

SROMS

Schémas régionaux

Schéma régional
d'organisation
médico-sociale



Sommaire



> État des lieux en résumé	5
> Objectifs et actions du schéma régional d'organisation médico-sociale 2012/2016	13
> Volet territorial du schéma régional d'organisation médico-sociale	73

RAPPEL DU CADRE RÉGLEMENTAIRE ET PÉRIMÈTRE DU SCHÉMA

La loi du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) confère aux Agences régionales de santé, mises en place le 1^{er} avril 2010, une compétence large et nouvelle dans le champ médico-social, la région devenant désormais le niveau de droit commun en matière de planification dans ce secteur d'activité.

Ainsi, à la compétence exclusive jusqu'ici reconnue aux Conseils généraux, s'ajoute un deuxième niveau de planification, au titre des domaines relevant de la seule compétence de l'ARS ou de la compétence partagée avec les Conseils généraux.

Ce schéma s'inscrit dans une démarche plus large de construction d'une politique régionale de santé globale et décloisonnée.

L'élaboration et la mise en œuvre de cette politique s'appuient, en effet, sur le Projet Régional de Santé (PRS), défini par le décret du 18 mai 2010²¹.

Adopté pour 5 ans (2012-2016), il comprend un Plan Stratégique Régional de santé (PSRS), trois schémas - prévention, organisation des soins (soins ambulatoires et hospitaliers), organisation médico-sociale - ainsi que plusieurs programmes d'action.

Il est réalisé en concertation avec l'ensemble des professionnels et des usagers, dans un souci d'efficacité et de transparence.

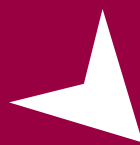
Le SROMS est un schéma de « première génération » à caractère nécessairement perfectible, dont les enjeux majeurs demeurent l'articulation avec les orientations départementales²², dans les champs de compétence partagée et la recherche de cohérence et de coordination avec les autres secteurs d'intervention de l'ARS (prévention, soins ambulatoires et hospitaliers).

21. Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé

22. Le SROMS doit être réalisé au regard des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie (loi HPST, art. L 1434-12 du code de la santé publique). Il prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, mais aussi les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le PRS (décret du 18 mai 2010, art. R. 1434-6 du code de la santé publique).



État des lieux en résumé



Sommaire

- 1 - Les ressources disponibles 6
 - > A - L'équipement existant 6
 - > B - Les dépenses d'assurance
maladie mobilisées 7
- 2 - Les besoins identifiés 8
 - > A - En termes de parcours de la personne . . 8
 - > B - En termes de réponses spécifiques . . . 10
 - > C - En termes d'accessibilité aux dispositifs . .11
 - > D - En termes de leviers d'actions
à promouvoir 12

Pour faciliter la compréhension du SROMS et son appropriation, le diagnostic régional est présenté, à ce stade, sous forme d'une synthèse, mettant l'accent sur les constats et analyses à l'origine de la structuration du schéma, en particulier le choix des objectifs et des actions. Cependant, l'état des lieux intégral reste immédiatement accessible car il constitue le point 2 de la partie Annexes.

1 - LES RESSOURCES DISPONIBLES

A. L'ÉQUIPEMENT EXISTANT

A.1. L'offre médico-sociale pour les enfants et adolescents handicapés

Au regard des financements d'ores et déjà acquis d'ici le 31/12/2013, l'équipement aquitain totalise 7805 places en établissements et services médico-sociaux, soit un taux d'équipement de 10,19 places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans.

En dépit de 669 nouvelles places créées au cours des six dernières années, le ratio d'équipement total ne progresse pas (10,8 en 2006) en raison de l'augmentation, dans le même temps, du nombre de jeunes dans la région.

En ce qui concerne l'offre institutionnelle pour les enfants et adolescents, les départements aquitains apparaissent correctement équipés en structures pour jeunes déficients intellectuels et pour jeunes présentant des troubles du comportement.

Tous les départements offrent également une prise en charge en institution pour les jeunes autistes, bien que celle-ci demeure encore insuffisante au regard des besoins à couvrir.

Par ailleurs, alors que quatre d'entre eux disposent de structures pour jeunes polyhandicapés, le territoire des Landes en est dépourvu.

L'offre pour les enfants handicapés est également tournée vers l'accompagnement en milieu ordinaire, représentant 25 % de l'équipement total en faveur des jeunes, avec toutefois des différences entre départements.

Ainsi, l'équipement en SESSAD est bien développé en Dordogne, Landes, Lot-et-Garonne et Béarn-Soule. En revanche, le taux d'équipement demeure faible en Gironde et, dans une moindre mesure, en Navarre-Côte basque.

S'agissant de l'offre d'accompagnement pour enfants déficients sensoriels, les places en établissement sont présentes en Gironde mais les places de services à domicile sont désormais réparties dans l'ensemble des départements pour les jeunes déficients auditifs.

Pour les jeunes déficients visuels, le département du Lot-et-Garonne est quant à lui dépourvu de places de SESSAD.

Malgré la couverture globale de toutes les déficiences, des écarts assez importants persistent entre les départements aquitains, les Landes présentant des taux d'équipement sensiblement inférieurs aux moyennes régionales.

A.2 - L'offre médico-sociale pour les personnes adultes handicapées

Le niveau d'équipement de la région est globalement correct, tant en établissements qu'en services, à l'exception de la Gironde, dont les taux d'équipement en MAS et FAM demeurent en-dessous de la moyenne régionale, et des Pyrénées-Atlantiques qui accusent toujours un retard pour la prise en charge en FAM.

L'offre de services d'accompagnement médicalisé, en SAMSAH et SSIAD, se développe progressivement avec notamment un effort à poursuivre dans les départements de la Gironde, pour les deux types de prise en charge et, dans celui des Pyrénées-Atlantiques, en faveur des SAMSAH sur le territoire de Béarn-Soule et pour les SSIAD sur le territoire de Navarre Côte basque.

Les structures médico-sociales de l'Aquitaine pour adultes handicapés bénéficient aux personnes de la région. Ainsi, 80 % des aquitains sont originaires du même département que leur établissement ; mais 12 % sont accueillis ailleurs qu'en Aquitaine, dont 10 % ailleurs que dans les départements limitrophes de la région.

La moitié des aquitains pris en charge hors région sont accueillis dans des ESAT, des foyers occupationnels ou des foyers de vie pour adultes handicapés.

A.3. L'offre médico-sociale pour les personnes âgées

En ce domaine, des disparités apparaissent entre les territoires ; ceux qui présentent les taux d'équipement globaux les plus faibles sont la Gironde et la Navarre-Côte basque, sachant qu'ils disposent d'une offre libérale infirmière plus importante.



L'équipement en SSIAD évolue positivement dans l'ensemble des territoires aquitains, à l'exception toutefois du territoire de Navarre - Côte Basque, qui bénéficie d'un niveau élevé d'offre libérale.

Le niveau d'équipement des territoires en accueil de jour apparaît relativement homogène, même si le Lot-et-Garonne et la Gironde, dans une moindre mesure, présentent des taux supérieurs à la moyenne régionale.

Le territoire de la Dordogne affiche un ratio au-delà de la moyenne régionale (107,69 contre 97,30). Tous les autres territoires aquitains présentent un taux d'équipement inférieur, et tout particulièrement ceux de la Gironde et Béarn-Soule, avec les ratios les plus faibles.

Enfin, même si l'offre en hébergement temporaire continue à progresser dans l'ensemble des territoires, les écarts se creusent, au détriment de la Dordogne et des Landes.

A.4. L'offre médico-sociale en direction des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Cette offre se décline en deux volets :

- > l'offre médico-sociale en addictologie, qui comprend les communautés thérapeutiques, les consultations pour jeunes consommateurs de substances psycho-actives (CJC), les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers des drogues (CAARUD), les appartements de coordination thérapeutique (ACT) et, enfin, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Cette offre globale est répartie dans l'ensemble de la région, à l'exception des communautés thérapeutiques implantées en Gironde et Dordogne exclusivement.
- > l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de précarité : les lits halte soins santé (LHSS), qui constituent une offre présente sur l'ensemble des territoires, mais restent de faible importance (36 lits financés au 31/12/2010 pour la région).

B. LES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE MOBILISÉES

B.1 - Les personnes handicapées- enfants et adultes

Dans le champ des personnes handicapées, les dépenses régionales sont en augmentation et dépassent désormais, depuis 2010, la moyenne nationale. Elles présentent toutefois de fortes disparités entre territoires, notamment dans le champ des adultes handicapés.

La dépense régionale totale augmente sur la période et se situe désormais au-delà de la moyenne nationale. Comparable à la moyenne nationale en 2009 (160 €), le coût moyen régional progresse en 2010 (174 € contre 167 €). Toutefois, cette réalité recouvre de fortes disparités entre les territoires aquitains.

En effet, on relève une large fourchette régionale, qui se creuse sur la période considérée. Ainsi, les écarts entre le territoire de la Dordogne (montant de dépenses le plus élevé) et le territoire des Landes (montant de dépenses le plus faible) sont proches de 130 € en 2009 et 150 € en 2010.

Pour les enfants handicapés, les écarts enregistrés sont favorables à trois territoires aquitains : Dordogne, Béarn-Soule et Navarre-Côte basque. Le territoire de la Gironde, qui enregistre une dépense par habitant parmi les plus élevées en 2009, se rapproche de la moyenne régionale en 2010.

Les coûts moyens pour les enfants en Lot-et-Garonne évoluent favorablement et se situent désormais au-delà du coût moyen régional (411 contre 406). Quant au département des Landes, il présente la dépense par habitant la plus faible de la région et ce constat persiste sur la période considérée.

Pour les adultes handicapés, tous les territoires se caractérisent par une augmentation de la dépense mais sans modification des écarts antérieurs.

Ainsi, le territoire de la Dordogne et le territoire de Navarre-Côte basque progressent et affichent toujours une dépense supérieure aux moyennes régionale et nationale.

La dépense du territoire Béarn Soule diminue légèrement pour se situer dans la moyenne régionale ; il en est de

même pour le territoire du Lot-et-Garonne, qui se maintient à ce même niveau.

Les dépenses des territoires des Landes et de la Gironde demeurent les plus faibles.

B.2 - Les personnes âgées de 75 ans et plus

Les dépenses régionales sont inférieures à la moyenne nationale, mais présentent selon les territoires des disparités marquées tenant essentiellement au niveau de la dépense libérale.

La dépense régionale totale se maintient en deçà de la moyenne nationale (1781 € contre 1829 € en 2009 et 1837 € contre 1901 € en 2010). Cependant, cette réalité recouvre des disparités entre les territoires.

La fourchette régionale des coûts est relativement large, car en 2010 les écarts entre le Lot-et-Garonne (montant de dépenses le plus faible) et les territoires de Navarre-Côte Basque et de Gironde avoisinent respectivement 400 € et 300 €.

Les coûts moyens globaux de Navarre-Côte Basque et de Gironde continuent de progresser de manière significative, en raison principalement de l'accroissement des dépenses d'AIS, reflétant ainsi le niveau élevé de l'offre infirmière libérale dans ces deux territoires (597 € pour le premier et 559 € pour le second, contre une moyenne de 366 € pour l'Aquitaine et 290 € pour la France).

En revanche, en Dordogne (91 €) et dans une moindre mesure dans les Landes (127 €), les possibilités de recours aux infirmiers libéraux sont limitées, mais elles sont en partie compensées par un taux d'équipement en SSIAD plus élevé.

En revanche, la dépense totale du territoire de Béarn-Soule se tasse, et se situe désormais en deçà du coût moyen régional (1763 contre 1837).

Quant à la dépense médico-sociale stricte, relative au fonctionnement des EHPAD, des EHPA et des SSIAD en Aquitaine, elle connaît une progression plus ou moins marquée selon les territoires, à l'exception de celui de Béarn-Soule, mais se situe toujours en deçà de la moyenne nationale (1331 € en Aquitaine, contre 1433 € au niveau national).

Seul le territoire de la Dordogne, avec une dépense médico-sociale s'élevant à 1491 €, affiche toujours une dépense supérieure aux moyennes régionale et nationale.

La fourchette des coûts est assez large, avec un écart atteignant plus de 200 €, entre les territoires de la Dordogne, dépense la plus élevée, et celle des Landes, la plus faible (1280 €).

2 - LES BESOINS IDENTIFIÉS

A. EN TERMES DE PARCOURS DE LA PERSONNE

A.1 La prévention et le diagnostic précoce

La prévention et le diagnostic précoce sont deux axes largement reconnus comme essentiels dans la mise en place d'une politique médico-sociale efficace.

S'agissant des enfants, les missions des CAMSP et des CMPP s'inscrivent tout à fait dans cette logique. Or, des difficultés d'accès à ces dispositifs sont parfois identifiées en raison d'un maillage du territoire insuffisant et d'un encombrement des services, notamment dû à l'absence de relais pour réorienter certains enfants avec des pathologies lourdes, telles que des TED.

L'offre des SESSAD est également à élargir avec une demande particulière autour des troubles spécifiques des apprentissages, les « dys », et pour les tout-petits de 2-6 ans présentant des troubles du comportement.

Pour les personnes âgées, la poursuite du maillage du territoire par les CLIC est souhaitée ainsi que le renforcement de leurs missions en termes de suivi du plan d'aide et de coordination.

Par ailleurs, davantage de consultations mémoire seraient nécessaires pour un diagnostic précis et une prise en charge adaptée des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

A.2 La scolarité des enfants handicapés en milieu ordinaire

Au cours de l'année 2010-2011, 9000 élèves handicapés étaient scolarisés en milieu ordinaire en Aquitaine, soit une augmentation de 30 % par rapport à 2007. Globalement, 33 % des élèves handicapés du primaire sont scolarisés dans des CLIS et 28 % de ceux du secondaire sont en ULIS.

Dans certains territoires, ces dispositifs spécialisés de l'Éducation nationale, CLIS et ULIS, malgré les efforts opérés ces dernières années, sont encore jugés en nombre insuffisant. En outre, certains publics ne sont pas assez pris en compte, comme les élèves présentant des TED, ou des troubles « dys ».

Les moyens humains, AVS et enseignants spécialisés indispensables pour accompagner ces scolarisations seraient à renforcer.



De leur côté, les services de l'Éducation nationale déplorent que la solution scolaire soit parfois la seule réponse mise en œuvre, notamment pour des jeunes qui présentent d'importants troubles du comportement ; or, cette réponse exclusive apparaît insuffisante.

Les SESSAD ne sont pas toujours suffisamment développés notamment dans leur couplage avec les CLIS et les ULIS ou pour certains types de handicap. Le renforcement du partenariat avec les services de pédopsychiatrie (CMP ou CATTP) pour des enfants en risque de déscolarisation est également jugé nécessaire.

A.3 L'emploi et la formation professionnelle des adultes handicapés en milieu ordinaire

En Aquitaine, en 2008, on comptait :

- > 10 300 personnes handicapées salariées dans les entreprises soumises à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Cet effectif est en évolution de 30 % par rapport à 2006 mais 44 % des entreprises concernées n'emploient aucun salarié handicapé.
- > 5 250 personnes handicapées salariées dans la fonction publique (4,6 % des effectifs). Pour atteindre le taux d'obligation légale de 6 %, la fonction publique en Aquitaine devrait recruter 1 800 personnes supplémentaires (155 pour la fonction publique d'État, 575 pour la fonction publique hospitalière, 1 110 pour la fonction publique territoriale).

Les demandeurs d'emploi handicapés sont en Aquitaine au nombre 13 500 fin juin 2009, soit 10 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi contre 7 % au niveau national.

