l'intégration des enfants handicapés en milieu ordinaire est en nette progression depuis 5 ans.
- Ainsi, depuis la parution de la loi de 2005 sur l'égalité des chances, le nombre d'intégrations individuelles ou collectives (CLIS/ULIS) en milieu ordinaire a augmenté de 56% pour les enfants du 1er degré, et de 222% au 2nd degré.
- Le taux de scolarisation d'enfants handicapés en région est de 2,15% pour le 1er degré et de 1,37% pour le second degré (niveaux supérieurs au taux national).
- 70% des enfants handicapés scolarisés le sont en intégration individuelle. Ces enfants bénéficient d'un accompagnement de type AVS pour 57% d'entre eux, de transport spécifique pour 17% et de matériel pédagogique adapté pour 14%.
- Dispositifs collectifs existants et évolution depuis 2004 : 156 CLIS (+2,6%), 59 ULIS Collège (+64%) et 23 ULIS Lycée (aucune structure en 2004)
- Type de handicaps principaux : troubles intellectuels et cognitifs (40%), troubles du psychisme (19%), troubles du langage et de la parole (16%), autisme 7%, moteur 7%.

Difficultés / Points de vigilance

Poursuivre l'adaptation du dispositif IME (places d'internat notamment), afin de favoriser le maintien en milieu ordinaire
Effort d'intégration à poursuivre, notamment sur le 2nd degré : scolarisation à temps très partiel
Formation et statut précaire des AVS (auxiliaires de vie scolaire)
Difficultés de scolarisation de certains enfants (avec profil ITEP notamment)



2- Enfance/Adolescence handicapée

Diagnostic territorial AUDE

- Dans ce département, le taux d'équipement global en établissement et services est inférieur aux taux régional et national (7,86 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 8,52 au plan régional et 9,11 au niveau national)
- Une reconfiguration importante des agréments sera nécessaire pour mieux répondre aux besoins
- La proportion des services dans l'offre globale est inférieure à 20% (25% France entière et 30% en LR)
- Il n'y a pas d'établissement pour Handicap moteur, aucune création n'est envisagée. La prise en charge se fait en SESSAD.
- Les chiffres en matière d'intégration scolaire sont très bons, surtout dans le 2nd degré.

Les éléments du schéma Enfants 2008-2011, selon les orientations de l'Etat sont les suivants :

Petite enfance : créer des outils adaptés pour les assistants familiaux, mobiliser le REAAP pour les parents d'enfants handicapés et renforcer les places de CAMSP sur l'Ouest (couverture zones mal desservies).

Scolarisation : mettre en œuvre la scolarisation partagée (cf. loi 2005) : augmenter places de SESSAD, créer des places dédiées pour les apprentis, abaisser l'âge d'entrée en ITEP et augmenter le nombre d'Auxiliaires de vie scolaire et d'intégration



2- Enfance/Adolescence handicapée

Diagnostic territorial GARD – ce diagnostic a été réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma de l'Autonomie du Gard piloté par le Conseil Général

- Le taux d'équipement global en établissement et services est inférieur aux taux régional et national (7,87 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 8,52 au plan régional et 9,11 au niveau national)
- Les conditions de scolarisation des enfants handicapés se sont nettement améliorées mais les taux de scolarisation restent toutefois les moins bons de la région (taux de scolarisation 2010; Source : Education Nationale)
- L'offre de prise en charge s'est bien développée mais elle est inégalement répartie avec un manque de places d'IME en semi-internat pour déficients intellectuels sur Nîmes et un manque de places d'ITEP sur Bagnols/Cèze.
- Les acteurs sont structurés et dynamiques à l'exemple du "réseau ITEP" et du "réseau Autisme"
- L'émergence d'une dynamique "IMPro/milieu du travail ordinaire" joue un rôle de facilitation dans l'accès à l'emploi, tel le réseau formalisé "Rédapipro"

Les éléments du schéma en faveur de l'autonomie des personnes 2011-2014 élaboré par le Conseil Général sont les suivants :

Favoriser l'insertion scolaire et sociale, notamment par:

- la mise en place au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées d'un outil de suivi des décisions d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées afin d'accompagner les familles dans la recherche d'une place et d'objectiver les besoins non satisfaits
- la mise en place au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées d'une équipe pluridisciplinaire d'évaluation dédiée aux 16-25 ans
- l'accompagnement des familles par un enseignant référent pour la scolarité de leur enfant
- la promotion de l'apprentissage et de la mise en situation en entreprise pour les jeunes en établissements spécialisés



2- Enfance/Adolescence handicapée

Diagnostic territorial HERAULT

Ce département connaît des besoins importants...

- Le taux de bénéficiaires de l'AAEH est le plus important de la région (12,51 contre 11,6 au niveau régional)
- Des efforts de création ont été menés entre 2007 et 2009 avec 138 places autorisées et un ciblage sur les SESSAD
- Cette offre reste néanmoins insuffisante. Le taux d'équipement global en établissement et services est le plus faible de la région (7,77 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 8,52 au plan régional et 9,11 au niveau national au 1er janv 2010)
- Les besoins sont particulièrement marqués sur le Biterrois, tandis que l'Est Héraultais apparaît mieux couvert (schéma départemental 2011-2015)
- De bons chiffres sont enregistrés en matière d'intégration scolaire surtout sur le 1er degré

Les éléments du schéma Enfants 2006-2010 (Orientations de l'Etat) sont les suivants :

Diversifier l'offre pour qu'elle soit mieux adaptée au projet de vie (développer les alternatives à l'institution en mode internat : accueil séquentiel, accueil temporaire, favoriser le maintien à domicile, SESSAD,...)

Améliorer le repérage et le dépistage du handicap

Réviser les agréments afin de mieux adapter les prises en charge au regard de la réalité et des besoins. Il conviendra de redéployer des places d'internat vers l'externat ou les SESSAD)

Améliorer l'efficacité (accompagner les regroupements, les coopérations - développer les outils et indicateurs sur l'évaluation des besoins)



2- Enfance/Adolescence handicapée

Diagnostic territorial LOZERE

- Le taux d'équipement global en établissement et services est de 22,44 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 9,11 au niveau national, avec une part prépondérante de l'internat
- Scolarisation : Des bons chiffres sont enregistrés en matière d'intégration scolaire, surtout au 2nd degré
Le constat inverse est fait pour les jeunes des ITEP avec une diminution des scolarisations en milieu ordinaire, ce qui témoigne d'une hausse des difficultés des publics accueillis sur les ITEP de Lozère. En effet, les ITEP lozériens sont de « seconde intention » pour la région, lorsque les solutions de proximité ont montré leurs limites. La prise en charge s'inscrit alors dans le cadre d'une rupture thérapeutique.
- Insertion professionnelle : Les stages réalisés par les jeunes d'IMPro s'effectuent en milieu protégé (environ 2/3) et en milieu ordinaire (environ 1/3), grâce à un large partenariat avec les différents employeurs.
Constat : A la sortie d'IMPro, plus de la moitié des jeunes sont orientés en ESAT

Les éléments du schéma départemental PH 2008-2013 élaboré par le Conseil Général sont les suivants :

Mettre en place un dispositif cohérent et non discriminant offrant aux jeunes en situation de handicap et/ou de difficultés sociales, les meilleures chances de réintégration socioprofessionnelle comparables et équitables.

Garantir et renforcer la diversité institutionnelle (offre de jour, accueils séquentiels, famille-relais).

Mettre en place des relais souples de type « séjour de rupture ».



2- Enfance/Adolescence handicapée

Diagnostic territorial PYRENEES-ORIENTALES

- Le taux de bénéficiaires de l'AAEH est supérieur aux niveaux régional et national.
- Le département est globalement bien doté avec un taux d'équipement en établissement et services de 9,71 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 8,52 au plan régional et 9,11 au niveau national.
- le dispositif enfance régi par le schéma 2008-2013 ne rencontre pas de tensions fortes, mais un manque de coordination est noté entre le secteur « enfants » et « adultes ».
- De bons chiffres sont enregistrés en matière d'intégration scolaire.

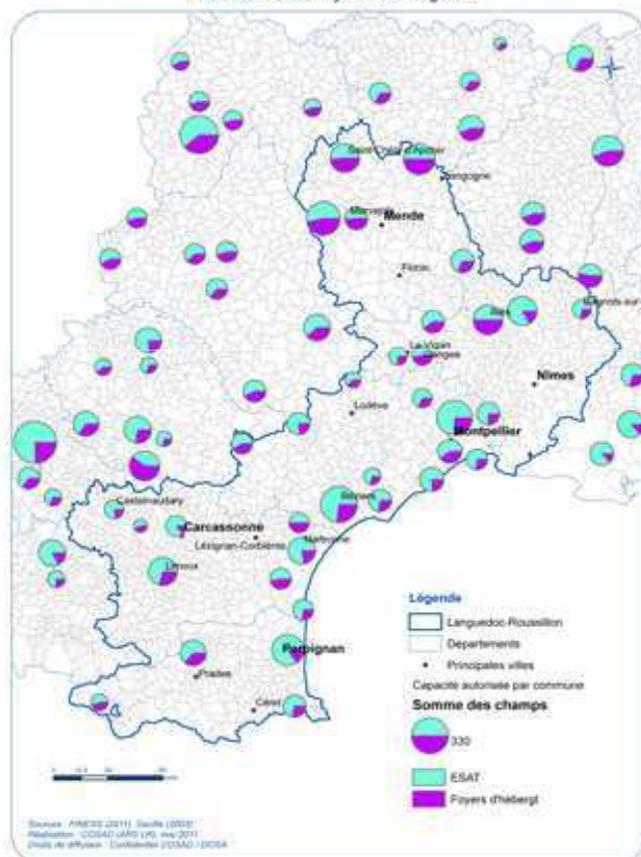
Les orientations de l'Etat 2009-2014 sont les suivantes :

- Mettre en place des réponses adaptées aux projets de vie des jeunes handicapés (16-20 ans).
- Diversifier l'offre de prise en charge des ESMS.
- Accentuer les articulations entre l'Education Nationale et l'éducation spécialisée.
- Travailler en pleine intégration dans la société.



2-Diagnostic régional : Insertion professionnelle et emploi LANGUEDOC-ROUSSILLON

Répartition des établissements et services pour adultes handicapés : les ESAT et les foyers d'hébergement



Diagnostic régional

L'accès au travail, une composante essentielle de l'intégration sociale

- Un taux de chômage des travailleurs handicapés deux fois plus élevé que la moyenne de la population active
- Une double évolution à prendre en compte pour les structures du secteur du travail protégé :
 - Au niveau de leur public : vieillissement des personnes handicapées, prévalence croissante du handicap psychique, et précarisation d'une partie des usagers.
 - Au niveau du contexte économique : sortie vers l'emploi de plus en plus complexe, budgets commerciaux en tension, exigences de technicité de plus en plus élevée.
- Taux d'équipement en ESAT supérieur au niveau national : suréquipement important en Lozère et dans l'Aude, déficit dans l'Hérault.
- La DIRECCTE renouvelle son plan régional de santé au travail en lien avec la CARSAT

Difficultés / Points de vigilance

- Pas d'outil d'évaluation commun pour évaluer la situation des personnes (invalidité (Sécurité Sociale), inaptitude (Médecine du travail), restriction de la capacité de travail (MDPH), ...), créant une difficulté de lisibilité du dispositif pour les bénéficiaires et plus largement pour l'ensemble des acteurs, induisant de véritables obstacles pour l'accès aux droits.
- Les divers dispositifs sont peu complémentaires et répondent souvent à des filières spécifiques selon la porte d'entrée.



Diagnostic territorial AUDE

- Un taux d'équipement en établissement d'hébergement proche du taux national
- Un effort continu de création depuis 2007 permettant une diversification de l'offre institutionnelle
- Réflexion sur la nécessité de médicalisation de places de foyers de vie
- Un taux d'équipement en ESAT (5,55) nettement supérieur au taux national (3,35)
- Un dispositif ESAT/foyer d'hébergement « obsolète », à reconfigurer : besoin de redéployer des places de foyers d'hébergement en foyers de vie ou foyers médicalisés et en structures pour handicapés vieillissants

Éléments des schémas départementaux élaborés par le Conseil Général (adultes et gérontologique)

Problématique des personnes handicapées vieillissantes :

Schéma gérontologique : réponses spécifiques individualisées et réflexion sur la création de sections spécialisées au sein d'EHPAD

Schéma adultes : mettre en place une gamme de réponses adaptées (sections spécialisées en EHPAD, familles d'accueil agréées, maintien des PHV dans leurs structures d'origine avec une adaptation de la prise en charge)

Réflexion spécifique menée sur le champ des ESAT, développement des SACAT



2-Adultes handicapés

Diagnostic territorial GARD

Diagnostic réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma de l'Autonomie du Gard piloté par le Conseil Général

- Un retard d'équipement historique : le taux d'équipement le plus bas de la région (1.7 pour mille adultes de 20 à 59 ans contre 2.49 au plan national et 3.12 pour le régional), principalement en offre pour adultes lourdement handicapés.
- Mais des efforts très importants de création de places, notamment en MAS-FAM, à destination de personnes autistes ou vieillissantes permettent de combler une partie de ce retard (nombreuses ouvertures prévues en 2011)
- Le développement des SAMSAH est souhaitable, avec des études de besoins nécessaires pour cibler les publics ayant des besoins d'accompagnement médico-social, au delà du handicap psychique.
- Le dispositif ESAT a été renforcé de façon importante entre 2003 et 2008 et semble aujourd'hui quantitativement suffisant. Toutefois, des nouveaux besoins apparaissent dans ce secteur.