Plusieurs propositions ont été formulées pour améliorer l'insertion professionnelle des personnes handicapées :

- > adapter l'offre de formation et d'accompagnement en fonction des problématiques notamment pour les jeunes issus des ITEP, les personnes en situation de handicap psychique ou présentant des TED
- > organiser les parcours pour éviter des ruptures en mettant en place des partenariats au niveau territorial (établissements et services médico-sociaux, mission locale, Pôle emploi, Cap emploi...)
- > poursuivre le développement des SESSAD pro pour les 16-25 ans et des passerelles vers le milieu ordinaire (SAT hors les murs)
- > renforcer le rôle des CRP : la prestation « préorientation », essentielle pour réussir une reconversion professionnelle, pourrait être proposée dans tous les territoires ; les palettes de formation sont à diversifier notamment en direction des personnes présentant

certains types de difficultés, comme un handicap psychique ou ayant un faible niveau d'études.

A.4 La vie à domicile des personnes handicapées et des personnes âgées

La vie à domicile et sa poursuite, même en situation de handicap ou de montée de la dépendance, nécessite un développement et une évolution de l'offre existante. Les usagers présents lors des réunions territoriales de concertation ont tenu à rappeler leur attachement au libre choix du mode de vie.

Pour mettre en œuvre ce projet de vie dans de bonnes conditions, la progression de l'offre d'accompagnement social et médico-social et de soins à domicile - SAMSAH, SAVS, SSIAD (tant pour personnes âgées que handicapées) - est essentielle, avec le souci d'améliorer le maillage du territoire.

Le développement de cette offre devra aussi se faire en tenant compte de la diversité des publics à accompagner : personnes présentant des TED, en situation de handicap psychique, traumatisées crâniennes, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou encore patients sortants d'hospitalisation...

Un certain nombre d'attentes concernent la nature des prestations et l'organisation des interventions de ces services, notamment un élargissement des plages horaires d'intervention et un renforcement de l'accompagnement social pour certains publics (hygiène personnelle, entretien de l'habitat, activités de socialisation...)

La coordination des différents intervenants, sanitaires, médico-sociaux et sociaux, est également un point essentiel dans la mise en œuvre du maintien à domicile. Une meilleure articulation entre SAD et SSIAD peut être favorisée par la création de SPASAD, ce qui permet d'assurer la cohérence des actions et évite aux aidants d'être confrontés à la multiplicité des interlocuteurs.

La question de l'aide aux aidants tient une large place dans la réflexion autour de la vie à domicile des personnes handicapées et des personnes âgées. Ces aidants sont souvent seuls face aux difficultés, voire en situation d'épuisement. Dans ces conditions, sont attendus :

- > des solutions de répit pérennes dont l'accueil temporaire,
- > des plateformes de ressources constituées de professionnels formés aux pathologies spécifiques et pouvant apporter des conseils sur les aides techniques et aides humaines,
- > des groupes de parole, des formations, une écoute par des psychologues.

A.5 L'adaptation de l'accueil en institution

Afin de mieux répondre aux besoins des personnes accueillies en établissements médico-sociaux, de mettre en place des prestations en adéquation avec leurs handicaps ou pathologies, il est nécessaire de faire évoluer l'offre de service de ces structures.

Pour les enfants et adolescents handicapés, la poursuite de la diversification des modalités d'accueil est souhaitée afin de proposer une palette pouvant répondre à la variété des situations (internat, accueil temporaire, accueil modulé, placement familial spécialisé...).

Une réflexion devrait être par ailleurs engagée afin de s'assurer de l'adéquation des agréments par rapport au public reçu, notamment en termes d'âge et de handicaps ou de troubles.

Pour les adultes, la diversification des modalités d'accueil est également préconisée avec l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. Toujours dans la perspective d'adapter aux mieux les réponses en fonction des besoins, des doubles agréments doivent être prévus dans certaines catégories d'établissements comme par exemple des sections occupationnelles en foyers d'hébergement (qui pourraient ainsi recevoir les travailleurs handicapés passés à temps partiel) ou des sections médicalisées (FAM) en foyers occupationnel (formule qui permet de prendre en compte les besoins de soins des résidents notamment dus à leur avancée en âge).

Pour les personnes âgées, comme pour les autres publics, la diversification des modalités d'accueil doit être développée : hébergement temporaire, accueil de jour ou de nuit, familles d'accueil...

En EHPAD, une attention particulière doit être apportée à la qualité de vie, des soins et des prestations hôtelières avec notamment²¹ :

- > la création d'unités spécifiques (PASA et UHR principalement)
- > une offre d'accompagnement de fin de vie
- > l'amélioration du bâti : soit parce qu'il est inadapté aux publics qui y sont accueillis, soit parce qu'il y a des besoins de rénovation/humanisation

21. La question des ressources humaines est abordée plus loin.

B. EN TERMES DE RÉPONSES SPÉCIFIQUES

B.1 Enfants et adolescents handicapés

- > Les jeunes en difficultés extrêmes, sans solution car exclus de toutes les structures : jeunes cumulant troubles psychiques lourds, gros problèmes socio-familiaux, ayant parfois des comportements violents. Ils nécessitent des réponses mettant en jeu plusieurs intervenants (médico-social, ASE/PJJ et psychiatrie).
- > Les jeunes atteints de TED : des progrès ont été faits à leur bénéfice mais, dans certains territoires, des réponses adaptées mettant en œuvre approche pluridisciplinaire et inclusion scolaire sont encore insuffisantes
- > Les jeunes présentant des troubles cognitifs spécifiques / troubles spécifiques du langage qui constituent un public mal identifié avec des troubles mal connus
- > Les jeunes souffrant de plusieurs troubles associés (comme une déficience intellectuelle et des troubles psychiques ou une déficience motrice et des troubles du comportement).

B.2 Adultes handicapés

- > Les personnes handicapées vieillissantes avec deux profils bien différenciés : les jeunes retraités d'ESAT et les personnes avançant en âge en foyer occupationnel
- > Les personnes handicapées psychiques : une large palette de besoins a été identifiée allant de l'accompagnement en milieu ordinaire (GEM, SAMSAH) à un accueil en institution (MAS et FAM) en passant par du logement adapté et de l'accompagnement vers et dans l'emploi
- > Les personnes autistes ou avec d'autres TED : le passage du secteur enfance vers le secteur adultes est à améliorer. L'offre doit se diversifier. En institution, il est indispensable de prévoir des aménagements et un cadre architectural adaptés (tenant compte des particularités sensorielles). En milieu ordinaire, des SAMSAH spécifiques doivent être mis en place.
- > Les personnes cérébro-lésées et traumatisées crâniennes : il conviendrait de compléter et d'affiner l'offre actuelle à partir d'expériences innovantes



- > Les personnes sortant d'hôpitaux dont certaines encore jeunes avec des polyopathologies très invalidantes
- > Les publics précaires présentant des problèmes de santé notamment troubles psychiques, addictions et pathologies somatiques. Des lits haltes soins santé, des places en FAM et en EHPAD adaptés à ce public sont souhaités

B.3 Personnes âgées

- > Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : de fortes attentes existent autour du développement des PASA, unités aménagées, MAIA et SSIAD spécifiques
- > Les personnes présentant des troubles psychiatriques : ce public n'est pas le bienvenu en EHPAD en raison de problèmes de cohabitation avec les autres résidents. Cet accueil pourrait être facilité par la mise en place de partenariat avec la gériatrie-psychiatrie
- > Les personnes sortant d'hôpitaux : la nécessité de mieux organiser les sorties est largement reconnue avec notamment un séjour dans une résidence d'hébergement temporaire ou un accompagnement sur place dédiée par un SSIAD.
- > Les publics précaires âgés : les mêmes remarques que pour les adultes sont formulées avec le constat d'une montée précoce de la dépendance

C. EN TERMES D'ACCESSIBILITÉ DES DISPOSITIFS

Quel que soit le territoire, l'amélioration de l'accessibilité matérielle aux locaux recevant du public est attendue avec, en particulier, des aménagements pour les personnes à mobilité réduite ou déficientes sensorielles.

D'une manière transversale également, le maillage du territoire pour permettre une réelle offre de proximité est à compléter. Il n'est pas, bien sûr, envisageable de proposer sur chaque bassin de vie une palette complète de services pouvant prendre en compte toutes les situations, mais il convient de réfléchir à deux types de difficultés qui sont évoquées de façon récurrente :

- > le temps de transport pour accéder aux établissements médico-sociaux pour les enfants et les adolescents
- > l'accès aux soins, notamment en zone rurale et pour certains publics handicapés (personnes présentant des TED, trisomiques ou déficientes auditives...) ou pour des personnes âgées ayant du mal à se déplacer. S'agissant de cette question des soins, une préoccupation particulière apparaît autour des soins relatifs à la santé mentale qui pâtissent d'un manque de moyens des services de psychiatrie et d'un partenariat insuffisant entre ces derniers et le secteur médico-social.

Un autre problème, qui touche une part importante des personnes âgées devenues dépendantes, est l'accès financier aux EHPAD : des délais d'admission très longs sont observés pour les places habilitées à l'aide sociale, ce qui a parfois pour effet un maintien à domicile dans un état de dépendance avancé.

D'autres limites sont pointées dans les ressources mobilisables. Ainsi, concernant l'accès à la culture, aux sports adaptés ou aux loisirs des personnes handicapées, le constat est fait d'une offre souvent limitée et d'un accueil parfois mitigé des jeunes en situation de handicap dans les services de droit commun. La question des transports, en particulier en zone rurale, est également largement évoquée (desserte et accessibilité).

D – EN TERMES DE LEVIERS D’ACTION À PROMOUVOIR

Le constat d’un accès difficile à l’information souvent dispersée, incomplète voire inexistante est largement partagé. Cet état de fait pénalise les personnes handicapées ou âgées pour accéder à leurs droits et à l’offre existante ainsi que les professionnels pour comprendre les missions de chacun, pour conseiller et orienter de façon adéquate les publics qui leur sont adressés.

La mise en place d’un système d’information autour des ressources existantes est donc souhaitée avec la création d’un annuaire des structures médico-sociales, mis à jour annuellement, présentant les caractéristiques du public accueilli, les modalités d’accueil, les prestations proposées et les coordonnées.

Pour favoriser une meilleure connaissance réciproque des acteurs, l’organisation de rencontres régulières serait appréciée sur chaque territoire selon des logiques transversales (sanitaire, médico-social, social) et, au-delà des acteurs de terrain, avec la MDPH, l’Éducation nationale, les financeurs (ARS et Conseils généraux)...

Toujours en vue d’affiner et approfondir la connaissance des populations, des besoins et des dispositifs, des attentes sont formulées :

- > la création d’un observatoire régional avec des déclinaisons territoriales autour des MDPH pour identifier les besoins et les réponses à apporter avec :
 - la mise en place d’un fichier centralisé pour repérer les places disponibles dans les structures médico-sociales
 - l’identification des personnes en attente d’une orientation
 - le suivi du devenir de ces personnes
- > une meilleure connaissance de certains publics à travers des études ad hoc :
 - jeunes accueillis en ITEP ou suivis par les CMPP
 - publics présentant des troubles psychiques ou atteints de TED
 - personnes handicapées vieillissantes
 - personnes âgées très dépendantes maintenues à domicile

En outre, au-delà des travaux préalables à l’élaboration du SROMS, il est souhaité que la réflexion autour de l’adéquation entre les besoins et les réponses puisse se poursuivre à un niveau local avec les conférences territoriales.

En termes de ressources humaines, quels que soient le public et le cadre d’intervention (institution ou domicile), trois types de difficultés sont fréquemment identifiés :

- > des ratios d’encadrement insuffisants pour assurer une prise en charge de qualité. Pour les personnes handicapées, ce manque est plus prégnant pour certains publics : personnes atteintes de TED et personnes handicapées vieillissantes. Pour les personnes âgées, les manques concernent en priorité les postes d’IDE et d’aides-soignants
- > des difficultés de recrutement pour de nombreux postes en particulier psychiatres, rééducateurs, IDE, aides-soignants, aides à domicile formées, difficultés renforcées en cas de conditions de travail particulières (temps partiel et travail de nuit),
- > des besoins de formation pour pouvoir mieux intervenir auprès de publics présentant des pathologies ou des difficultés particulières : TED, handicap psychique, polyhandicap, vieillissement chez les personnes handicapées, maladie d’Alzheimer et maladies apparentées...

Enfin, la question de l’amélioration des coordinations et des partenariats est apparue en fil conducteur tout au long de ce diagnostic avec deux points saillants :

- > le partenariat entre psychiatrie et médico-social à organiser et à renforcer
- > la coordination des interventions à domicile pour un accompagnement cohérent



Objectifs et actions du schéma régional d'organisation médico- sociale 2012/2016



Sommaire

> 1. Le cadrage du SROMS	14
> A. Les principes directeurs	14
> B. Les axes de travail à privilégier	14
> C. Des volets du PRS d'ores et déjà disponibles	15
> 2. Les objectifs du SROMS	16
> A. Les objectifs spécifiques	16
> B. Les objectifs opérationnels	17
> 3. Les actions	18
A. Les domaines d'actions	18
B. Les fiches actions	22

1 - LE CADRAGE DU SROMS

Il se caractérise par la prise en considération de plusieurs éléments de contexte :

- > certains de portée générale, à savoir des principes directeurs
- > d'autres à vocation plus opérationnelle, en particulier des axes de travail à privilégier et l'intégration de travaux de planification d'ores et déjà disponibles.

A. LES PRINCIPES DIRECTEURS

Le SROMS aquitain s'appuie sur quelques principes fondateurs destinés à répondre aux enjeux de prise en charge individuelle, notamment en veillant à l'accessibilité géographique des établissements et services et à leur adaptation aux besoins, et à la nécessité d'une meilleure coordination des soins et des institutions, au service de l'usager.

Quatre principes directeurs ont guidé l'élaboration du SROMS, à savoir :

- > la garantie de l'équité territoriale, en favorisant le rééquilibrage entre les territoires en termes d'accessibilité, de proximité, de qualité d'accompagnement et de dépenses par habitant et en s'appuyant sur la définition de zones infra-territoriales
- > le développement de la diversification de l'offre médico-sociale pour permettre aux personnes âgées et aux personnes handicapées d'exercer le libre choix de leur projet de vie
- > l'accompagnement des évolutions du dispositif de prise en charge pour l'adapter aux besoins (restructurations, transformations, redéploiements et coordination autour de la personne)
- > l'amélioration des coordinations et partenariats avec les différents acteurs de l'accompagnement (Conseils généraux, établissements de santé, santé publique, autres administrations de l'Etat).

B. LES AXES DE TRAVAIL À PRIVILÉGIER

Ils concernent trois volets principaux, relatifs aux publics accueillis dans le dispositif médico-social, aux modes de prise en charge à promouvoir et aux leviers d'action à mobiliser en vue d'un meilleur pilotage de l'offre médico-sociale :

Ainsi, une attention particulière est accordée dans le schéma à ces trois aspects :

- > les publics prioritaires relevant de plans nationaux ou représentant une problématique de prise en charge sont clairement identifiés :
 - les personnes autistes
 - les personnes polyhandicapées et lourdement handicapées
 - les personnes handicapées psychiques
 - les personnes traumatisées crâniennes ou cérébro-lésées
 - les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées
- > les modes de prise en charge à soutenir, en vue de proposer une prise en charge adaptée et structurée, sont déclinés pour faciliter l'exercice du libre choix de vie de la personne. Ils concernent :
 - le diagnostic et l'action précoces, afin de préserver autant que faire se peut, les capacités de la personne et limiter les effets de la déficience ou de la maladie
 - le maintien dans le milieu ordinaire de vie, grâce au soutien à la scolarisation et à l'insertion professionnelle, l'accompagnement à domicile des personnes âgées ou handicapées, le développement des structures de répit en faveur des aidants de personnes âgées
 - la spécialisation de l'offre institutionnelle : unités adaptées pour personnes âgées souffrant de troubles comportementaux, réponses adaptées pour des publics prioritaires, notamment les personnes autistes.