Éléments du projet de schéma de l'autonomie 2011-2014 élaboré par le Conseil Général

Favoriser l'exercice des droits fondamentaux et accompagner les projets de vie, notamment par :

- la mise en place au sein de la MDPH d'un outil de suivi des décisions d'orientation de la CDAPH, afin d'accompagner les familles dans la recherche d'une place
- la poursuite de la mise en place des lits et places autorisés au 31/12/2010, soit 271 places, et l'adaptation de l'offre à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes
- le développement et la professionnalisation de l'accueil familial; la promotion et l'expérimentation de modes d'habitat alternatif; le soutien et la formation des aidants
- la mise en place d'une plateforme d'information et d'accompagnement des demandes d'accès à un logement adapté
- l'accompagnement dans et vers l'emploi: développement de formules innovantes, telle que l'intérim spécialisé, la création d'un SAMSAH spécialisés pour les personnes handicapées psychique, la sensibilisation et la formation des acteurs de l'insertion et de la formation professionnelle de droit commun aux dispositifs liés à l'emploi des personnes handicapées

2-Adultes handicapés

Diagnostic territorial HERAULT

- Un niveau d'équipement proche voire supérieur au niveau national, hormis pour les foyers d'hébergement en lien avec le taux d'équipement en ESAT (2,71) sensiblement inférieur au taux national (3,35)
 - Un effort continu de création depuis 2004 : +446 places permettant une diversification de l'offre et des expérimentations
 - Des listes d'attente conséquentes, 80 amendements Creton, essentiellement en IME
- Le schéma départemental 2011-2015 met en exergue les tendances suivantes en matière d'évaluation des besoins :
- Des besoins repérés en MAS/FAM essentiellement sur l'est du département (Montpellier-Lunel)
 - Besoins importants de SAMSAH et de SAVS (plus d'1/4 des décisions d'orientation), notamment sur le Biterrois et l'Est du département
 - Besoins sur le handicap psychique
 - 5 unités pour personnes handicapées vieillissantes de 12 lits en moyenne réparties sur l'ensemble du département et adossés à une structure de type EHPAD

Eléments du schéma départemental Adultes PH 2011-2015 élaboré par le Conseil Général :

5 orientations opérationnelles :

- Renforcer l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil
- Organiser les interventions en faveur du maintien à domicile
- Accompagner les projets de vie autonome des jeunes adultes
- Accompagner les personnes handicapées vieillissantes
- Rééquilibrer les territoires en matière d'équipement

2-Adultes handicapés

Diagnostic territorial LOZERE

- Un taux d'équipement en structures d'hébergement nettement supérieur au taux national
- Moins de 20% des places occupées par des Lozériens. Recrutement régional et limitrophe à hauteur de 50%)
- Un taux d'équipement en ESAT (13,39) 4 fois supérieur au taux national (3,35)
- Sateli : permettre aux personnes travaillant en ESAT de cesser progressivement leur activité (en raison d'un projet de réorientation ou de départ à la retraite par exemple)
- Réflexion sur la médicalisation des foyers de vie (notamment à destination des personnes handicapées vieillissantes)

Eléments du schéma départemental Adultes PH 2008-2013 élaboré par le Conseil Général :

- Créer un observatoire des flux de population lozériens et non lozériens demandant une entrée dans les établissements de Lozère
- Créer un dispositif d'observation de l'avancée en âge des personnes handicapées en établissement : Echéance 2011
- Décloisonner les verrouillages administratifs entre les capacités des ESAT et des foyers d'hébergement : En cours sur le volet emploi – Création du Sateli – échéance 2011.



2-Adultes handicapés

Diagnostic territorial PYRENEES-ORIENTALES

- Un taux de bénéficiaires de l'AAH supérieur aux niveaux régional et national
- Une forte proportion de personnes jeunes (40% de l'effectif a moins de 35 ans)
- Un département globalement bien équipé : un taux d'équipement en établissement d'hébergement de 2,58 pour mille adultes de 20 à 59 ans contre 2,49 au plan national
- Des besoins qui restent cependant importants sur les MAS-FAM et FO
- Un réseau MAS-FAM dynamique, dont le positionnement devra être clarifié

- Un taux d'équipement en ESAT (3,16) légèrement inférieur au taux national (3,35)
- Peu de tension sur le dispositif ESAT, qui a été reconfiguré

Éléments du schéma des solidarités 2011-2015 élaboré par le Conseil Général :

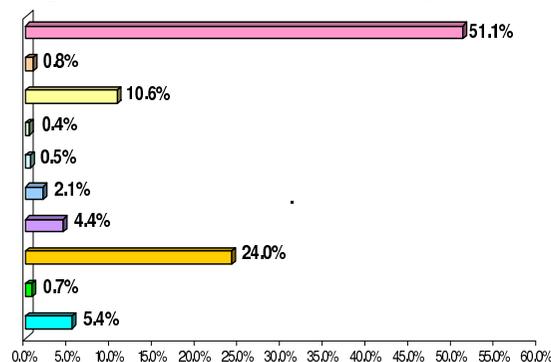
- Promouvoir l'insertion professionnelle des personnes handicapées : plan local d'insertion
- Un taux élevé de personnes handicapées vieillissantes accueillies en établissement (55%) Privilégier les projets prenant en compte le vieillissement de la population handicapée
- Besoins repérés sur les foyers de vie et FAM
- Redéploiement de l'offre disponible existante



2-Diagnostic régional : Adultes handicapés

Affections psychiatriques en MAS et FAM

(Etude régionale Assurance Maladie 2006)



Diagnostic régional

- Plus de 50% des pathologies psychiatriques présentes en MAS et FAM sont des troubles liés à une pathologie organique existante (maladies ou lésions cérébrales),
- 24% des pathologies sont des troubles du développement psychologique (autisme, syndrome de Rett, trouble désintégratif)
- Près de 11% sont des troubles de type schizophréniques.

Difficultés / Points de vigilance

- Lien avec le champ psychiatrique (psychiatrie de liaison médico-sociale)
- Hétérogénéité des publics accueillis qui appelle une spécialisation et une individualisation des prises en charge



2-Diagnostic régional : Adultes handicapés

Suivi médical en MAS et FAM

(Etude régionale Assurance Maladie 2006)

Diagnostic régional

- 24 % des résidents en MAS et FAM ont un suivi psychiatrique hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire et 35% ont un suivi mensuel ou trimestriel,
- Le suivi par un médecin généraliste est hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire pour 19% des résidents et mensuel ou trimestriel pour 49% d'entre eux.
- Le suivi dentaire en MAS et FAM n'est pas optimum : 57% des résidents ont un suivi annuel et 17% ont une fréquence de suivi dépassant l'année.
- Le suivi gynécologique est lui aussi déficient avec une fréquence de suivi dépassant l'année pour 39% des résidentes.

Difficultés / Points de vigilance

- Accès à la prévention et au dépistage
- Accès aux soins en établissements sanitaires

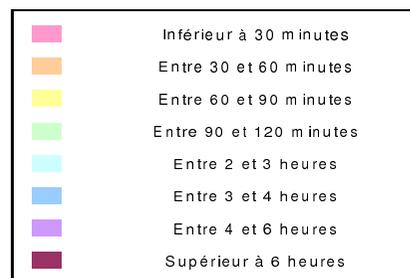
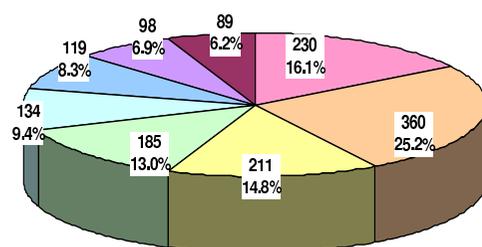


2-Diagnostic régional : Adultes handicapés

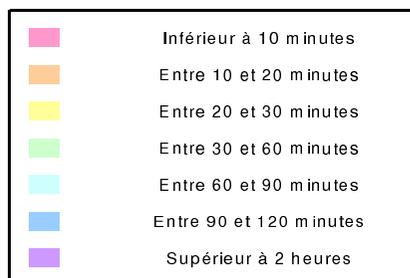
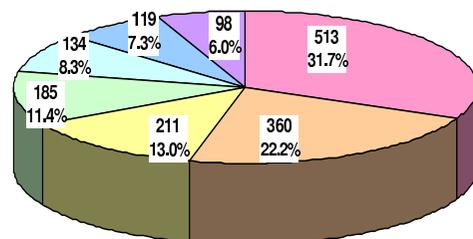
Soins de nursing et infirmiers en MAS et FAM

(Etude régionale Assurance Maladie 2006)

Soins de nursing



Soins infirmiers



Diagnostic régional

- 41% des résidents nécessitent moins d'une heure de soins de nursing par jour, 37% ont une durée de soins de nursing comprise entre 1 et 3 heures par jour et pour 22% ces soins durent plus de 3 heures par jour,
- 54% des résidents ont besoin de soins infirmiers ne dépassant pas 20 minutes par jour, 24% ont des soins infirmiers d'une durée comprise entre 20 minutes et une heure par jour et pour 22% ces soins durent plus d'une heure par jour.

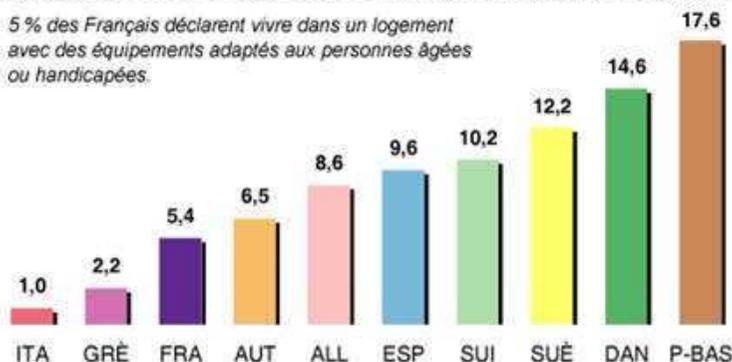


2-Diagnostic régional : Logement et accessibilité

Logement équipé

Logement adapté pour accueillir des personnes âgées ou handicapées, par pays (en %)

5 % des Français déclarent vivre dans un logement avec des équipements adaptés aux personnes âgées ou handicapées.



Source : Enquête SHARE.

Champ : Ensemble des individus enquêtés.



Diagnostic régional

Un enjeu majeur dans la politique de maintien à domicile

⇒ plus de 90 % des personnes dépendantes (âgées de plus de 75 ans ou handicapées) vivent à domicile.

- L'absence de logement adapté : facteur important déclenchant l'entrée en EHPAD (Etude gérontoclef 2011)
- Appel à projet de la Région Languedoc-Roussillon «logement social et accessibilité» qui vise à augmenter la part de logements sociaux
- Partenariat entre certains conseils généraux, bailleurs sociaux et la MDPH
- Convention de partenariat expérimental dans le Gard entre le département, la MDPH, FDI Sacicap et l'Etat au travers de la délégation «ANAH »
- La loi du 5 février 2005 au milieu du gué : les bâtiments et transports publics ont 5 ans pour être rendus accessibles.

Difficultés / Points de vigilance

- Manque d'information tant des usagers que des professionnels notamment en terme d'aides existantes liés au logement.
- Pour les personnes en situation de handicap la PCH permet de bénéficier d'une adaptation du logement (titre 3)
- Dispersion des acteurs, complexité des montages et délais de réalisation dissuasifs
- Nécessité d'articuler trois dimensions : un logement adapté, une proximité de services et une accessibilité accrue notamment grâce à une politique de transports adéquate
- Peu d'alternatives entre domicile et établissement (formules d'habitat collectif ou logements regroupés à imaginer)



2-Diagnostic régional : Transport et mobilité

Diagnostic régional

Première difficulté évoquée par les personnes en perte d'autonomie dans leur vie sociale.