> les leviers d'action à mobiliser pour faciliter la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation médico-sociale :

- l'incitation à la contractualisation et à la coopération (CPOM, GCSMS) au service des besoins de la personne dans une optique d'amélioration de la planification
- l'accompagnement de la professionnalisation du secteur médico-social par l'amélioration de la formation initiale et de la formation continue afin de mieux prendre en compte les spécificités du champ médico-social
- l'orientation prioritaire des nouveaux moyens financiers vers le renforcement de la qualité dans les établissements et services existants, en particulier la prise en charge en soins dans les EHPAD
- le renforcement du pilotage de l'offre médico-sociale en vue d'une efficacité améliorée, par l'exploitation généralisée des résultats des démarches d'évaluation et la conduite d'études ciblées sur des populations particulières ou des modes de prise en charge spécifiques
- la mise à disposition d'informations et d'outils fiables et partagés, au bénéfice des usagers pour faciliter leurs démarches et des institutions pour approfondir la connaissance des besoins.

C. DES VOLETS DU PRS D'ORES ET DÉJÀ DISPONIBLES

Etablis antérieurement à la mise en place des ARS, deux documents relevant désormais du Projet régional de santé - volet particulier du SROMS et programme spécifique - sont d'ores et déjà rédigés et accessibles. Ils sont en conséquence intégrés en l'état dans le PRS ; il s'agit du :

> **Schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014**

Partie intégrante du SROMS, il est structuré autour des huit objectifs stratégiques suivants :

- organiser l'accès à une gamme de services en addictologie, lisible et de qualité, dans chaque territoire de la région par la mise en œuvre de la réforme CSAPA
- développer le repérage précoce des usages nocifs de substances psychoactives dans une perspective d'intervention précoce

- garantir aux usagers engagés dans des pratiques à risques un accompagnement visant à réduire les dommages associés à ces pratiques
- offrir des solutions d'hébergement adaptées de type social, médico-social et sanitaire, équitablement réparties sur l'ensemble de la région
- développer des actions de prévention globales et intégrées sur les territoires de santé
- promouvoir les formations initiales et continues en addictologie
- contribuer à l'observation des pratiques addictives, à la veille sanitaire dans la région et à l'évaluation de modalités de prise en charge
- accompagner la mise en œuvre, le suivi et la communication du schéma

Le document est consultable à l'adresse suivante : www.ars.aquitaine.sante.fr/index.php?id=116027

> **le Programme Régional et Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)**

Outil de programmation financière, le PRIAC constitue dans la version actuelle 2011-2013 un document transitoire.

Son actualisation annuelle sous un format modifié interviendra au cours du premier semestre 2012.

Le PRIAC peut désormais être considéré comme l'annexe financière du SROMS. Il est important de rappeler que son exécution est directement conditionnée par le niveau des autorisations d'engagement notifiées par la CNSA, en application de la loi de financement de la sécurité sociale.

Le document est consultable à l'adresse suivante : www.ars.aquitaine.sante.fr/index.php?id=127611

2 - LES OBJECTIFS DU SROMS

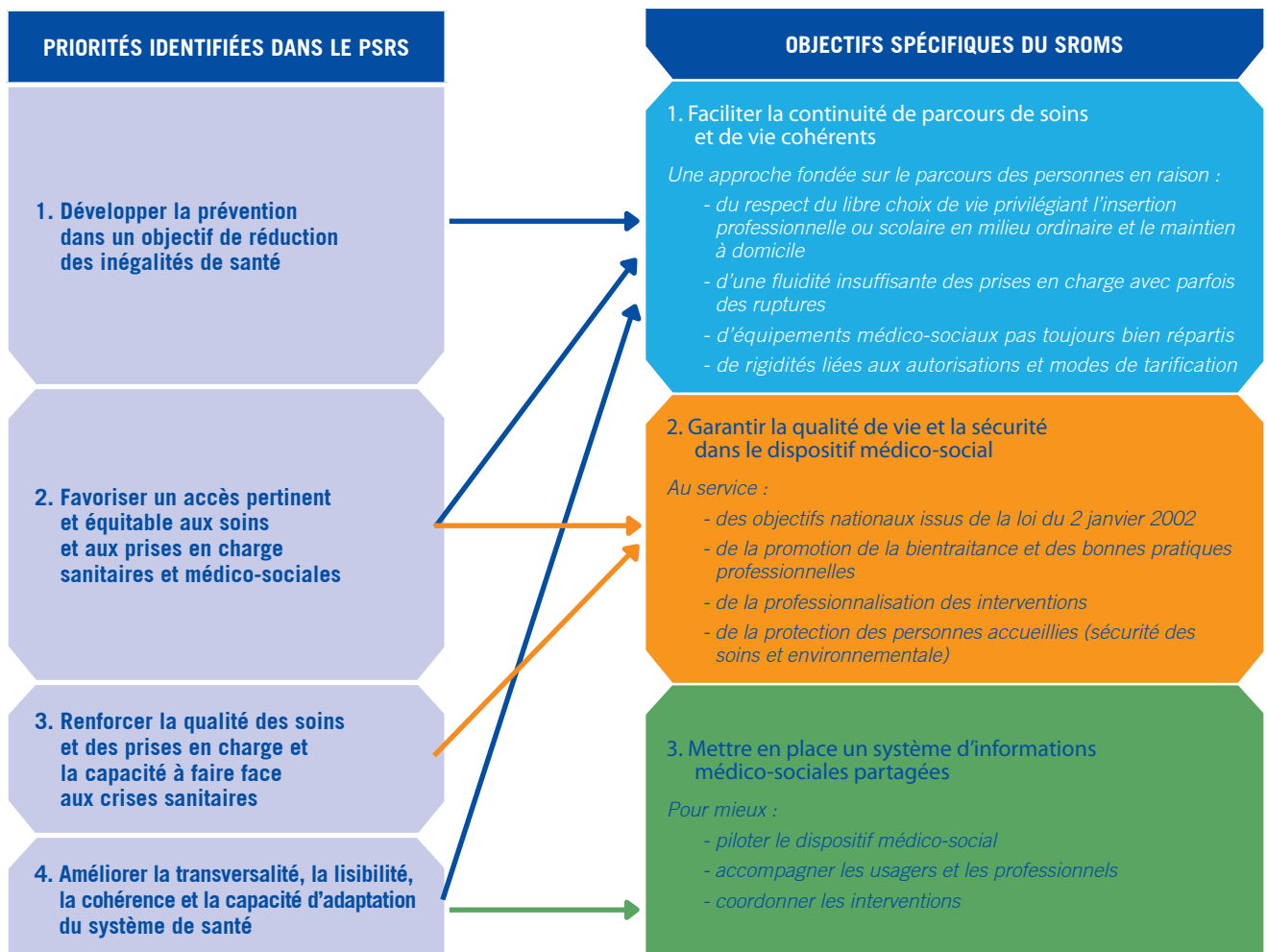
Le schéma régional d'organisation médico-sociale est construit autour de trois idées forces qui constituent le socle des objectifs opérationnels et actions proposés pour permettre leur concrétisation :

- > la cohérence des parcours de soins et de vie
- > la qualité et la sécurité des prestations offertes par le dispositif médico-social
- > le partage de l'information entre usagers, professionnels et institutions

A. LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Le SROMS identifie trois objectifs spécifiques en lien direct avec une ou plusieurs des quatre priorités du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS).

Il est essentiel de préciser qu'aucune hiérarchie ne saurait être établie entre eux ; constituant les fondements mêmes du schéma, ils revêtent, à ce titre, une importance identique. Seule, la construction du PSRS a guidé l'ordre de leur présentation.





B. LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Les trois objectifs spécifiques sont articulés autour de onze objectifs opérationnels.

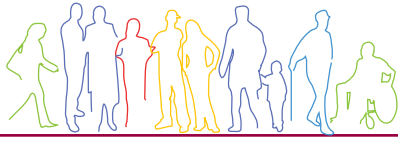
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
<p>Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser l'offre médico-sociale par territoire en lien avec les Conseils Généraux <ul style="list-style-type: none"> - pour répondre aux situations d'inégalités territoriales - pour proposer une répartition optimale de l'offre médico-sociale 2. Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne <ul style="list-style-type: none"> - afin de limiter les pertes de chance d'intégration ou de stabilisation - afin de garantir un niveau de qualité de vie 3. Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire <ul style="list-style-type: none"> - pour mieux respecter son libre choix de vie, mieux l'accompagner ainsi que les aidants - pour proposer des modes de prises en charge diversifiées, coordonnées et graduées 4. Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne <ul style="list-style-type: none"> - afin de réduire les disparités territoriales de l'offre institutionnelle, notamment dans le champ des adultes handicapés - afin d'adapter la prise en charge institutionnelle aux besoins spécifiques des personnes 5. Innover pour améliorer les parcours de vie <ul style="list-style-type: none"> - pour assouplir les modes de fonctionnement des structures dynamiques - pour ouvrir de nouvelles perspectives de prise en charge.
<p>Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Améliorer la performance des organisations médico-sociales <ul style="list-style-type: none"> - pour optimiser le service rendu aux usagers - pour assurer l'adaptation du dispositif médico-social et mieux l'intégrer dans l'offre de soins globale 7. S'inscrire dans une démarche de bientraitance <ul style="list-style-type: none"> - afin d'offrir aux personnes accueillies des prestations de qualité - afin de respecter leur dignité 8. Mieux appréhender le fonctionnement des structures médico-sociales <ul style="list-style-type: none"> - pour garantir des cadres d'intervention sécurisés - pour promouvoir la démarche qualité dans le secteur médico-social
<p>Mettre en place un système d'informations médico-sociales partagées</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. Organiser la mise à disposition d'informations sur les ressources disponibles <ul style="list-style-type: none"> - pour faciliter la connaissance et l'accès du dispositif médico-social aux usagers - pour rapprocher l'offre disponible de la demande médico-sociale 10. Approfondir la connaissance des besoins médico-sociaux <ul style="list-style-type: none"> - pour améliorer la planification médico-sociale - pour adapter l'offre médico-sociale à la réalité des situations 11. Faciliter le partage de l'information médicale et administrative <ul style="list-style-type: none"> - afin de limiter les démarches administratives - afin de mieux coordonner la multiplicité des intervenants

3 - LES ACTIONS DU SROMS

Les domaines d'actions (26) et les actions (53) constituent le volet opérationnel du SROMS, dont la réalisation permettra une cohérence des parcours de soins, une qualité et une sécurité accrues dans le dispositif médico-social, ainsi qu'un meilleur partage d'informations.

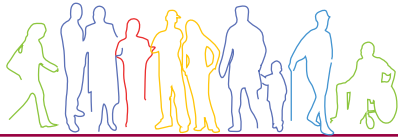
A. LES DOMAINES D'ACTIONS

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DOMAINES D'ACTIONS	ACTIONS
1 - FACILITER LA CONTINUITÉ DE PARCOURS DE SOINS ET DE VIE COHÉRENTS	1.1 Organiser l'offre médico-sociale par territoire, en lien avec les Conseils Généraux	1.1/1. Garantir un maillage territorial cohérent et partagé	1.1/1.1 Définir un découpage infra-territoire de santé 1.1/1.2 Sans porter préjudice à la réduction des inégalités entre territoires de santé, identifier les territoires (cf. action 1.1/1.1), à conforter en priorité au regard d'une offre cible incluant services, établissements et dispositifs de coordination (dont MAIA)
	1.2 Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne	1.2/1 Adapter et renforcer le repérage et la prise en charge précoces 1.2/2 Développer le dispositif de diagnostic et d'évaluation des pathologies du vieillissement 1.2/3 Préserver le capital santé des personnes en situation de fragilité, en développant des actions de prévention	1.2/1.1 Poursuivre le maillage territorial en CAMSP et en CMPP et améliorer leurs conditions de fonctionnement 1.2/1.2 Développer les dispositifs permettant le repérage précoce des conduites addictives 1.2/1.3 Favoriser les interventions coordonnées pour réduire les dommages auprès des publics engagés dans des conduites à risque 1.2/2.1 Faciliter l'accès à une consultation mémoire labellisée et/ou à une consultation d'évaluation gériatrique 1.2/2.2 Densifier l'équipement en hôpitaux de jour gériatriques 1.2/3.1 Soutenir durablement le dispositif sport et handicaps en faveur des personnes en situation de handicap mental 1.2/3.2 Promouvoir l'adoption d'attitudes positives pour Bien Vivre et Bien Vieillir



<p>1 - FACILITER LA CONTINUITÉ DE PARCOURS DE SOINS ET DE VIE COHERENTS</p>	<p>1.3 Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire</p>	<p>1.3/1 Orienter le développement de l'offre en coordination avec l'offre sanitaire et sociale</p> <p>1.3/2 Orienter l'évolution de l'offre médico-sociale vers le développement des services, en privilégiant les territoires les plus fragiles</p> <p>1.3/3 Faciliter l'accès aux soins spécialisés des personnes vivant à domicile</p> <p>1.3/4 Apporter un soutien aux aidants familiaux</p>	<p>1.3/1.1 Permettre aux personnes handicapées, âgées et confrontées à des difficultés spécifiques d'avoir accès aux soins de premier recours et aux consultations spécialisées</p> <p>1.3/1.2 Prioriser l'implantation de l'offre médico-sociale sur les territoires en prenant en compte l'offre de soins (libérale et hospitalière)</p> <p>1.3/1.3 Articuler l'offre médico-sociale avec l'offre sociale de proximité</p> <p>1.3/2.1 Adapter l'accompagnement en milieu ordinaire, prioritairement par la recomposition de l'offre institutionnelle en faveur des enfants</p> <p>1.3/2.2 Proposer des modes d'accompagnement diversifiés et coordonnés (SPASAD, SSIAD, SAMSAH polyvalents, E.S.A., SESSAD professionnel)</p> <p>1.3/2.3 Conforter l'offre ambulatoire en faveur des personnes déficientes sensorielles et des personnes autistes</p> <p>1.3/3.1 Assurer une expertise médicale spécialisée aux personnes vivant à domicile (gériatrie, psychiatrie)</p> <p>1.3/3.2 Faciliter les sorties d'hospitalisation de la personne âgée ou handicapée</p> <p>1.3/4.1 Structurer territorialement l'offre de répit (ADJ, HT)</p> <p>1.3/4.2 Mettre en place des modalités d'accompagnement des aidants</p>
	<p>1.4 Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne</p>	<p>1.4/1 Conforter l'offre dans les territoires les moins bien équipés</p> <p>1.4/2 Anticiper l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap</p> <p>1.4/3 Mieux prendre en compte dans les territoires les besoins de publics spécifiques</p>	<p>1.4/1.1 Assurer une prise en charge institutionnelle aux enfants polyhandicapés</p> <p>1.4/1.2 Compléter l'offre en faveur des personnes adultes lourdement handicapées</p> <p>1.4/1.3 Soutenir l'insertion professionnelle des personnes handicapées</p> <p>1.4/1.4 Privilégier les extensions de capacité des EHPAD existants pour compléter le maillage territorial</p> <p>1.4/1.5 Veiller à l'accessibilité financière des EHPAD</p> <p>1.4/2.1 Proposer aux personnes handicapées vieillissantes des réponses médico-sociales adaptées et diversifiées</p> <p>1.4/3.1 Offrir un accompagnement médico-social diversifié aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques (handicap psychique, troubles du comportement, précarité, addictions,...)</p> <p>1.4/3.2 S'inscrire dans la mise en œuvre des plans nationaux, notamment en privilégiant les créations en faveur des personnes artistes et des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées</p>

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DOMAINES D'ACTIONS	ACTIONS	
1 - FACILITER LA CONTINUITÉ DE PARCOURS DE SOINS ET DE VIE COHERENTS	1.5 Innover pour améliorer les parcours de vie	1.5/1 Faciliter le passage des structures pour enfants handicapés vers celles pour personnes adultes handicapées	1.5/1.1 Adapter les autorisations aux besoins de prise en charge des enfants et adolescents handicapés, y compris dans les expérimentations	
		1.5/2 Promouvoir de nouveaux modèles d'accompagnement médico-social	1.5/2.1 Favoriser les expérimentations au bénéfice des personnes autistes et des jeunes atteints de troubles sévères du comportement	
2 - GARANTIR LA QUALITE DE VIE ET LA SECURITE DANS LE DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL	2.1 Améliorer la performance des organisations médico-sociales	2.1/1 Mobiliser le levier de la recomposition hospitalière	2.1/1.1 Poursuivre les reconversions hospitalières vers le secteur médico-social	
		2.1/2 Susciter et accompagner les initiatives de coordination et le partenariat entre établissements et services	2.1/2.1 Promouvoir la coopération entre établissements et services médico-sociaux et avec les établissements de santé	
		2.1/3 Tendre vers un niveau amélioré de prestations	2.1/3.1 Réaliser une étude sur le fonctionnement des SSIAD et SPASAD et définir les conditions requises pour garantir la viabilité et la qualité des dispositifs	
		2.1/4 Soutenir prioritairement, en matière d'allocation de ressources, les structures accueillant les personnes lourdement dépendantes (autistes, polyhandicapés, EHPAD)	2.1/4.1 Approfondir les analyses comparatives de coûts par échantillon de structures pour des publics identiques	
		2.1/5 Mobiliser les acteurs sur la performance des prises en charge médicamenteuses et des dispositifs médicaux dans les établissements médico-sociaux	2.1/5.1 Réaliser un diagnostic régional de la performance de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux	
			2.1/5.2 Inciter les EHPAD à mettre en œuvre un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée	
	2.1/6 Améliorer la fluidité des soins en addictologie	2.1/6.1 Renforcer les articulations entre les structures médico-sociales et sanitaires d'addictologie		
	2.2 S'inscrire dans une démarche de bientraitance	2.2/1 Garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles	2.2/1.1 S'assurer de la diffusion des recommandations, bonnes pratiques et guides en vigueur (HCSP, HAS, ANESM, ANAP, AFSSAPS)	2.2/1.1 S'assurer de la diffusion des recommandations, bonnes pratiques et guides en vigueur (HCSP, HAS, ANESM, ANAP, AFSSAPS)
			2.2/1.2 Prévenir les risques associés aux soins (infectieux, médicamenteux...)	2.2/1.2 Prévenir les risques associés aux soins (infectieux, médicamenteux...)
				2.2/1.3 Renforcer la culture du signalement dans les établissements médico-sociaux



	<p>2.2 S'inscrire dans une démarche de bientraitance</p>	<p>2.2/1.4 Suivre la mise en œuvre de la démarche d'évaluation, interne et externe</p>	<p>2.2/1.5 Agir pour mieux accompagner la fin de vie en institution</p>
		<p>2.2/2.1 Favoriser, dans le cadre de la formation initiale, les rapprochements entre les centres de formation et les structures médico-sociales</p> <p>2.2/2.2 Poursuivre, dans le cadre de la formation continue, la politique de professionnalisation</p>	<p>2.2/2.1 Favoriser, dans le cadre de la formation initiale, les rapprochements entre les centres de formation et les structures médico-sociales</p> <p>2.2/2.2 Poursuivre, dans le cadre de la formation continue, la politique de professionnalisation</p>
	<p>2.3 Mieux appréhender le fonctionnement des structures médico-sociales</p>	<p>2.3/1.1 S'assurer de la qualité des prestations délivrées et du respect de la réglementation relative aux risques liés aux facteurs environnementaux</p>	<p>2.3/1.2 Elaborer une grille d'analyse des rapports d'évaluation externe en vue du renouvellement des autorisations</p>

<p>3 - METTRE EN PLACE UN SYSTÈME D'INFORMATIONS MÉDICO-SOCIALES PARTAGÉES</p>	<p>3.1 Organiser la mise à disposition d'informations sur les ressources disponibles</p>	<p>3.1/1.1 Mettre à disposition par territoire de santé un annuaire des établissements et services médico-sociaux</p>	<p>3.1/1.2 Expérimenter par territoire une gestion centralisée des demandes d'admission et des places disponibles en établissements médico-sociaux</p>
		<p>3.2/1.1 Réaliser un outil de suivi des décisions des CDAPH, en lien avec la commission de coordination pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et les MDPH</p>	<p>3.2/1.2 Procéder à des études spécifiques de populations accueillies dans le dispositif médico-social (champ du handicap)</p>
		<p>3.2/2.1 Procéder à une étude sur les modalités d'accompagnement des personnes âgées en GIR 1 et 2 à domicile</p>	<p>3.3/1.1 Favoriser la circulation de l'information entre le lieu de vie et l'hôpital</p> <p>3.3/1.2 Accompagner dans les territoires la généralisation du dossier unique d'admission en EHPAD</p>
	<p>3.2 Approfondir la connaissance des besoins médico-sociaux</p>	<p>3.1/1 Réaliser des outils d'information accessibles et actualisés pour les professionnels et les usagers</p> <p>3.2/1 Construire un observatoire régional sur les besoins des personnes handicapées</p> <p>3.2/2 Analyser les situations de dépendance lourde à domicile, prioritairement en zones rurales</p>	<p>3.1/1.1 Mettre à disposition par territoire de santé un annuaire des établissements et services médico-sociaux</p> <p>3.1/1.2 Expérimenter par territoire une gestion centralisée des demandes d'admission et des places disponibles en établissements médico-sociaux</p> <p>3.2/1.1 Réaliser un outil de suivi des décisions des CDAPH, en lien avec la commission de coordination pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et les MDPH</p> <p>3.2/1.2 Procéder à des études spécifiques de populations accueillies dans le dispositif médico-social (champ du handicap)</p> <p>3.2/2.1 Procéder à une étude sur les modalités d'accompagnement des personnes âgées en GIR 1 et 2 à domicile</p>
	<p>3.3 Faciliter le partage de l'information médicale et administrative</p>	<p>3.1/1 Réaliser des outils d'information accessibles et actualisés pour les professionnels et les usagers</p> <p>3.2/1 Construire un observatoire régional sur les besoins des personnes handicapées</p> <p>3.2/2 Analyser les situations de dépendance lourde à domicile, prioritairement en zones rurales</p> <p>3.3/1 Rendre plus opérationnels les outils de transmission des informations relatives aux usagers</p>	<p>3.1/1.1 Mettre à disposition par territoire de santé un annuaire des établissements et services médico-sociaux</p> <p>3.1/1.2 Expérimenter par territoire une gestion centralisée des demandes d'admission et des places disponibles en établissements médico-sociaux</p> <p>3.2/1.1 Réaliser un outil de suivi des décisions des CDAPH, en lien avec la commission de coordination pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et les MDPH</p> <p>3.2/1.2 Procéder à des études spécifiques de populations accueillies dans le dispositif médico-social (champ du handicap)</p> <p>3.2/2.1 Procéder à une étude sur les modalités d'accompagnement des personnes âgées en GIR 1 et 2 à domicile</p> <p>3.3/1.1 Favoriser la circulation de l'information entre le lieu de vie et l'hôpital</p> <p>3.3/1.2 Accompagner dans les territoires la généralisation du dossier unique d'admission en EHPAD</p>

B. LES FICHES ACTIONS

L'atteinte des objectifs du SROMS repose sur la mise en œuvre de 53 actions, mais seules 49 ont donné lieu à la rédaction d'une fiche spécifique car pour 4 d'entre elles (1.2/2.1 ; 1.2/2.2 ; 1.3/1.1 ; 1.3/3.1) la réalisation relève exclusivement du schéma régional d'organisation des soins.

Objectif spécifique 1 : Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

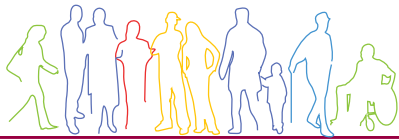
25 fiches actions

Objectif spécifique 2 : Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social

17 fiches actions

Objectif spécifique 3 : Mettre en place un système d'informations médico-sociales partagées

7 fiches actions



ACTION 1.1/1.1

PSRS/Priorité n° 2 :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales

SROMS/Objetif spécifique/ Objetif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents
 - 1.1/ Organiser l'offre médico-sociale par territoire en lien avec les Conseils généraux
 - 1.1/1 *Garantir un maillage territorial cohérent et partagé*

Intitulé de l'action :

Définir un découpage infra-territoire de santé

Contexte de l'action :

- > Coexistence fréquente de logiques institutionnelles différentes pour planifier
- > Insuffisance d'outils d'analyse communs pour apprécier le niveau adéquat des besoins

Résultats attendus :

- > Réduction des disparités au sein de chacun des territoires
- > Meilleure articulation entre les décideurs (ARS/CG)
- > Cohérence renforcée des politiques publiques

Acteurs :

Pilote : DT ARS/Conseils généraux
Partenaires : Acteurs locaux (services de l'Etat, usagers...), conférence de territoire

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Un groupe projet par territoire de santé
- > L'exploitation de travaux déjà réalisés et l'évaluation de leur pertinence
- > La formulation d'hypothèses de travail
- > La proposition de solutions

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Réalisation de l'action	2012

Suivi et évaluation :

- > Date de mise à disposition des découpages infra-territoires de santé

ACTION 1.1/1.2

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.1/1 Organiser l'offre médico-sociale par territoire en lien avec les Conseils généraux

1.1/1 Garantir un maillage territorial cohérent et partagé

Intitulé de l'action :

Sans porter préjudice à la réduction des inégalités entre territoires de santé, identifier les territoires (cf. action 1.1/1.1), à conforter en priorité au regard d'une offre cible, incluant services, établissements et dispositifs de coordination (dont MAIA)

Contexte de l'action :

- > Des disparités de niveau d'équipement entre les territoires
- > Exigence d'équité pour accéder à un accompagnement qui reste à améliorer

Résultats attendus :

- > Réduire les écarts d'équipement entre les territoires
- > Faciliter l'accès à l'offre médico-sociale, notamment en limitant les temps de trajet

Acteurs :

Pilotes : ARS (Siège/DT) et Conseils généraux
Partenaires : Administrations (en particulier Éducation nationale et Cohésion sociale), MDPH

Localisation de l'action :

Les 6 territoires aquitains

Moyens d'action :

- > Mobilisation de la commission de coordination pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux
- > Consultation des conférences de territoire

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Définition de l'offre cible par territoire (tel que défini à l'action 1.1/1.1)	2013

Suivi et évaluation :

- > Date de mise à disposition des propositions



ACTION 1.2/1.1

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1/ Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.2/ Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne

1.2/1 Adapter et renforcer le repérage et la prise en charge précoces

Intitulé de l'action :

Poursuivre le maillage territorial en CAMSP et CMPP et améliorer leurs modalités d'intervention

Contexte de l'action :

- > Le dépistage et l'action précoce s'inscrivent dans les priorités nationales
- > Des dispositifs inégalement accessibles aux enfants et à leurs familles

Résultats attendus :

- > Permettre aux enfants atteints de troubles de bénéficier d'accompagnements adaptés
- > Optimiser leurs chances de développement et d'intégration

Acteurs :

Pilote : ARS (Siège/DT)
Partenaires : Conseils généraux...

Localisation de l'action :

CAMSP : Dordogne, Gironde, Landes,
CMPP : Gironde, Dordogne

Moyens d'action :

- > Disponibilité des financements au PRIAC
- > Appel à projet

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Début Sur la durée du schéma	2012
2- Fin	2016

Suivi et évaluation :

- > Nombre de places financées chaque année
- > Evolution annuelle du taux d'équipement

ACTION 1.2/1.2

PSRS/Priorité :

Développer la prévention dans un objectif de réduction des inégalités de santé

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.2/ Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne

1.1/1 Adapter et renforcer le repérage et la prise en charge précoces

Intitulé de l'action :

Développer les dispositifs permettant le repérage précoce des conduites addictives

Contexte de l'action :

- > Des jeunes aquitains plus consommateurs d'alcool, de tabac et plus expérimentateurs de cannabis que la moyenne nationale
- > Des médecins généralistes déjà impliqués dans des formations au repérage précoce alcool et souhaitant étendre ce repérage à l'ensemble des substances psychoactives

Résultats attendus :

- > Permettre à chaque jeune de rencontrer un professionnel de santé
- > Amener le jeune à s'interroger sur ses consommations et lui faire connaître des structures susceptibles de l'aider

Acteurs :

Pilote : ARS

Partenaires : Médecins généralistes, URPS, réseaux d'addictologie, CSAPA, consultations jeunes consommateurs, PAEJ, ELSA, professionnels de la santé, du social, du sport et de l'éducation

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

Le schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014(objectif n° 2)

Le schéma régional de prévention (volet Addictions)

Le schéma régional d'organisation des soins (chapitre Psychiatrie et santé mentale)

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Elaborer un programme de formation des professionnels de premier recours au repérage précoce Alcool, Tabac et Cannabis	2012
2- Mettre en place des formations de formateurs en binôme addictologue/professionnel de santé sur chaque territoire de santé	
3- Réaliser des formations de professionnels de premier recours sur les 6 territoires de santé	2012
4- Favoriser une dynamique d'échanges entre les acteurs impliqués dans les formations, en lien avec les CSAPA et les consultations jeunes consommateurs (CJC)	
5- Evaluer les actions de formation mise en œuvre	
	2016

Suivi et évaluation :

- > Etablissement d'un registre de formateurs au repérage précoce
- > Etablissement d'un registre de professionnels de santé formés sur les territoires
- > Évaluation à distance de l'efficacité des pratiques de repérage, alcool, tabac, cannabis et autres substances psychoactives mises en œuvre par les professionnels formés



Action 1.2/1.3

PSRS/Priorité :

Développer la prévention dans un objectif de réduction des inégalités de santé

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents
 - 1.2/ Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne
 - 1.1/1 Adapter et renforcer le repérage et la prise en charge précoces

Intitulé de l'action :

Favoriser les interventions coordonnées pour réduire les dommages auprès des publics engagés dans des conduites à risques

Contexte de l'action :

- > CSAPA, CAARUD et CJC rencontrent des publics jeunes déjà engagés dans des conduites à risques
- > L'attention portée à la réduction des dommages liés à ces pratiques peut constituer une première étape d'une démarche de soins plus élaborée

Résultats attendus :

- > Sur chaque territoire de santé, permettre aux jeunes engagés dans des pratiques à risques de rencontrer des professionnels de la réduction des risques, grâce à un maillage satisfaisant en CJC, CSAPA et CAARUD

Acteurs :

Pilote : ARS
Partenaires : CSAPA, CAARUD, CJC, ELSA, consultations d'addictologie, professionnels du social, de la santé, de la Justice et de l'Éducation

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

Le schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014 (objectif n° 3)
Le schéma régional de prévention
Le schéma régional d'organisation des soins

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Développer des actions d'information, d'éducation à la santé, de distribution de matériel stérile, de réduction des risques en milieu festif	2012
2- Renforcer le déploiement des CJC et de CAARUD sur les territoires, en articulation avec les CSAPA	2016
3- Inciter au dépistage des hépatites B et C et autres maladies infectieuses, cardio-vasculaires, neurologiques liées aux consommations	
4- Faciliter le recours aux soins par des consultations hospitalières avancées en CSAPA	

Suivi et évaluation :

- > Suivi des rapports d'activité des CSAPA et CAARUD
- > Nombre de jeunes orientés vers le soin
- > Nombre de vaccinations Hépatite B mises en œuvre
- > Actions de réduction des risques en milieu festif mises en œuvre

ACTION 1.2/3.1

PSRS/Priorité :

Développer la prévention dans un objectif de réduction des inégalités de santé

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.1/ Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne

1.1/3 Préserver le capital santé des personnes en situation de fragilité, en développant des actions de prévention

Intitulé de l'action :

Soutenir durablement le dispositif sport et handicaps en faveur des personnes en situation de handicap mental

Contexte de l'action :

- > Mise en œuvre de la loi de février 2005
- > Nécessaire transversalité des politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap

Résultats attendus :

- > Développement de l'intégration des personnes atteintes d'un handicap mental dans le milieu sportif ordinaire
- > Bénéfice de la pratique sportive sur la santé et l'épanouissement des personnes handicapées

Acteurs :

Pilote : ARS

Partenaires : DRJSCS, Ligue Aquitaine du Sport Adapté, Conseils généraux, Etablissements médico-sociaux