Plusieurs opérateurs en matière de transport adapté:

- les Conseils Généraux (transports inter-urbains)
- les communautés d'agglomération (transports de droit commun)
- les CCAS
- les transporteurs sanitaires (ambulanciers, taxis : 2 200 dans la région)
- des opérateurs privés ou associatifs (GIHP, Ulysse, ...)
- les établissements d'hébergement

La problématique du transport doit être remise à plat dans sa globalité au niveau de chaque bassin de vie, afin de l'articuler avec les besoins de la population

Difficultés / Points de vigilance

- Dispositifs parcellaires, peu connus et insuffisamment coordonnés
- Accessibilité des gares (SNCF et routières)
- Réflexion à porter sur l'organisation globale des transports



2-Dispositif d'accompagnement à domicile

Diagnostic régional :

- L'aide à domicile repose d'abord sur les aidants naturels.

⇒ 75% des bénéficiaires de l'APA recevraient une aide de leur entourage.

Les aides apportées par les services viennent en complément et rarement en substitution.

- Le maintien à domicile favorisé par la mise en place de l'APA et de la PCH (taux de bénéficiaires supérieurs au taux national) : En LR : 61 820 bénéficiaires de l'APA, dont 42 332 à domicile, 6 642 bénéficiaires de la PCH/ACTP

- De nombreux acteurs, pas toujours bien coordonnés : les services à la personne (115 SAD "autorisés", 108 SSIAD, 38 SAVS, 10 SAMSAH), 1000 places d'AJ et d'HT, 356 accueillants familiaux, les CCAS et CIAS, de nombreux professionnels de santé, l'HAD, les CLIC, 2 réseaux gérontologiques (Haute vallée de l'Aude (11) et Conflent (66)).

- Le secteur des services d'aide à la personne : un secteur atomisé, de plus en plus concurrentiel, en fragilité économique, développement du gré à gré

- Un effort important de développement des services (SSIAD, SAVS, SAMSAH) au cours des 5 dernières années

- Un élément qui favorise la politique de maintien à domicile en LR : la région est bien pourvue en professionnels de santé libéraux, notamment en IDE.

- La prévention et la préservation de l'autonomie est insuffisamment prise en compte par l'ensemble des décideurs et par les acteurs.

Difficultés / Points de vigilance

- Lisibilité insuffisante du dispositif de maintien à domicile par territoire

- Deux univers étanches : le monde du domicile et celui des institutions ⇒ Nécessité de décroisonner

- Les dispositifs de soutien aux aidants demeurent peu répandus, cloisonnés et mal adaptés aux besoins

- Le dispositif d'accueillants familiaux reste peu développé dans la région

2-Dispositif d'accompagnement à domicile

Diagnostic territorial AUDE

Un territoire bien équipé pour répondre au besoin d'accompagnement à domicile :

PA : Un bon taux d'équipement en SSIAD (20,61 pour mille PA75 sensiblement supérieur à la moyenne nationale (19 pour mille), de nombreux services à domicile (32 SAD) avec une bonne couverture (pas de zones blanches théoriques), un dispositif d'accueil de jour qui est monté en charge, 1 réseau gérontologique dans la haute vallée de l'Aude. Un réseau de soins palliatifs dans l'ouest audois (ROADS).

PH : 7 places de SSIAD PH, 250 places de SAVS réparties sur 4 services et 2 SAMSAH : 1 pour handicap psychique et un pour handicap moteur)

85 accueillants familiaux agréés PA/PH, dispositif particulièrement bien développé dans l'Aude.

Le fonctionnement des 5 CLIC est jugé satisfaisant, pas d'intervention systématique à domicile, mais beaucoup d'actions de coordination.

Convention 2010-2012 entre l'Etat, la CNSA et le Conseil Général visant à moderniser et professionnaliser les services à domicile

Protection des PA en danger : le Conseil Général s'est doté d'un service qui suit les signalements des PA et PH à domicile.

Difficultés / Points de vigilance

2 freins au maintien à domicile :

- la densité de professionnels libéraux est inférieure à la moyenne nationale
- les petits propriétaires agricoles retraités de la MSA ont souvent des difficultés financières pour entretenir ou adapter leur logement ⇒ difficulté pour les maintenir à domicile.

2-Dispositif d'accompagnement à domicile

Diagnostic territorial GARD

Diagnostic réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma de l'Autonomie du Gard piloté par le Conseil Général

Une offre d'accompagnement à domicile qui s'est fortement développée :

Alternative à l'hébergement : plus de 400 places d'AJ et HT PA sur le territoire, inégalement répartis sur le département, surtout pour l'hébergement temporaire (près de la moitié des lits d'HT se trouvent dans la zone Cevennes-Aigoual)

Secteur PH : développement plus marqué de l'accueil temporaire

La couverture en SSIAD PA semble satisfaisante sur le territoire aujourd'hui.

112 accueillants familiaux agréés PA/PH pour 255 places au total. Nécessité de diversifier la palette de prise en charge PA/PH : accueil temporaire (pendant les vacances) ou séquentiels (pendant le week-end).

Services à domicile PA : 200 services agréés DIRECCTE et 16 autorisés par le Conseil Général

Services à domicile PH : une offre assez étoffée : 76 places de SSIAD PH, 311 places de SAVS et 47 places de SAMSAH (3 SAMSAH : 2 pour handicap psychique, et 1 pour handicap moteur). 1 SAMAD (service de type samsah) pour les traumatisés crâniens à Nîmes, 1 service d'accueil de jour pour handicapés psychiques à Nîmes, 1 service expérimental pour personnes lourdement handicapées à Alès.

Éléments du schéma de l'autonomie 2011-2014 élaboré par le Conseil Général

Garantir la qualité et diversifier l'offre de services au plus près de l'évolution des besoins, notamment par:

- la promotion d'une offre de prise en charge alternative et décloisonnée, appuyée sur les établissements et services: garde itinérante de nuit, accueil de jour itinérant, habitat alternatif et accueil familial
- la structuration d'outils de coordination des intervenants à domicile et de travail en réseau
- le soutien des actions de maintien du lien social
- l'amélioration de la qualité des prises en charge

2-Dispositif d'accompagnement à domicile

Diagnostic territorial HERAULT

Une offre d'alternative à l'hébergement qui reste à développer sur le secteur PA :

Un taux d'équipement en SSIAD de 17,22 pour mille PA>75 ans sensiblement inférieur à la moyenne nationale (19 pour mille) avec d'importantes disparités infra territoriales : écarts de 1 à 2,5

189 places d'AJ et 118 places d'HT pour PA.