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

- > Mobilisation de crédits de l'ONDAM médico-social (Handicap)
- > Travail concerté avec les partenaires du sport adapté

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Début Sur la durée du schéma 5 - Fin	2012 2016

Suivi et évaluation :

- > dans chaque territoire de santé, nombre d'établissements bénéficiaires chaque année du dispositif sport adapté
- > dans chaque territoire de santé, nombre de personnes ayant participé chaque année aux activités physiques et sportives



ACTION 1.2 / 3.2

PSRS/Priorité :

Développer la prévention dans un objectif de réduction des inégalités de santé

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents
 - 1.2 Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne
 - 1.2/3 *Préserver le capital santé des personnes en situation de fragilité, en développant des actions de prévention*

Intitulé de l'action :

Promouvoir l'adoption d'attitudes positives favorisant le Bien Vivre et le Bien Vieillir

Contexte de l'action :

- > Mise en œuvre des Plans nationaux : Plan National Nutrition Santé (PNNS), Lutte contre l'obésité, Bien Vieillir (activité physique, lien social...)
- > Les effets délétères d'une hygiène buccale déficiente et d'une mauvaise nutrition sur la santé de la personne âgée, contribuant à une aggravation de son état cérébral et psychologique
- > Des grossesses non désirées chez les personnes handicapées

Résultats attendus :

- > Prévenir la perte d'autonomie
- > Améliorer la qualité de vie des personnes vulnérables (âgées, handicapées, confrontées à des difficultés spécifiques)
- > Mieux protéger les personnes en situation de fragilité

Acteurs :

Pilote : ARS (Direction santé publique et offre médico-sociale / DT)
Partenaires : collectivités territoriales, associations, EMS

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

- > Schéma régional de prévention (axe 1 – objectif 1) et appel à projets
- > CPOM, conventions tripartites des EHPAD
- > PRGDR

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Sur la durée du schéma	2012
	2016

Suivi et évaluation :

- Nombre d'actions développées par territoire
- Nombre de personnes bénéficiaires par territoire

ACTION 1.3/1.2

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.3/ Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire

1.3/1 Orienter le développement de l'offre en coordination avec l'offre sanitaire et sociale

Intitulé de l'action :

Prioriser l'implantation de l'offre médico-sociale sur les territoires en prenant en compte l'offre de soins (libérale et hospitalière)

Contexte de l'action :

- > Cloisonnement encore trop marqué entre les différents domaines d'intervention de l'ARS
- > Lisibilité insuffisante de l'ensemble de l'offre de santé pour développer de façon pertinente les complémentarités

Résultats attendus :

- > Disposer sur chaque territoire de données actualisées sur l'offre de santé
- > Permettre une approche globale de l'offre, à l'échelle de chaque territoire, afin d'optimiser les moyens existants et d'améliorer les complémentarités et les coopérations au bénéfice de l'utilisateur
- > Mieux prioriser l'évolution de l'offre en SSIAD

Acteurs :

Pilote : ARS (Direction santé publique et offre médico-sociale et Direction offre de soins)

Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux, établissements de santé, représentants des professionnels de santé, conférences de territoire

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

- > Cartographie du zonage infirmier
- > Etat des lieux de la filière gériatrique par territoire
- > PRIAC
- > Appel à projets

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Actualisation de la cartographie du zonage infirmier	2012
2- Mise à disposition de l'état des lieux de la filière gériatrique	
3- Mise en œuvre d'une évolution concertée de l'organisation de l'offre médico-sociale et sanitaire, y compris ambulatoire	2012 2016

Suivi et évaluation :

- > Date de production de la cartographie et de l'état des lieux
- > Evolution du taux d'équipement en SSIAD par territoire de santé



ACTION 1.3/1.3

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.3/ Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire

1.3/1 Orienter le développement de l'offre en coordination avec l'offre sanitaire et sociale

Intitulé de l'action :

Articuler l'offre médico-sociale avec l'offre sociale de proximité (notamment SAD, SAVS)

Contexte de l'action :

- > Nécessité de prendre en compte l'ensemble des besoins d'accompagnement de la personne
- > Une organisation territoriale de l'offre sociale encore insuffisamment connue et prise en considération dans la démarche de planification

Résultats attendus :

- > Apporter des réponses complètes et adaptées à chaque situation
- > Améliorer la coordination entre les différents décideurs

Acteurs :

Pilote : DT ARS et Conseils généraux

Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux, conférences de territoire

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

- > Cartographie de l'implantation de l'offre sociale par territoire de santé
- > PRIAC/Appel à projets
- > Schémas départementaux

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Cartographie de l'offre sociale de proximité	2012
2- Programme d'adaptation de l'offre médico-sociale (cf. action 1.3/2.2)	2013
	2015

Suivi et évaluation :

- > Date de production des cartographies territoriales de l'offre sociale de proximité
- > Nombre et nature des adaptations réalisées chaque année

ACTION 1.3/2.1

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales
Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objetif spécifique/ Objetif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents
 - 1.3/ Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire
 - 1.3/2 *Orienter l'évolution de l'offre médico-sociale vers le développement des services, en privilégiant les territoires les plus fragiles*

Intitulé de l'action :

Adapter l'accompagnement en milieu ordinaire, prioritairement par la recombinaison de l'offre institutionnelle en faveur des enfants

Contexte de l'action :

- > Les politiques publiques en faveur des personnes handicapées privilégient le recours au droit commun
- > Les usagers ou leurs familles expriment une préférence pour la poursuite de la vie à domicile

Résultats attendus :

- > Mettre en œuvre les dispositions de la loi de février 2005, donnant notamment priorité à la scolarisation en milieu ordinaire
- > Améliorer l'accompagnement des usagers ou des familles dans leur choix de vie

Acteurs :

Pilote : ARS (siège et DT)
Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux, Éducation nationale, Conseils généraux, MDPH

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

- > Création de places de SESSAD, prioritairement par redéploiement de places institutionnelles (notamment d'IME)
- > Financement CNSA
- > Appel à projets

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Territoires des Landes, de Béarn-Soule et de Navarre-Côte Basque	2012
2- Territoires de Dordogne, de Gironde, des Landes, de Lot-et-Garonne et de Béarn-Soule	2013
3- Territoires de Gironde et des Landes	2014
4- Territoire de Gironde	2015
5- Territoires de Gironde et des Landes	2016

Suivi et évaluation :

- > Evolution annuelle du taux d'équipement en SESSAD, par territoire et type de déficience
- > Evolution annuelle de la part des services dans l'offre globale pour personnes handicapées



ACTION 1.3/2.2

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales
Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins

et de vie cohérents

1.3/ Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire

1.3/2 *Orienter l'évolution de l'offre médico-sociale vers le développement des services, en privilégiant les territoires les plus fragiles*

Intitulé de l'action :

Proposer des modes d'accompagnement diversifiés et coordonnés (SPASAD, SSIAD, SAMSAH polyvalents, ESA, SESSAD professionnels)

Contexte de l'action :

- > Respect du libre choix des usagers de vivre à domicile, quel que soit le type de déficience ou pathologie
- > Nécessaire diversification de l'offre en services d'accompagnement adaptée aux diverses situations

Résultats attendus :

- > Assurer une meilleure qualité de vie aux personnes handicapées ou âgées ainsi qu'à leurs aidants naturels
- > Apporter des réponses globales, prenant en compte les besoins de soins, d'accompagnement social et d'insertion professionnelle

Acteurs :

Pilote : ARS (siège et DT) et Conseils généraux
Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux, services d'aide à domicile, MDPH, partenaires de l'insertion professionnelle

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

- > Mise en place d'une nouvelle offre, par extension de services existants ou par création
- > Financement CNSA (PRIAC) et Conseils généraux pour les services à double financement
- > Appel à projets

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Sur la durée du SROMS (se référer aux déclinaisons territoriales)	2012
	2016

Suivi et évaluation :

- > Évaluation annuelle du taux d'équipement par territoire et par type de service
- > Évaluation annuelle de la part des services dans l'offre globale pour personnes âgées et pour personnes handicapées

ACTION 1.3/2.3

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales
Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.3/ Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire

1.3/2 Orienter l'évolution de l'offre médico-sociale vers le développement des services, en privilégiant les territoires les plus fragiles

Intitulé de l'action :

Conforter l'offre ambulatoire en faveur des personnes déficientes sensorielles et des personnes autistes

Contexte de l'action :

- > Mise en œuvre des plans nationaux spécifiques (plan autisme 2008-2010, plan pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la Cité 2008-2011, plan en faveur des personnes sourdes et malentendantes 2008-2012)
- > Des usagers et des familles qui expriment leur volonté de vivre à domicile

Résultats attendus :

- > Assurer une meilleure qualité de vie aux personnes déficientes sensorielles ou autistes
- > Apporter une réponse adaptée aux besoins spécifiques de ces publics

Acteurs :

Pilote : ARS (siège et DT) et Conseils généraux
Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux, Éducation nationale, MDPH, Centre de Ressource Autisme

Localisation de l'action :

Territoires de Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne et Navarre-Côte Basque

Moyens d'action :

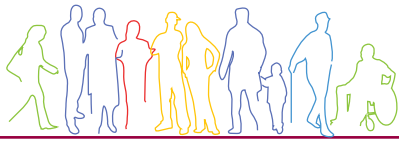
- > Mise en place d'une offre nouvelle prioritairement par extension des services existants
- > Financement CNSA (PRIAC) et Conseils généraux pour les services à double financement
- > Appel à projets

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Evolution de l'offre de services sur une période de 3 ans (se référer aux volets territoriaux)	2012
	2014

Suivi et évaluation :

- > Evolution annuelle du taux d'équipement par territoire et par type de déficience
- > Evolution annuelle de la part des services dans l'offre globale pour personnes handicapées



ACTION 1.3/3.2

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.3/ Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire

1.3/3 Faciliter l'accès aux soins spécialisés des personnes vivant à domicile

Intitulé de l'action :

Faciliter les sorties d'hospitalisation de la personne âgée ou handicapée

Contexte de l'action :

- > Des retours à domicile après hospitalisation peu ou pas organisés
- > Un accompagnement insuffisant des usagers et des aidants, susceptible de compromettre la poursuite d'une vie à domicile

Résultats attendus :

- > Réduire le nombre de ré-hospitalisations à la suite d'un retour à domicile mal préparé
- > Disposer de moyens adaptés et mobilisables, garants d'un retour à domicile dans des conditions satisfaisantes

Acteurs :

Pilote : ARS (direction offre de soins/direction santé publique et offre médico-sociale et DT) et Conseils généraux

Partenaires : Etablissements de santé, SSIAD, EHPAD, Caisses de retraite, médecins libéraux, MDPH

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

- > Sensibilisation des personnels des établissements de santé à la nécessité d'anticiper les sorties d'hospitalisation et mobilisation pour leur faire obligation de préparer les retours à domicile dans des conditions de prise en charge sanitaire adéquates (SROS)
- > Identification de places de SSIAD et d'hébergement temporaire (HT) dédiées aux sorties d'hospitalisation dans le cadre de la procédure d'appel à projets (cahier des charges)
- > Financement CNSA (PRIAC) et Conseils généraux pour les places d'HT
- > Aide au retour à domicile des Caisses de retraite

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Réalisation d'un état des lieux de la prise en charge des sorties d'hospitalisation par les SSIAD et les HT	2012
Sur la durée du schéma régional en fonction des possibilités de financement	2012 2016]

Suivi et évaluation :

- > Nombre de places de SSIAD et d'HT pour sorties d'hospitalisation créées annuellement par territoire

ACTION 1.3/4.1

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales
Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents
 - 1.3/ Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire
 - 1.3/4 *Apporter un soutien aux aidants familiaux*

Intitulé de l'action :

Structurer territorialement l'offre de répit (AJ, HT)

Contexte de l'action :

- > La mise en œuvre des plans nationaux : le Plan Solidarité Grand Age (PSGA), le plan Alzheimer
- > Une répartition et un dimensionnement de l'offre qui ne permettent pas toujours de répondre aux attentes et à l'exigence de qualité

Résultats attendus :

- > Adapter les capacités d'accueil et le fonctionnement pour favoriser la mise en place de projets d'accompagnement de qualité
- > Permettre aux aidants de faire jouer pleinement la solidarité familiale pour le maintien à domicile de leurs proches en situation de dépendance

Acteurs :

Pilote : ARS et Conseils généraux
Partenaires : EHPAD, structures autonomes d'AJ et d'HT

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

- > Financement CNSA (PRIAC) et Conseils généraux
- > Appel à projets privilégiant la création de structures autonomes et les projets innovants

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Evolution et adaptation de l'offre de répit sur la durée du schéma médico-social, en fonction des financements disponibles	2012
	2016

Suivi et évaluation :

- > Fin 2012, bilan territorial de la procédure de mise en conformité des AJ
- > Nombre de places d'AJ et d'HT créées annuellement par territoire (dont les structures autonomes)



ACTION 1.3/4.2

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.3/ Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire

1.3/4 Apporter un soutien aux aidants familiaux

Intitulé de l'action :

Mettre en place des modalités d'accompagnement des aidants

Contexte de l'action :

- > La mise en œuvre du plan Alzheimer (mesures 1 et 2)
- > L'isolement et le manque de formation des aidants sur la Maladie d'Alzheimer et les Maladies Apparentées (MAMA)

Résultats attendus :

- > Améliorer les connaissances et les savoir-faire des aidants sur les MAMA
- > Donner aux aidants la possibilité d'accompagner leurs proches dans de meilleures conditions

Acteurs :

Pilote : ARS et Conseils généraux

Partenaires : Les experts du domaine, les associations de familles, les professionnels de la formation

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

- > Organisation de sessions de formation des aidants
- > Appel à projets pour achever la mise en place des plateformes d'accompagnement et de répit
- > Financement CNSA (plan Alzheimer)

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Dernière année du Plan Alzheimer	2012

Suivi et évaluation :

- > Nombre de formations assurées par territoire et nombre de participants
- > Nombre de plateformes d'accompagnement et de répit créées par territoire

ACTION 1.4/1.1

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.4/ Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne

1.4/1 Conforter l'offre dans les territoires les moins bien équipés

Intitulé de l'action :

Assurer une prise en charge institutionnelle aux enfants polyhandicapés

Contexte de l'action :

- > Un effort particulier est à engager en faveur des personnes atteintes d'un handicap lourd
- > Un territoire de santé aquitain est complètement dépourvu d'offre institutionnelle pour des enfants polyhandicapés

Résultats attendus :

- > Proposer à l'ensemble des enfants polyhandicapés aquitains une réponse institutionnelle de proximité
- > Réduire les disparités d'offre entre les territoires

Acteurs :

Pilote : ARS

Partenaires : Etablissements médico-sociaux, Conférences de Territoire

Localisation de l'action :

Territoires des Landes et de Lot-et-Garonne

Moyens de l'action :

- > Financement CNSA (PRIAC)
- > Appel à projets

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Territoire des Landes	2014
2- Territoire de Lot-et-Garonne (Agenais)	2015

Suivi et évaluation :

- > Date d'ouverture des places et nombre de places
- > Taux d'équipement par territoire pour les enfants polyhandicapés



Action 1.4/1.2

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents
 - 1.4/ Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne
 - 1.4/1 Conforter l'offre dans les territoires les moins bien équipés

Intitulé de l'action :

Compléter l'offre en faveur des personnes adultes lourdement handicapées

Contexte de l'action :

- > Les personnes atteintes d'un handicap lourd font partie des publics prioritaires
- > Les MDPH constatent un nombre élevé d'orientations en MAS et FAM non mises en œuvre

Résultats attendus :

- > Offrir à des personnes lourdement handicapées des modalités d'accompagnement adaptées
- > Réduire les disparités d'offre entre les territoires
- > Proposer des solutions de sorties satisfaisantes aux jeunes en aménagement Creton

Acteurs :

Pilote : ARS et Conseils généraux
Partenaires : Etablissements médico-sociaux, Conférences de Territoire

Localisation de l'action :

4 territoires de santé (Dordogne, Gironde, Navarre-Côte Basque, Béarn-Soule)

Moyens de l'action :

Financement CNSA (PRIAC) avec Conseils Généraux pour les FAM

Calendrier de l'action :

Étapes	Année
Evolution de l'offre dans les 4 territoires concernés sur la durée du schéma médico-social	2012 à 2016

Suivi et évaluation :

Bilan annuel : évolution du taux d'équipement en MAS et FAM par territoire et par public.

ACTION 1.4/1.3

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.4/ Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne

1.4/1 Conforter l'offre dans les territoires les moins bien équipés

Intitulé de l'action :

Soutenir l'insertion professionnelle des personnes handicapées

Contexte de l'action :

> Poursuivre la mise en œuvre du programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012 : 10 000 places en établissements et services d'aide par le travail (ESAT)

Résultats attendus :

> Améliorer la couverture régionale en offre de prise en charge en ESAT afin de répondre aux besoins identifiés et de réduire les inégalités, notamment territoriales
> Résorber la liste des jeunes en attente de places en ESAT et maintenus dans les structures pour enfants, faute de places (amendement Creton).

Acteurs :

Pilote : ARS, siège et Délégations Territoriales
Partenaires : ESAT, Direccte, MDPH

Localisation de l'action :

> Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

> Mobilisation des crédits d'Etat,
> Procédure d'appel à projets

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Début	2012
Sur la durée du schéma	2016
5 - Fin	

Suivi et évaluation :

> Evolution des taux d'équipement relatifs aux ESAT par territoire de santé
> Nombre de places nouvelles créées par territoire
> Liste d'attente des jeunes en situation d'amendement Creton avec orientation en ESAT.



Action 1.4/1.4

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.4/ Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne

1.4/1 Conforter l'offre dans les territoires les moins bien équipés

Intitulé de l'action :

Privilégier les extensions de capacité des EHPAD pour compléter le maillage territorial

Contexte de l'action :

- > Une population aquitaine qui vieillit plus vite que la moyenne nationale
- > La mise en œuvre du Plan Solidarité Grand Age

Résultats attendus :

- > Réduire les disparités de niveau d'équipement entre territoires
- > Réduire les délais d'admission dans certains territoires

Acteurs :

Pilote : ARS et Conseils généraux
Partenaires : EHPAD, Conférences de territoire, Fédérations et Unions d'établissements

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

Financement CNSA (PRIAC) et Conseils Généraux
Appels à projets avec cahier des charges privilégiant les extensions de capacité d'EHPAD existants

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Evolution de l'offre dans les 6 territoires sur la durée du schéma médico-social (se référer aux volets territoriaux)	2012
	2016

Suivi et évaluation :

- > Evolution annuelle du nombre de places en EHPAD et du taux d'équipement
- > Evolution annuelle des dépenses d'assurance maladie des personnes de 75 ans et plus

ACTION 1.4/1.5

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.4/ Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne

1.4/1 Conforter l'offre dans les territoires les moins bien équipés

Intitulé de l'action :

Veiller à l'accessibilité financière des EHPAD

Contexte de l'action :

- > Les ressources des personnes âgées ne leur permettent pas toujours d'assumer le coût d'un hébergement en EHPAD (en particulier dans certains territoires)
- > Une pression particulière s'exerce sur les EHPAD habilités à l'aide sociale

Résultats attendus :

- > Rendre plus opérationnel le principe d'équité dans l'accès aux EHPAD, quel que soit le niveau de ressources de la personne âgée

Acteurs :

Pilote : ARS et Conseils généraux
Partenaires : EHPAD

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Inscription de l'accessibilité financière dans le cahier des charges des appels à projets

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Mise en œuvre de cette exigence sur la durée du schéma	2012
	2016

Suivi et évaluation :

Comparaison annuelle entre le coût d'hébergement des places créées et le coût moyen d'hébergement départemental



Action 1.4/2.1

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales
Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents
 - 1.4/ Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne
 - 1.4/2 *Anticiper l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap*

Intitulé de l'action :

Proposer aux personnes handicapées vieillissantes des réponses médico-sociales adaptées et diversifiées

Contexte de l'action :

- > Un allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées
- > Des modalités d'accompagnement qui deviennent inadaptées aux besoins des personnes handicapées avançant en âge

Résultats attendus :

- > Améliorer la qualité de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes
- > Mettre en place une palette de solutions pour mieux répondre aux choix de vie des personnes handicapées vieillissantes

Acteurs :

Pilote : ARS et Conseil Généraux
Partenaires : Etablissements sociaux et médico-sociaux (Personnes Handicapées et Personnes âgées),
Conférences de territoire

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Financement CNSA (PRIAC) et Conseils Généraux
- > Appel à projets

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Adaptation et évolution de l'offre en faveur des personnes handicapées vieillissantes sur la durée du schéma médico-social (se référer aux volets territoriaux)	2012
	à
	2016

Suivi et évaluation :

- > Evolution annuelle du nombre de places créées par territoires pour les personnes handicapées vieillissantes, en distinguant celles créées par médicalisation de foyers et celles créées au sein d'EHPAD

Action 1.4/3.1

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales
Renforcer la qualité des soins et des prises en charge, et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objetif spécifique/ Objetif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.4/ Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne

1.4/3 *Mieux prendre en compte dans les territoires les besoins de publics spécifiques*

Intitulé de l'action :

Offrir un accompagnement médico-social diversifié aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques (handicap psychique, précarité, troubles du comportement, addictions,...)

Contexte de l'action :

> L'offre en direction de ces publics reste à conforter
> Les difficultés auxquelles sont confrontés ces publics exigent des réponses modulées tenant compte des particularités de leur parcours de vie.

Résultats attendus :

> Mettre en place une palette de solutions pour mieux répondre aux choix de vie de ces personnes
> Améliorer la qualité des accompagnements

Acteurs :

Pilote : ARS et Conseils Généraux (pour les équipements à double financement)
Partenaires : DRJSCS, Etablissements de santé, Etablissements sociaux et médico-sociaux, Fédérations, Unions et Associations intervenant auprès de ces publics.

Localisation de l'action :

4 territoires de santé (Dordogne, Gironde, Landes et Béarn Soule)

Moyens de l'action :

> Mise en œuvre du schéma régional d'addictologie 2009-2014
> Financement Etat, CNSA (PRIAC) et Conseils généraux pour les équipements cofinancés
> PRAPS

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Evolution de l'offre sur la période 2012 – 2014 sur 4 territoires (se référer aux volets territoriaux)	2012] 2014]

Suivi et évaluation :

> Evolution annuelle du nombre de places ou de dispositifs créés par territoires en ACT, LHSS, FAM et GEM



ACTION 1.4/3.2

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales
Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents
 - 1.4/ Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne
 - 1.4/3 Mieux prendre en compte dans les territoires les besoins de publics spécifiques

Intitulé de l'action :

S'inscrire dans la mise en œuvre des plans nationaux, notamment en privilégiant les créations en faveur des personnes autistes et atteintes de la maladie d'Alzheimer

Contexte de l'action :

- > La mise en œuvre du Plan National Autisme (2008-2011) et du Plan Alzheimer (2008-2012)
- > Des publics prioritaires pour lesquels des besoins d'accompagnement importants restent à satisfaire, en particulier dans certains territoires

Résultats attendus :

- > Développer une offre médico-sociale diversifiée en faveur des publics autistes, notamment en créant des places d'IME pour jeunes, de FAM, de MAS et d'ESAT pour adultes
- > Assurer un maillage territorial en PASA et UHR afin d'offrir aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées un accueil dans un cadre sécurisé et un accompagnement de qualité

Acteurs :

Pilote : ARS
Partenaires : Conseils Généraux, Etablissements médico-sociaux (personnes handicapées et personnes âgées), Etablissements de santé

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Financement CNSA (PRIAC) et Conseils Généraux pour les équipements cofinancés
- > Procédure de labellisation PASA / UHR
- > Appel à projets

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Evolution de l'offre sur la durée du schéma sur l'ensemble des 6 territoires de santé (se référer aux annexes territoriales)	2012
	2016

Suivi et évaluation :

- > Evolution annuelle par territoire du nombre d'UHR et PASA créés
- > Evolution annuelle du nombre de places créées en faveur des personnes autistes par type d'établissement et du taux d'équipement

ACTION 1.5/1.1

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents

1.5/ Innover pour améliorer les parcours de vie

1.5/1 Faciliter le passage des structures pour enfants handicapés vers celles pour personnes adultes handicapées

Intitulé de l'action :

Adapter les autorisations aux besoins de prise en charge des enfants et adolescents handicapés, y compris dans les expérimentations

Contexte de l'action :

- > Des agréments de structures médico-sociales en décalage plus ou moins important avec les publics reçus, en termes d'âges et de déficiences et/ou troubles
- > Nécessité de mieux prendre en compte l'évolution des besoins

Résultats attendus :

- > Améliorer la connaissance et la lisibilité du fonctionnement des structures médico-sociales et du service rendu
- > Actualiser les projets d'établissement et de services en fonction des profils des jeunes accueillis

Acteurs :

Pilote : ARS (Siège et DT)

Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux, MDPH, Conseils Généraux

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Mise en perspective des données de l'enquête nationale ES 2010 par rapport aux agréments
- > Investigations complémentaires à conduire par territoire (méthodologie à élaborer)
- > Adaptation éventuelle des autorisations et des projets d'établissement ou de service
- > Mise à jour de FINESS

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Travaux à conduire sur une période de 3 ans sur la base d'une méthodologie commune	2012
	2014

Suivi et évaluation :

Au terme de la démarche :

- > Nombre autorisations adaptées par territoire et par catégorie d'établissements
- > Evolution éventuelle des taux d'équipement



Action 1.5/2.1

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge, et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

1. Faciliter la continuité de parcours de soins et de vie cohérents
 - 1.5/ Innover pour améliorer les parcours de vie
 - 1.5/2 Promouvoir de nouveaux modèles d'accompagnement médico-social

Intitulé de l'action :

Favoriser les expérimentations au bénéfice des personnes autistes et des jeunes atteints de troubles sévères du comportement

Contexte de l'action :

- > Plan National Autisme
- > Absence de réponses adaptées aux problèmes d'adolescents cumulant les difficultés socio-familiales, des troubles psychologiques importants et en rupture avec les prises en charge traditionnelles

Résultats attendus :

- > Faire bénéficier les jeunes autistes de méthodes innovantes d'accompagnement pour leur permettre de réaliser des progrès et pour améliorer leur qualité de vie
- > Proposer aux jeunes en grandes difficultés de comportement des dispositifs spécifiques d'accompagnement, alliant soins et cadre éducatif adapté

Acteurs :

Pilote : ARS et Conseils Généraux
Partenaires : PJJ, Pédopsychiatrie, CRA, Etablissements sociaux et médico-sociaux

Localisation de l'action :

4 territoires (Dordogne, Gironde, Landes et Lot-et-Garonne, Navarre-Côte Basque)

Moyens de l'action :

- > Financement CNSA (PRIAC) et Conseils Généraux
- > Appel à projets

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Conduite de l'innovation sur la durée du schéma médico-social (se référer aux volets territoriaux)	2012
	2016

Suivi et évaluation :

- > Evolution annuelle des places créées (jeunes autistes et adolescents en grandes difficultés de comportement) par territoire de santé

ACTION 2.1/1.1

PSRS/Priorité :

Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales
Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objetif spécifique/

Objetif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social
- 2.1/ Améliorer la performance des organisations médico-sociales
- 2.1/1 Mobiliser le levier de la recomposition hospitalière

Intitulé de l'action :

Poursuivre les reconversions hospitalières vers le secteur médico-social

Contexte de l'action :

- > Le contenu des plans nationaux pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées ne permet pas de faire évoluer l'offre médico-sociale à hauteur des besoins repérés
- > Un certain nombre de personnes accueillies sur une longue durée en milieu hospitalier relèvent prioritairement d'une prise en charge médico-sociale

Résultats attendus :

- > Offrir un accompagnement et un projet de vie adaptés à des personnes handicapées et à des personnes âgées
- > Diminuer les inadéquations hospitalières

Acteurs :

Pilote : ARS (Offre de soins et Offre médico-sociale)
Partenaires : Conseils généraux, Etablissements de santé, Etablissements médico-sociaux (personnes handicapées, personnes âgées), Conférences de territoire

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Etude par territoire des possibilités nouvelles de reconversions hospitalières
- > Transfert d'enveloppes de crédits du sanitaire vers le médico-social
- > Financement résiduel éventuel CNSA (PRIAC) et Conseils généraux

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Etat des lieux par territoire de santé des possibilités de nouvelles de reconversion	2012
	2013
2- Mise en œuvre des conversions	2012
	2016

Suivi et évaluation :

- > Bilan annuel des places reconverties par catégorie de structure, type de public et territoire de santé
- > Evolution annuelle des taux d'équipement



Action 2.1/2.1

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social
- 2.1/ Améliorer la performance des organisations médico-sociales
 - 2.1/2 *Susciter et accompagner les initiatives de coordination et le partenariat entre établissements et services*

Intitulé de l'action :

Promouvoir la coopération entre établissements et services médico-sociaux, et avec les établissements de santé

Contexte de l'action :

- > Des structures sanitaires et médico-sociales qui fonctionnent trop souvent de façon non coordonnée
- > Des usagers insuffisamment accompagnés dans leur parcours de soins

Résultats attendus :

- > Améliorer la continuité des soins, notamment en psychiatrie
- > Renforcer la cohérence et l'efficacité dans la mise en œuvre du projet personnalisé de l'utilisateur
- > Recomposer l'offre médico-sociale

Acteurs :

Pilote : ARS (direction santé publique et offre médico-sociale, direction offre de soins, direction de la stratégie)
Partenaires : Etablissements de santé, établissements et services médico-sociaux, professionnels de santé, usagers

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Recensement et analyse (fiches techniques) des différents modes de coopération
- > Animation territoriale pour susciter des partenariats et les accompagner
- > Programme régional de télémédecine dans le champ des EHPAD
- > CPOM (notamment avec sièges associatifs), GCSMS

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Au cours des 3 premières années du schéma médico-social	2012
	2014

Suivi et évaluation :

- > Nombre de partenariats nouveaux (fin 2014)
- > Nombre d'EHPAD bénéficiant de la technologie Télémédecine

ACTION 2.1/3.1

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social
- 2.1/ Améliorer la performance des organisations médico-sociales
 - 2.1/3 *Tendre vers un niveau amélioré de prestations*

Intitulé de l'action :

Réaliser une étude sur le fonctionnement des SSIAD et SPASAD et définir les conditions requises pour garantir la viabilité et la qualité des dispositifs

Contexte de l'action :

- > Disparités des services en termes de capacité, de mode d'organisation et de plateau technique
- > Coordination insuffisante entre les différents intervenants auprès des personnes âgées et handicapées à domicile

Résultats attendus :

- > Définir les conditions optimales du fonctionnement des SSIAD et SPASAD
- > Améliorer la qualité des prestations offertes tant pour les personnes bénéficiaires que pour les aidants familiaux

Acteurs :

Pilote : ARS et Conseils généraux
Partenaires : Gestionnaires de SSIAD et SPASAD

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Bâtir un protocole d'étude
- > Conduire les investigations
- > Analyser les résultats
- > Faire des recommandations

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Etude et résultats	2012
2- Recommandations et proposition d'un référentiel	2013

Suivi et évaluation :

- > Date de mise à disposition du référentiel



ACTION 2.1/4.1

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social

2.1/ Améliorer la performance des organisations médico-sociales

2.1/4 *Soutenir prioritairement, en matière d'allocation de ressources, les structures accueillant les personnes lourdement dépendantes (autistes, polyhandicapés, EHPAD)*

Intitulé de l'action :

Approfondir les analyses comparatives de coûts par échantillon de structures pour des publics identiques

Contexte de l'action :

- > Les contraintes budgétaires de plus en plus prégnantes imposent d'allouer les ressources de façon plus ciblée
- > Des écarts de moyens financiers entre structures qui manquent de lisibilité