95 accueillants familiaux agréés PA/PH

L'offre d'accompagnement à domicile pour adultes handicapés la plus développée de la région : environ 100 places de SSIAD PH, 13 SAVS (661 places) et 3 SAMSAH (61 places)

Repérage d'un besoin d'une offre de service entre l'accueil en structure et le domicile notamment par l'accueil familial mais nombre de places insuffisant

Nécessité d'évaluation du fonctionnement des CLIC

Éléments du schéma gérontologique 2008-2012 élaboré par le Conseil Général

- Améliorer l'accessibilité (logement et transports)
- Reconnaître les métiers de l'aide à domicile
- Encourager des alternatives à l'accueil permanent
- Accompagner les aidants (soutien à domicile)

2-Dispositif d'accompagnement à domicile

Diagnostic territorial LOZERE

La Lozère, un territoire qui cherche à dynamiser l'accompagnement à domicile :

- Le fonds départemental de compensation géré par la MDPH permet de financer les aides techniques nécessaires au maintien à domicile (fauteuils, prothèses...), l'aide à l'adaptation des logements
 - Création d'un SAMSAH de 15 places, d'un SSIAD-PH de 14 places, d'un Centre d'accueil de jour de 8 places et d'un GEM
- Un taux d'équipement en SSIAD de 20 pour mille PA75 légèrement supérieur à la moyenne régionale
 3 grandes associations d'aide ménagère (ALAD, Présence rurale 48, ADMR) + 2 entreprises agréées
 6 accueillants familiaux agréés PA/PH
 Montée en charge progressive de l'accueil de jour et temporaire : PA : 19 places d'AJ sur 4 établissements et 7 places d'HT
 PH : 12 places d'AJ en MAS/FAM
 Un CLIC départemental qui fonctionne bien

Difficultés / Points de vigilance

Les insuffisances relevées sont :

- manque de couverture de l'aide à la personne dans les secteurs isolés
- besoins de formation et compétence
- gardes de nuit
- Manque de transports spécifiques et de logement adapté

Eléments du schéma départemental Adultes PH 2008-2013 élaboré par le Conseil Général :

- Développer des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire : 5 places d'AJ en FV, 4 places d'AJ en FAM et 1 place d'AT en FAM.
- Créer des appartements de transition permettant un assouplissement des dispositifs existants: échéance 2012.
- Développer le nombre de familles d'accueil agréées pour personnes handicapées
- Créer un centre d'accueil temporaire régional : Etablissement et d'accueil temporaire d'urgence (24 places)
- Faciliter les rapports entre les patients et les professionnels de santé au moyen de technologies de l'information et de communication (TIC) et de vidéoconférences : Non réalisé
- Mettre en place un fascicule de présentation des différents registres d'accompagnement à domicile : En cours - Site Réseau Santé Précarité réalisé

2-Dispositif d'accompagnement à domicile

Diagnostic territorial PYRENEES-ORIENTALES

Trois secteurs isolés et avec un forte population âgée : Les Fenouillèdes, le Conflent et le Haut-Vallespir

Un dispositif d'alternative à l'hébergement permanent (AJ et HT) adossé à des EHPAD qui fonctionne plutôt mal (taux d'occupation très faible et utilisation de lits d'HT en hébergement permanent)

En revanche, les AJ autonomes fonctionnent mieux et font le plein

Le département dispose de 20 SSIAD qui couvrent l'intégralité du territoire. Taux d'équipement satisfaisant.

64 accueillants familiaux agréés PA/PH, qui accueillent 137 personnes âgées/handicapées, dont 2 en accueil temporaire

Les SAD existants suffisent à répondre à la demande sur l'ensemble du territoire malgré une tension dans les zones isolées, avec une problématique de maintien d'activité dans un contexte de crise du secteur

Un réseau gérontologique sur le territoire du Conflent qui rend un réel service

Éléments du schéma gérontologique 2007-2012 et du schéma des solidarités 2011-2015 élaboré par le Conseil Général

- Un souhait majoritaire du maintien à domicile, et d'une offre plus souple et plus diversifiée
- Développer des projets partenariaux de type « plateformes de services »
- Introduire d'avantage de souplesse et une plus grande alternance entre domicile et établissement = Développer une offre d'accueil séquentiel Réflexion à engager sur ces modalités de prise en charge
- Réaliser une étude pour mieux connaître les besoins et attentes des PH à domicile
- Professionnaliser les SAD pour améliorer la qualité du service rendu
- Orientation n°3 du schéma gérontologique : Soutenir les aidants familiaux



2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Un dispositif médico-social spécifique prend en charge les personnes vulnérables du fait de leurs addictions d'atteintes par des maladies et rendues vulnérables par la précarité sociale. La précarité accompagne très fréquemment la maladie chronique grave ou invalidante, qu'elle en soit une conséquence ou un des déterminants.

- Dispositif de prise en charge **des addictions** qui comprend les :

- Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), avec ou sans accueil résidentiel, et les Consultations jeunes consommateurs;
- Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD);

- Dispositif de prise en charge **des personnes en situation de précarité ou vulnérables et atteintes de maladies graves et/ou invalidantes**. Ce sont les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT), qui n'ont pas vocation à accueillir les malades mentaux (ne se substituent pas aux missions des secteurs de santé mentale) et n'accueillent les personnes présentant des addictions que du fait des co-morbidités (ne se substituent pas au dispositif de soins résidentiels en addictologie);

- Dispositif des Lits Halte Soins Santé (LHSS) de prise en charge **des personnes en grande précarité**, sans chez eux et nécessitant des soins du fait de pathologies intercurrentes.