Résultats attendus :

- > Rendre plus cohérente l'adéquation entre les ressources et les services rendus
- > Faire bénéficier les personnes les plus dépendantes de moyens renforcés au regard de leurs besoins

Acteurs :

Pilote : ARS (Siège et Délégations Territoriales)
Partenaires : Conseils généraux, Etablissements médico-sociaux (personnes handicapées et personnes âgées)

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

> Conduite d'analyses comparatives de coûts sur les structures recevant des publics spécifiques

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Réalisation d'analyses comparatives	2012
Actualisation des résultats dans le cadre des campagnes budgétaires	2013 2016

Suivi et évaluation :

> Date de mise à disposition des analyses ou de leur actualisation

ACTION 2.1/4.2

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité

dans le dispositif médico-social

2.1/ Améliorer la performance des organisations médico-sociales

2.1/4 *Soutenir prioritairement, en matière d'allocation de ressources, les structures accueillant les personnes lourdement dépendantes (autistes, polyhandicapés, EHPAD)*

Intitulé de l'action :

Adapter annuellement la politique régionale de médicalisation des EHPAD et améliorer la communication sur cette politique

Contexte de l'action :

- > La mise sous contrainte en 2010 de l'enveloppe de médicalisation et la diminution importante de son volume imposent d'allouer les ressources disponibles de façon plus ciblée
- > Des écarts sont constatés pour un très grand nombre de structures entre le niveau de ressources actuel et le niveau théorique issu du calcul de la dotation plafond

Résultats attendus :

- > Rendre plus cohérente l'adéquation entre l'allocation de ressources et le niveau de prise en charge requis
- > Faire bénéficier les résidents d'une prise en charge correspondant à leur niveau de dépendance

Acteurs :

Pilote : ARS

Partenaires : Conseils Généraux, Etablissements et leurs Fédérations

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Bilan annuel des besoins de médicalisation des EHPAD
- > Présentation en commission de coordination médico-sociale et aux principales fédérations représentatives des établissements

Calendrier l'action :

Etapes	Année
1- Réalisation d'un état des lieux régional	2012
2- Définition de la politique régionale en lien avec les orientations nationales et le niveau des enveloppes notifiées	
3- Présentation à la commission de coordination	
4- Processus à reconduire sur l'état des lieux et à réviser, le cas échéant, en fonction des orientations nationales et du niveau des enveloppes notifiées	2013 2016

Suivi et évaluation :

- > Date de production de l'état des lieux
- > Date de présentation, chaque année, en commission de coordination médico-sociale



Action 2.1/5.1

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social

2.1/ Améliorer la performance des organisations médico-sociales

2.1/5 Mobiliser les acteurs sur la performance de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux dans les établissements médico-sociaux

Intitulé de l'action :

Réaliser un diagnostic régional de la performance de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux

Contexte de l'action :

- > Des erreurs médicamenteuses fréquentes et graves évitables
- > Une faible sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du fait des organisations et des glissements de tâches
- > Un fort potentiel d'amélioration en termes d'organisation et de régulation par la qualité et d'économies en termes de consommations

Résultats attendus :

- > Identifier les points de vulnérabilité dans la prise en charge médicamenteuse en vue d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre d'actions pertinentes d'amélioration
- > Mettre à disposition des établissements médico-sociaux (EMS) des outils et méthodes adaptés pour optimiser la PECM.

Acteurs :

Pilotes : ARS - OMEDIT

Partenaires : DT ARS, professionnels de santé (URPS), médecins coordonnateurs, ANAP, ANAESM, Assurance maladie

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

- > Utilisation d'outils de diagnostic déployés dans le domaine sanitaire en lien avec l'ANAP
- > Test sur des ESM et généralisation
- > Analyse des données – Diffusion – Aide à la réalisation d'actions
- > PRGDR

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Phase expérimentale de l'outil de diagnostic	2012
Phase généralisée Analyse des données Communication régionale Développement d'outils	2013
Aide à la réalisation	2014 et 2015

Suivi et évaluation :

- > Synthèse régionale du diagnostic
- > Nombre d'outils mis à disposition/an
- > Nombre d'actions d'améliorations mises en place - Résultats

ACTION 2.1/5.2

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

- 2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social
 - 2.1/ Améliorer la performance des organisations médico-sociales
 - 2.1/5 *Mobiliser les acteurs sur la performance de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux dans les établissements médico-sociaux*

Intitulé de l'action :

Inciter les EHPAD à mettre en œuvre un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.

Contexte de l'action :

- > La lutte contre l'iatrogénie chez la personne âgée en EMS est un thème nécessitant de développer un management de la qualité de la PECM.
- > Nécessité d'anticiper au regard de ce qui est exigé dans le domaine sanitaire et de mettre en place dans les EMS un management de la PECM adapté aux caractéristiques de ces établissements et aux patients à risques que sont les personnes âgées

Résultats attendus :

- > Engagement de la direction de l'établissement sur la politique du médicament et des dispositifs médicaux
- > Développement de la culture de sécurité au sein des EHPAD par l'analyse des causes et les retours d'expériences partagées
- > Mise en place de programmes d'action spécifiques d'amélioration de la qualité de la PECM.
- > Mesure des résultats par un indicateur composite spécifique à la PECM en EHPAD, élaboré en région

Acteurs :

Pilotes : ARS - OMEDIT
Partenaires : CCECQA (indicateurs) DT ARS - Professionnels, médecins coordonnateurs, ANAP, ANESM, HAS, Assurance maladie

Localisation de l'action :

Les EHPAD dans les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

- > Communication - réseau de correspondants OMEDIT dans les EHPAD
- > Aide à l'analyse des causes et à la mise en place de programmes d'action spécifiques
- > Elaboration en lien avec le CCECQA d'un indicateur spécifique sur la PECM en EHPAD
- > PRGDR

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Communication et création d'un réseau de correspondants OMEDIT	2012
2- Aide sur site à l'analyse des causes des erreurs médicamenteuses	2013
3- Elaboration d'un indicateur spécifique mesurant la mise en œuvre du management de la qualité de la PECM dans les EHPAD et test	2013
4- Généralisation de la mesure et communication (benchmarking)	2014 2015

Suivi et évaluation :

- > Nombre d'établissements ayant mis en place des analyses des causes
- > Indicateur élaboré et testé
- > % EHPAD ayant mis en place un management de la qualité de la PECM



Action 2.1/6.1

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

- 2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social
 - 2.1/ Améliorer la performance des organisations médico-sociales
 - 2.1/6 Améliorer la fluidité des soins en addictologie

Intitulé de l'action :

Renforcer les articulations entre les structures médico-sociales et sanitaires d'addictologie

Contexte de l'action :

- > Une multiplicité de dispositifs et de compétences en addictologie sur les plans sanitaire et médico-social
- > Des inégalités de répartition et d'articulation entre les territoires

Résultats attendus :

- > Développer l'offre de manière harmonieuse pour une amélioration effective de la prise en charge des patients/usagers
- > Mieux identifier les structures et leurs complémentarités
- > Instaurer une plus grande fluidité des parcours

Acteurs :

Pilote : ARS

Partenaires : Structures médico-sociales, hospitalières et de ville d'addictologie (CSAPA, ELSA, consultations d'addictologie, médecine libérale, réseaux d'addictologie, médecine psychiatrie, MCO, SSR d'addictologie, LHSS, ACT)

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014 (objectif n° 1)
- > Schéma régional d'organisation des soins (chapitre Psychiatrie- Santé mentale)

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Rendre lisible dans le Projet Santé de Territoire (PST) les articulations réseaux, hôpitaux, dispositifs sociaux et CSAPA	2012
2- Identifier des CSAPA pivots de territoire garantissant une bonne fluidité des parcours	
3- Mettre en œuvre des conventions, des cadres de coopération assurant la complémentarité des structures sanitaires et médico-sociales sur chaque territoire de santé	2016

Suivi et évaluation :

- > Identification de CSAPA pivots dans les territoires de santé
- > Nombre de conventions de partenariat conclues

ACTION 2.2/1.1

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

- 2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social
 - 2.2/ S'inscrire dans une démarche de bientraitance
 - 2.2/1 *Garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles*

Intitulé de l'action :

S'assurer de la diffusion des recommandations, bonnes pratiques et guides en vigueur (HCSP, HAS, ANESM, ANAP, AFSSAPS)

Contexte de l'action :

- > La protection des personnes accueillies dans les établissements et services est une mission prioritaire des pouvoirs publics
- > Une production dense et récente de publications autour de la qualité et de la sécurité dans les structures médico-sociales

Résultats attendus :

- > Améliorer la connaissance et l'appropriation des contenus de ces publications par les professionnels du secteur médico-social
- > Rendre effective leur mise en œuvre dans les structures

Acteurs :

Pilote : ARS (siège et DT)
Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Recensement des publications applicables au champ médico-social et de leur mode de diffusion
- > Mise à disposition de ce recensement auprès des structures médico-sociales

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Recensement des publications	2012
2- Mise à jour annuelle	2013 à 2016

Suivi et évaluation :

- > Date de mise à disposition annuelle du recensement



ACTION 2.2/1.2

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social

2.2/ S'inscrire dans une démarche de bienveillance

2.2/1 *Garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles*

Intitulé de l'action :

Prévenir les risques associés aux soins (infectieux, médicamenteux...)

Contexte de l'action :

> La prévention et la gestion des risques associés aux soins sont étendues désormais aux secteurs médico-social et ambulatoire (ex : plan stratégique national de lutte contre les infections associées aux soins 2009 – 2013) (Circulaire interministérielle du 30 septembre 2011 relative aux risques infectieux dans les EHPAD).

Résultats attendus :

- > Prévenir les épidémies
- > Réduire les infections communautaires (IRA - GEA) et infections sur dispositifs médicaux (ex : sondes urinaires)
- > Mieux utiliser les antibiotiques pour prévenir les résistances
- > Améliorer le niveau de vaccination des professionnels de santé dans les structures médico-sociales

Acteurs :

Pilote : ARS (DT/Siège)

Partenaires : Médecins coordonateurs des EHPAD, médecins et professionnels libéraux, structures régionales d'appui : OMEDIT, CCLIN, ARLIN.

Localisation de l'action :

> Dans une première étape, les EHPAD des 6 territoires de santé (ensuite les FAM)

Moyens d'action :

> Renforcement des moyens humains des ARLIN/ CCLIN par un financement dédié ministériel pour les EHPAD (campagne budgétaire ES 2011)

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Auto-évaluation sur les pratiques	2012
2- Analyse des risques et 3- Identification des actions	2013 à 2015
4- Évaluation des actions	2016

Suivi et évaluation :

- > Bilan annuel des actions menées par territoire de santé
- > Taux de vaccination, par territoire, des professionnels de santé des structures médico-sociales

ACTION 2.2/1.3

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social

2.2/ S'inscrire dans une démarche de bientraitance

2.2/1 *Garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles*

Intitulé de l'action :

Renforcer la culture du signalement dans les établissements médico-sociaux

Contexte de l'action :

> Nécessité de signaler les cas groupés de maladies infectieuses, les maladies à déclaration obligatoires et les événements indésirables liés aux soins afin que soient mises en place précocement les mesures de gestion

Résultats attendus :

- > Signaler précocement à l'ARS des cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA), de gastro-entérites aiguës (GEA), de gale, etc. afin que soient mises en place avec l'appui de l'ARS, les mesures pour limiter la diffusion de l'infection
- > Signaler tous les événements indésirables liés aux soins pour une analyse précoce de la situation et s'assurer de la non-reproductibilité de l'évènement

Acteurs :

Pilote : ARS – Cire

Partenaires : Etablissements médico-sociaux

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens d'action :

- > Information aux établissements médico-sociaux sur la mise en place de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires et sur les procédures de signalement (coordination de la plateforme, informations sur le site internet de l'ARS, liens vers le site de l'InVS)
- > Participation à l'organisation des journées de prévention du risque infectieux en EHPAD (ARLIN / ARS, Cire) et rétro-information sur la surveillance des signalements

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Information sur la plateforme régionale de veille et des urgences sanitaires	2011 2012
2- Journées de prévention du risque infectieux en EHPAD et rétro-information	Chaque année

Suivi et évaluation :

- > Nombre d'établissements médico-sociaux ayant effectué un signalement par territoire
- > Nombre d'établissements ayant participé aux journées de prévention du risque infectieux en EHPAD par territoire



ACTION 2.2/1.4

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social

2.2/ S'inscrire dans une démarche de bienveillance

2.2/1 *Garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles*

Intitulé de l'action :

Suivre la mise en œuvre de la démarche d'évaluation, interne et externe

Contexte de l'action :

- > Mise en œuvre de la loi du 2 janvier 2002
- > Renouvellement des autorisations d'établissements et services médico-sociaux arrivant à échéance

Résultats attendus :

- > Faire évoluer les projets d'établissements et de services pour améliorer la qualité des accompagnements
- > Disposer d'éléments objectifs d'appréciation sur le service rendu par les structures

Acteurs :

Pilote : ARS (siège et DT) et Conseils généraux pour les équipements co-autorisés

Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Mise en place d'un groupe de travail (en lien avec fiche 2.3 / 1.2)
- > Suivi annuel de la réalisation des évaluations

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Installation du groupe et définition de son programme de travail	2012
2- Suivi annuel des évaluations	2013 à 2016

Suivi et évaluation :

- > Comparaison du nombre d'évaluation internes et externes à réaliser réglementairement avec celles effectivement conduites

ACTION 2.2/1.5

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social
- 2.2/ S'inscrire dans une démarche de bientraitance
- 2.2/1 *Garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles*

Intitulé de l'action :

Agir pour mieux accompagner la fin de vie en institution

Contexte de l'action :

- > Des structures (EHPAD et MAS pour l'essentiel) ne disposant généralement pas de professionnels formés à la prise en charge de la fin de vie
- > Des transferts vers les hôpitaux qui ne sont pas toujours indispensables sur le plan médical

Résultats attendus :

- > Offrir aux personnes mourantes une fin de vie dans la dignité et dans leur environnement habituel
- > Permettre aux établissements médico-sociaux concernés de bénéficier des conditions nécessaires pour accompagner ces fins de vie (formation, mutualisation de moyens en personnel, interventions EMOG, réseaux...)

Acteurs :

Pilote : ARS (Offre de soins et offre médico-sociale)
Partenaires : EHPAD, MAS, Conseils généraux, Etablissements de santé (équipes mobiles de soins palliatifs), HAD, Réseaux

Localisation de l'action

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Etat des lieux de la prise en charge des fins de vie en EHPAD et MAS
- > A partir des expériences réussies, accompagnement du développement de nouvelles organisations dans les établissements dépourvus d'offre.
- > Schéma régional d'organisation des soins (chapitre Soins palliatifs)

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Etat des lieux	2012
2- Développement de l'offre d'accompagnement des fins de vie (nouvelle organisation, formalisation de partenariats, formation, etc...)	2013
	2016

Suivi et évaluation :

- > Evolution du nombre de personnes en fin de vie transférées à l'hôpital via les urgences



ACTION 2.2/2.1

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social

2.2/ S'inscrire dans une démarche de bienveillance

2.2/2 Renforcer l'attractivité des métiers et la compétence des professionnels du secteur médico-social

Intitulé de l'action :

Favoriser, dans le cadre de la formation initiale, les rapprochements entre les centres de formation et les structures médico-sociales

Contexte de l'action :

- > Les personnes en perte d'autonomie, en particulier les personnes âgées, sont en augmentation importantes ce qui génère un besoin croissant d'accompagnement par des professionnels
- > Le secteur de la dépendance souffre toujours d'un déficit d'image qui constitue une réelle difficulté dans la gestion des ressources humaines.