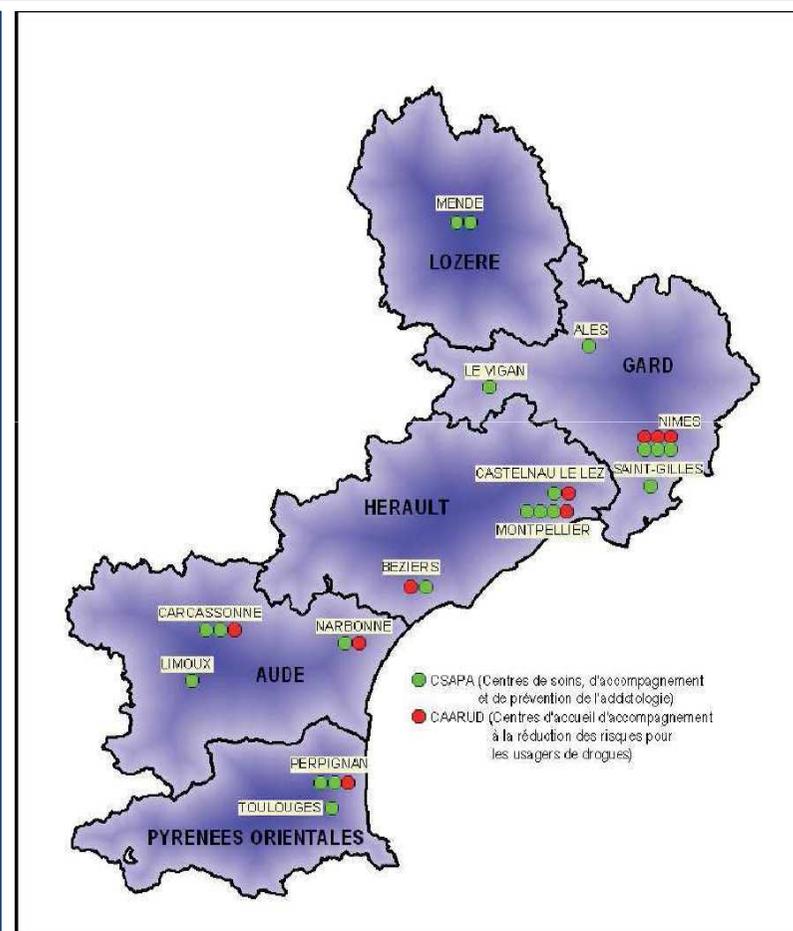


2- Personnes à vulnérabilité spécifique

1-1 Etat des lieux de l'équipement médico-social en addictologie

Des zones blanches ou mal couvertes

- Aude** Haute vallée de l'Aude, Est Audois (Lézignan Corbières) Port La Nouvelle
- Gard** Beaucaire / Saint Gilles / Aigues Mortes, Nord ouest du département (Bagnols/C), Nord du département, les Cévennes
- Hérault** Zones blanches : Bassin de Thau, Le Lunellois, Nord Est du 34 (Pic saint Loup, Cévennes, Ganges)
Zones fragiles : Haut Languedoc (Bédarieux St Pons), Pays cœur d'Hérault (Clermont, Lodève)
- Lozère** Zone blanche des Cévennes
Zones très fragiles : Langogne, St Chély, Marvejols, Florac
 Nécessité de portage fort de la réduction des risques par le CSAPA
- P O** Les Albères , le Fenouillèdes, le Pays Cerdan





2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Etat des lieux de l'AUDE

4 CSAPA - dont 2 résidentiels- 7 antennes, ouvertes en général 3h/ semaine

Limoux (Toxicomanie) CSAPA résidentiel, antennes Castelnaudary, Quillan

Carcassonne (Alcoologie) antennes Castelnaudary, Quillan, Limoux, à Carcassonne UCSA – 4 CHRS

Carcassonne (Généraliste) avec appartements, antenne Narbonne (5 jours / semaine)

Narbonne (Alcoologie)

1 CAARUD

Carcassonne antenne Narbonne

Hôpitaux : 2 ELSA et 2 consultations hospitalières - Carcassonne et Narbonne

Activité prévention des CSAPA

- essentiellement en milieu scolaire, professionnel (métiers de bouche, apprentis) et dispositif insertion
- évènements festifs, afflux estival

Des zones mal couvertes :

Haute vallée de l'Aude (Quillan), est-audois (Lézignan Corbières) et Port la Nouvelle



2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Etat des lieux du GARD

6 CSAPA – dont 2 résidentiel - 8 antennes , ouvertes de 4h à 40h / semaine

Le Vigan Equipe mobile, Saint Hyppolite, Lasalle
Nîmes (Toxicomanie) Uzès, Ales , Sommières, CJC à Alès
Nîmes (Généraliste) – CHU
Nîmes (Alcoologie) Vauvert, Alès, Bagnols/Cèze
Saint Gilles (Généraliste) Communauté thérapeutique, Appartements mères enfants
Alès CSAPA résidentiel, Accueil familial thérapeutique

3 CAARUD

Nîmes Antenne Alès, équipe mobile, milieu festif, milieu carcéral
Nîmes Zone Sud du département
Nîmes Antennes Uzès et Sommières, réseau d'officines, programmes d'échange de seringues

2 associations de prévention et réduction des risques exerçant les missions (Vauvert, Bagnols / C)

Hôpitaux : 3 ELSA et 34 consultations hospitalières - CHU Nîmes et le Grau du Roi, CH d'Alès, CH de Bagnols/C.

Activité prévention des CSAPA : toutes structures sauf CHU, en direction des scolaires, dispositif d'insertion, entreprise et apprentissage , évènements festifs, fêtes votives.

Des zones en difficultés : Bagnols/C, Beaucaire, Saint-Gilles, Aigues Mortes, Nord Ouest du département.



2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Etat des lieux dans l'HÉRAULT

6 CSAPA - dont deux résidentiels - **13 antennes**, d'amplitude d'ouverture de 2 h à 35h / semaine

Montpellier (Alcoologie)	Sète, Frontignan, Clermont l'H, Pézenas, Camon, CHRS de Mtp, UCSA
Montpellier (Alcoologie)	CSAPA résidentiel
Montpellier (Toxicomanie)	Sète, Lunel, Clermont l'H, Jeunes Mtp, UCSA
Béziers (Généraliste)	Agde, Bédarieux, Jeunes, UCSA
Montpellier (Généraliste)	CSAPA résidentiel
Montpellier (Toxicomanie)	CHU

1 association « de prévention » assurant les missions en périphérie de l'agglomération de Montpellier

3 CAARUD

Béziers	2 équipes mobiles, 1 équipe de rue, 1 accueil femmes, 1 milieu carcéral, milieu festif
Montpellier	CAARUD femmes
Montpellier	2 équipes mobiles, 1 équipe de rue, 1 milieu carcéral, fêtes votives, milieu festif

Hôpitaux : **3 ELSA et 3 consultations** – Montpellier, Sète et Béziers

Activité de prévention des CSAPA

Scolaires, dans une moindre mesure apprentissage et formation professionnelle

Zones en difficulté Lunel, Pays cœur d'Hérault, Sète et le bassin de Thau, Bédarieux St Pons



2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Etat des lieux en LOZÈRE

1 CSAPA (Généraliste) – 4 antennes, ouvertes 2h/semaine

Mende (Généraliste)

Marvejols, Florac, Langogne, St Chély
 Consultation jeune consommateur
 Permanences CHRS

Animateur du réseau d'acteurs locaux,
 porteur du médiateur santé

Travail en réseau avec MLI

Assurant la réduction des risques

Sanitaire : ELSA au CH de Mende
 SSR post cure alcool

Activité de prévention du CSAPA : en lien avec associations et réseau précarité, entreprises, jeunes hors scolaire

Fragilité des Cévennes spécifiquement, de l'accès à la réduction des risques

Etat des lieux dans les PYRÉNÉES ORIENTALES

2 CSAPA – 3 antennes

Perpignan (Alcoologie) Prades, Céret, Université
Perpignan (CH de Thuir) (Toxicomanie)

1 Consultation jeune consommateur

1 CAARUD

Perpignan 1 équipe mobile, 1 programme prison,
 1 programme officines, 1 accueil femmes,

Travail en réseau avec sages-femmes (ASF) pour grossesses et addictions

Hôpitaux : ELSA et consultation Perpignan
 Manque de lits de sevrage.

Activité prévention des CSAPA

Réseau d'acteurs, en direction des scolaires, des CUCS (ateliers santé ville et projets de quartiers)

Zones non couvertes Les Albères, le Plateau Cerdan, le Fenouillèdes



2- Personnes à vulnérabilité spécifique

1-3 Atouts et faiblesses

En termes d'activité des structures

- Turn-over important des personnes accueillies et certaine discordance entre observations du terrain et données sur les conditions sociales des personnes
- Poids des poly consommations , alcool en « toile de fond ».

Un dispositif de prise en charge médicosocial étoffé mais

- ne couvrant pas le territoire : redéploiement, antennes et accroche au panier de service de proximité à concevoir
- Insuffisamment coordonné avec les établissements sanitaires et les médecins et professionnels de premier recours
- encore très spécialisé

Une carence de soins résidentiels (communauté thérapeutique, familles d'accueil, appartements relais) dans une région où par ailleurs l'accès à un logement ou un hébergement est extrêmement difficile.

Pas de réponse aux besoins des « routards », population souvent jeune en grande errance et exclusion, particulièrement concentrée à Montpellier, lieu de passage.

Un dispositif de réduction des risques (RDR) insuffisant en couverture territoriale, concerté dans les seuls PO et Gard, avec difficulté d'accès géographique (Cévennes, Lozère...) ou grande exclusion, et pas d'accès à la méthadone des plus marginalisés

Une articulation qui demande à être étayée et généralisée avec

- CDAG et CIDIST
- centres de vaccination
- hépatologues

Au niveau sanitaire :

Une Equipe de liaison en addictologie (ELSA) à faire vivre dans tous les hôpitaux sièges de SAU

Peu de problèmes d'accessibilité à la méthadone mais besoin de partage (recommandations, pratiques) et de « chainage » en relais délivrance hospitalière et/ou médico-social puis ville

Pas d'alternatives à l'hospitalisation et de possibilité de prise en charge (accompagnement) à domicile en particulier des troubles neurocognitifs induits (SAMSAH et SAVS)

Une articulation entre réseau périnatal et dispositif addictions sur le territoire, à consolider notamment dans les PO.

Peu de liens avec le dispositif de santé mentale, des lieux d'accueil des jeunes travaillant souvent insuffisamment en réseau avec la santé mentale et l'addictologie

D'une manière générale, peu d'implication des généralistes

posant problème notamment pour le repérage précoce et une prise en charge rapide (RPPR)

En matière de prévention

- Plus d'actions ciblant l'information et privilégiant l'approche produit que l'éducation à la santé
- Faiblesse de repérage et de prise en charge des troubles des conduites, des conduites à risque, des vulnérabilités (jeux dangereux, conduites alimentaires)
- Et la nécessité de redéfinir et recentrer le rôle des équipes de prévention des CSAPA dans des projets locaux redéfinis

Des moyens d'observation quasiment inexistants

Observation indirecte (activité de dispositifs multiples), pas de dispositif régional de veille, peu de données sur les usages et les usagers

3- Glossaire

AAH	: Allocation Adulte Handicapé	IME	: Institut Médico-Educatif
ACTP	: Allocation Compensatrice pour l'aide d'une Tierce Personne	IMPRO	: Institut Médico-Professionnel
AEEH	: Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé	ITEP	: Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
AGGIR	: Grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources	MAS	: Maison d'Accueil Spécialisée
AJ	: Accueil de jour	MDPH	: Maison Départementale des Personnes Handicapées
	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services	MSA	: Mutualité Sociale Agricole
ANESM	: sociaux et Médico-sociaux	PA	: Personne Agée
APA	: Allocation Personnalisée à l'Autonomie	PASA	: Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
ARS	: Agence Régionale de Santé	PH	: Personne Handicapée
AVS	: Auxiliaire de Vie Scolaire	PCH	: Prestation de Compensation pour la Personne Handicapée
CAARUD	: Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue	PRAPS	: Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
CAMSP	: Centre d'Action Médico-Sociale Précoce	PRITH	: Programme Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés
CASF	: Code de l'Action Sociale et des Familles	PMI	: Protection Maternelle et Infantile
CCAS	: Centre Communal d'Action Sociale	PPS	: Projet Personnalisé de Scolarisation
CLIC	: Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique		: Programme Interdépartemental d'ACcompagnement du Handicap et de la Dépendance
CLIS	: Classe d'Intégration Scolaire	PRIAC	: Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce
CMP	: Centre Médico-Psychologique	SAFEP	: Service d'Accompagnement Médico-social pour Adulte Handicapé
CMPP	: Centre Médico-Psycho-Pédagogique	SAMSAH	: Service d'Accompagnement à la Vie Autonome
CNSA	: Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	SAVA	: Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
CPAM	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie	SAVS	: Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
CROP	: Centre Régional de l'Ouïe et la Parole	SESSAD	: Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale
CSAPA	: Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie	SROMS	: Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire
DDCS	: Direction Départementale de la Cohésion Sociale	SSEFIS	: Service de Soins Infirmiers à Domicile
DIRECCTE	: Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi	SSIAD	: :
EHPAD	: Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	TCC	: Trouble du comportement et du caractère
ESAT	: Etablissement et Services d'Aide par le Travail	UHR	: Unité d'hébergement Renforcée
ESMS	: Etablissement et Service Médico-Sociaux	UPI	: Unité Pédagogique d'Intégration
FAM	: Foyer d'Accueil Médicalisé	UTASI	: Unité Territoriale d'Action Sociale et d'Insertion
FO	: Foyer Occupationnel		
GIR	: Groupe Iso Ressources		
HAD	: Hospitalisation à domicile		
HAS	: Haute Autorité de Santé		
HT	: Hébergement temporaire		

Offre de soins

d'Organisation
Médico-Sociale



Prévention

ars
● Agence Régionale de Santé
Languedoc-Roussillon