Résultats attendus :

- > Faire connaître et valoriser la diversité des métiers du médico-social dans lesquels la relation d'aide revêt une importance toute particulière
- > Faciliter le recrutement de personnels qualifiés et le fidéliser

Acteurs :

Pilote : ARS et DRJSCS

Partenaires : Conseil Régional – Institut de formation – facultés de médecine – Etablissements et services médico-sociaux

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Introduire dans les programmes de formation, notamment des aides-soignants, des IDE, des auxiliaires de vie sociale, des modules consacrés à la dépendance et à la perte d'autonomie.
- > Impliquer davantage les établissements et services dans les enseignements dispensés et dans l'accueil de stagiaires

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Etat des lieux de la prise en compte de la dépendance et du handicap dans les programmes de formation	2012
2- Plan d'action pour une adaptation des enseignements théoriques et pratiques	2013 à 2016

Suivi et évaluation :

- > Production de l'état des lieux (fin 2012)
- > Programmes de formation incluant de nouveaux modules Dépendance et perte d'autonomie (fin 2016)

ACTION 2.2/2.2

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social

2.2/ S'inscrire dans une démarche de bienveillance

2.2/2 Renforcer l'attractivité des métiers et la compétence des professionnels du secteur médico-social

Intitulé de l'action :

Poursuivre dans le cadre de la formation continue, la politique de professionnalisation

Contexte de l'action :

- > La mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur la bienveillance repose notamment sur des qualifications en adéquation avec les missions des structures médico-sociales
- > Les particularités de certaines pathologies ou déficiences (Alzheimer, autisme, handicap psychique...) exigent des compétences spécifiques régulièrement actualisées

Résultats attendus :

- > Mieux cibler les besoins de formation (métiers en tension, adaptation à de nouveaux besoins)
- > Renforcer les qualifications grâce à la mise en place de pôles d'expertise chargés de diffuser des socles communs de connaissance

Acteurs :

Pilote : ARS et DRJSCS

Partenaires : Conseil Régional – Direccte – Pôle emploi – OPCA - ESMS

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Mise en œuvre de formations autour de l'autisme, de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées...
- > Rencontre annuelle avec les décideurs et acteurs pour mieux orienter les actions à développer

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Formation de formateurs sur l'autisme (cf Plan Autisme)	2012
2- Sur la durée du schéma, poursuite de la politique de professionnalisation	2012 à 2016

Suivi et évaluation :

- > Bilan annuel des interventions des formateurs sur l'autisme
- > Production annuelle du compte rendu des réunions avec les décideurs et acteurs de la formation



Action 2.3/1.1

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social
- 2.3/ S'inscrire dans une démarche de bienveillance
- 2.3/1 Développer l'exercice des fonctions d'inspection, de contrôle et d'évaluation

Intitulé de l'action :

S'assurer de la qualité des prestations délivrées et du respect de la réglementation relative aux risques liés aux facteurs environnementaux (amiante, lutte contre les légionelloses...)

Contexte de l'action :

- > Le contrôle des établissements et services médico-sociaux constitue une mission essentielle des pouvoirs publics en charge du bien être et de la sécurité des personnes accueillies

Résultats attendus :

- > Détecter précocement les premiers signaux de dysfonctionnement dans les structures médico-sociales
- > Assurer une veille permettant de maintenir des conditions d'accueil et d'accompagnement de qualité

Acteurs :

Pilote : ARS
Partenaires : Conseil général et établissements et services médico-sociaux

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Programme régional d'inspection contrôle évaluation (PRIICE)
- > Inscription chaque année d'inspections au titre de la promotion de la bienveillance et de la sécurité, y compris environnementale, des personnes

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
Programmation d'inspections sur la qualité et la sécurité sur la durée du schéma médico-social	2012 à 2016

Suivi et évaluation :

- > Nombre d'inspections réalisées chaque année au titre de la promotion de la bienveillance

ACTION 2.3/1.2

PSRS/Priorité :

Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

2. Garantir la qualité de vie et la sécurité dans le dispositif médico-social
- 2.3/ S'inscrire dans une démarche de bientraitance
- 2.3/1 Développer l'exercice des fonctions d'inspection, de contrôle et d'évaluation

Intitulé de l'action :

Elaborer une grille d'analyse des rapports d'évaluation externe en vue du renouvellement des autorisations

Contexte de l'action :

- > Une grande majorité des établissements et services médico-sociaux ont été autorisés antérieurement à la loi du 2 janvier 2002 et vont devoir produire au plus tard le 31/12/2014 leur rapport d'évaluation externe
- > Un volume important de rapports d'évaluation externe dont les contenus pourront être très disparates seront à étudier par les autorités administratives compétentes dans des délais contraints

Résultats attendus :

- > Faciliter la lecture des nombreux rapports d'évaluation externe au moyen d'un outil standardisé
- > Aider à la décision de renouvellement grâce à une analyse la plus objective et homogène possible

Acteurs :

Pilote : ARS (Siège et délégations territoriales) et Conseils généraux au titre des équipements co-autorisés

Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux – ANESM

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Mise en place d'un groupe de travail régional sur l'évaluation externe
- > Echanges avec l'ANESM

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Mise en place du groupe de travail	2012
2- Elaboration d'un outil d'analyse des rapports d'évaluation externe par le groupe de travail	2012
3- Test de l'outil	2013

Suivi et évaluation :

- > Mise à disposition de la grille d'analyse



Action 3.1/1.1

PSRS/Priorité :

Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

3. Mettre en place un système d'informations médico-sociales partagées

3.1/ Organiser la mise à disposition d'informations sur les ressources disponibles

3.1/1 Réaliser des outils d'information accessibles et actualisés pour les professionnels et les usagers

Intitulé de l'action :

Mettre à disposition, par territoire de santé, un annuaire des établissements et services médico-sociaux

Contexte de l'action :

- > Informations concernant les structures médico-sociale éparpillées et difficiles d'accès
- > Manque de lisibilité pour les usagers et les professionnels de l'offre existant sur un territoire

Résultats attendus :

- > Concevoir un annuaire (avec une version électronique) sous forme de fiche pour chaque établissement et service présentant le public concerné, les modalités d'accueil etc... avec une mise à jour annuelle

Acteurs :

Pilote : ARS et DT-ARS

Partenaires : MDPH, Conseils généraux, établissements et services médico-sociaux

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Délimitation du champ (structures à financement ARS uniquement ou ensemble du champ personnes handicapées, personnes âgées)
- > Création d'une fiche signalétique présentant la structure (coordonnées, catégorie, capacité et modalités d'accueil, publics accueillis : sexe, âge, pathologie...)
- > Remplissage des fiches par les structures
- > Mise en forme des informations recueillies et diffusion

Phases de l'action et calendrier :

Etapes	Année
1- Création de la fiche signalétique, recueil et mise en forme des données	2012
2- Diffusion de la base de données (annuaire avec accès internet)	2013
3- Mise à jour annuelle	2014-2015

Suivi et évaluation :

- > Date de mise à jour annuelle et de diffusion des annuaires pour chacun des territoires de santé
- > Date de diffusion

ACTION 3.1/1.2

PSRS/Priorité :

Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

3. Mettre en place un système d'informations médico-sociales partagées

3.1/ Organiser la mise à disposition d'informations sur les ressources disponibles

3.1/1 Réaliser des outils d'information accessibles et actualisés pour les professionnels et les usagers

Intitulé de l'action :

Expérimenter par territoire de santé une gestion centralisée des demandes d'admission et des places disponibles en établissements médico-sociaux (personnes âgées et personnes handicapées)

Contexte de l'action :

> Pas information sur les places vacantes en structures médico-sociales, centralisées et facilement accessibles pour les prescripteurs, les professionnels, les usagers et leurs familles

Résultats attendus :

> Disposer au niveau de chaque territoire de santé d'un outil permettant de suivre les flux d'entrées et de sorties dans les structures médico-sociales, afin d'identifier en temps réel les places disponibles
> Anticiper les besoins en places dans les catégories de structures où les tensions sont les plus fortes

Acteurs :

Pilotes : ARS (siège et DT)

Partenaires : Conseils généraux, MDPH, établissements et services médico-sociaux

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

> Recenser les travaux en cours de développement
> Faire connaître les applications testées

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Recensement des expérimentations	
2- Communication sur les outils	2012 2013]

Suivi et évaluation :

> Nombre et spécificités des outils élaborés dans les territoires de santé



Action 3.2/1.1

PSRS/Priorité :

Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

3. Mettre en place un système d'informations médico-sociales partagées

3.2/ Approfondir la connaissance des besoins médico-sociaux

3.2/1 Construire un observatoire régional des besoins des personnes handicapées

Intitulé de l'action :

Réaliser un outil de suivi des décisions des CDAPH en lien avec la commission de coordination pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et les MDPH

Contexte de l'action :

- > Absence de données quantitatives sur les personnes handicapées en attente d'une orientation
- > Pas d'information sur les catégories de structures, les types de publics, les territoires où les manques sont les plus importants

Résultats attendus :

- > Créer un outil de suivi des décisions des CDAPH permettant d'évaluer et de qualifier les besoins non pourvus pour améliorer la planification territoriale.

Acteurs :

Pilote : ARS et MDPH/CDAPH et Conseils généraux
Partenaires : Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux

Localisation de l'action :

Les 5 départements aquitains

Moyens de l'action :

- > Etude de faisabilité, définition d'un socle commun à toutes les CDAPH d'indicateurs nécessaires,
- > Elaboration d'un cahier des charges,
- > Construction de l'outil d'observation et mise en œuvre, production d'un rapport annuel

Calendrier :

Etapes	Année
1- Etude de faisabilité et élaboration de l'outil	2012
2- Mise en place de l'outil dans les MDPH et expérimentation	2013
3- Production d'un rapport annuel sur le devenir des orientations prononcées par les CDAPH	2014 à 2016

Suivi et évaluation :

- > Date d'élaboration de l'outil d'observation
- > Date de mise en place concrète de cet outil dans les MDPH
- > A partir de 2014, production annuelle d'un rapport sur le devenir des orientations prononcées par les CDAPH.

ACTION 3.2/1.2

PSRS/Priorité :

Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

3. Mettre en place un système d'informations médico-sociales partagées

3.2/ Approfondir la connaissance des besoins médico-sociaux

3.2/1 Construire un observatoire régional des besoins des personnes handicapées

Intitulé de l'action :

Procéder à des études spécifiques de populations accueillies dans le dispositif médico-social (champ du handicap)

Contexte de l'action :

- > Pression constante sur les ITEP (même dans les départements ayant un très bon niveau d'équipement) et méconnaissance de la diversité de l'offre de ces structures
- > Saturation des CMPP qui doivent parfois suivre des jeunes ne relevant pas de leurs missions
- > Une offre dans les CRP ne prenant pas suffisamment en compte certains publics

Résultats attendus :

- > Avoir une meilleure lisibilité de l'offre médico-sociale proposée notamment par les ITEP, les CMPP et les CRP des prestations assurées, des publics accompagnés...
- > Rechercher une plus grande complémentarité entre structures médico-sociales de même catégorie et développer les partenariats

Acteurs :

Pilote : ARS et MDPH

Partenaires : Conseils généraux, structures médico-sociales concernées

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

Conduire des études sur :

- > l'activité des ITEP et des CMPP (critères d'admission, modalités d'accompagnement, troubles des publics accompagnés, jeunes en attente / besoins non satisfaits)
- > l'offre en CRP dans la région : adaptation aux besoins des personnes handicapées et au marché de l'emploi
- > l'accueil en semi-internat d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Etude sur les ITEP	2012
2- Etude sur les CMPP	2013
3- Etude sur les CRP	2014
4 - Etude sur l'accueil en semi-internat de jeunes scolarisés en milieu ordinaire	2015 2016]

Suivi et évaluation :

- > Date de remise des rapports d'étude avec leurs recommandations

PSRS/Priorité :



ACTION 3.2/2.1

Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé

SROMS/Objectif spécifique/ Objectif opérationnel/Domaine d'action :

- 3. Mettre en place un système d'informations médico-sociales partagées
 - 3.2/ Approfondir la connaissance des besoins médico-sociaux
 - 3.2/2 Analyser les situations de dépendance lourde à domicile, prioritairement en zones rurales

Intitulé de l'action :

Procéder à une étude sur les modalités d'accompagnement des personnes âgées en GIR 1 et 2 à domicile

Contexte de l'action :

- > Maintien dans le milieu ordinaire de vie d'une population âgée ayant un lourd niveau de dépendance (confinement au lit ou au fauteuil) : 7 000 bénéficiaires de l'APA classés en GIR2 et 1 000 en GIR1 vivent à domicile en Aquitaine

Résultats attendus :

- > Repérer les conditions de vie et d'accompagnement des personnes âgées très dépendantes continuant de vivre à domicile.
- > Examiner de quelle manière ce mode de vie (choisi ou contraint) s'organise.
- > Définir des axes d'amélioration

Acteurs :

Pilote : ARS et Conseils généraux
Partenaires : services intervenant à domicile : SSIAD, SAD, SPASAD

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé ou 2 ou 3 territoires volontaires (à retenir en fonction des particularités de ces territoires : ruralité, répartition des bénéficiaires de l'APA entre domicile et institution)

Moyens de l'action :

- > Etablissement du protocole d'enquête (champ, objectifs, outils).
- > Réalisation de l'enquête, analyse, recommandations.

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Définition du champ de l'enquête, création outils et lancement	2012
2- Analyse des résultats, recommandations, diffusion de l'étude	2013 2014

Suivi et évaluation :

- > Date de mise à disposition des résultats de l'étude avec ses recommandations/pistes d'actions

Action 3.3/1.1

PSRS/Priorité :

Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

3. Mettre en place un système d'informations

médico-sociales partagées

3.3/ Faciliter le partage de l'information médicale et administrative

3.3/1 Rendre plus opérationnels les outils de transmission des informations relatives aux usagers

Intitulé de l'action :

Favoriser la circulation de l'information entre le lieu de vie et l'hôpital

Contexte de l'action :

- > Informations concernant les pathologies des personnes en particulier âgées et leurs traitements médicamenteux, dispersées et incomplètes
- > Risque de mal prendre en compte certaines pathologies, de refaire des examens déjà pratiqués, risque de iatrogénie médicamenteuse

Résultats attendus :

- > Améliorer la prise en charge en ayant connaissance du parcours de soins de la personne, en évitant la redondance des soins et en veillant à la compatibilité des traitements
- > Mieux informer les personnes en tant qu'acteurs de leur santé et les différents professionnels de santé intervenant auprès d'eux

Acteurs :

Pilote : GCS Télé-santé Aquitaine pour le compte de l'ARS

Partenaires : Etablissements de santé, établissements médico-sociaux, professionnels de santé, HAD/SSIAD, Conseils généraux, réseaux...

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

- > Déploiement des outils de communication DMP et bureautique santé en Aquitaine, retenue dans le cadre d'appels à projets nationaux

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Expérimentation de la solution Bureautique santé	2012
2- Déploiement du DMP dans la région	2012 2013]

Suivi et évaluation :

- > Nombre de structures et de professionnels utilisant le DMP
- > Nombre d'expérimentateurs de la solution Bureautique santé (cible 150 fin 2012)



ACTION 3.3/1.2

PSRS/Priorité :

Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé

SROMS/Objectif spécifique/

Objectif opérationnel/Domaine d'action :

3. Mettre en place un système d'informations médico-sociales partagées

3.3/ Faciliter le partage de l'information médicale et administrative

3.3/1 *Rendre plus opérationnels les outils de transmission des informations relatives aux usagers*

Intitulé de l'action :

Accompagner dans les territoires la généralisation du dossier unique d'admission en EHPAD

Contexte de l'action :

- > Demandes d'admission en EHPAD rendues complexes par l'absence de dossier unique
- > Multiplication des dossiers d'admission, à la forme et au contenu différent

Résultats attendus :

- > Améliorer l'accessibilité des EHPAD
- > Simplifier les démarches pour les médecins et pour les familles
- > Faciliter l'analyse des situations par les EHPAD lors de l'admission

Acteurs :

Pilote : ARS et Conseils généraux

Partenaires : Etablissements de santé, EHPAD, URMLA...

Localisation de l'action :

Les 6 territoires de santé

Moyens de l'action :

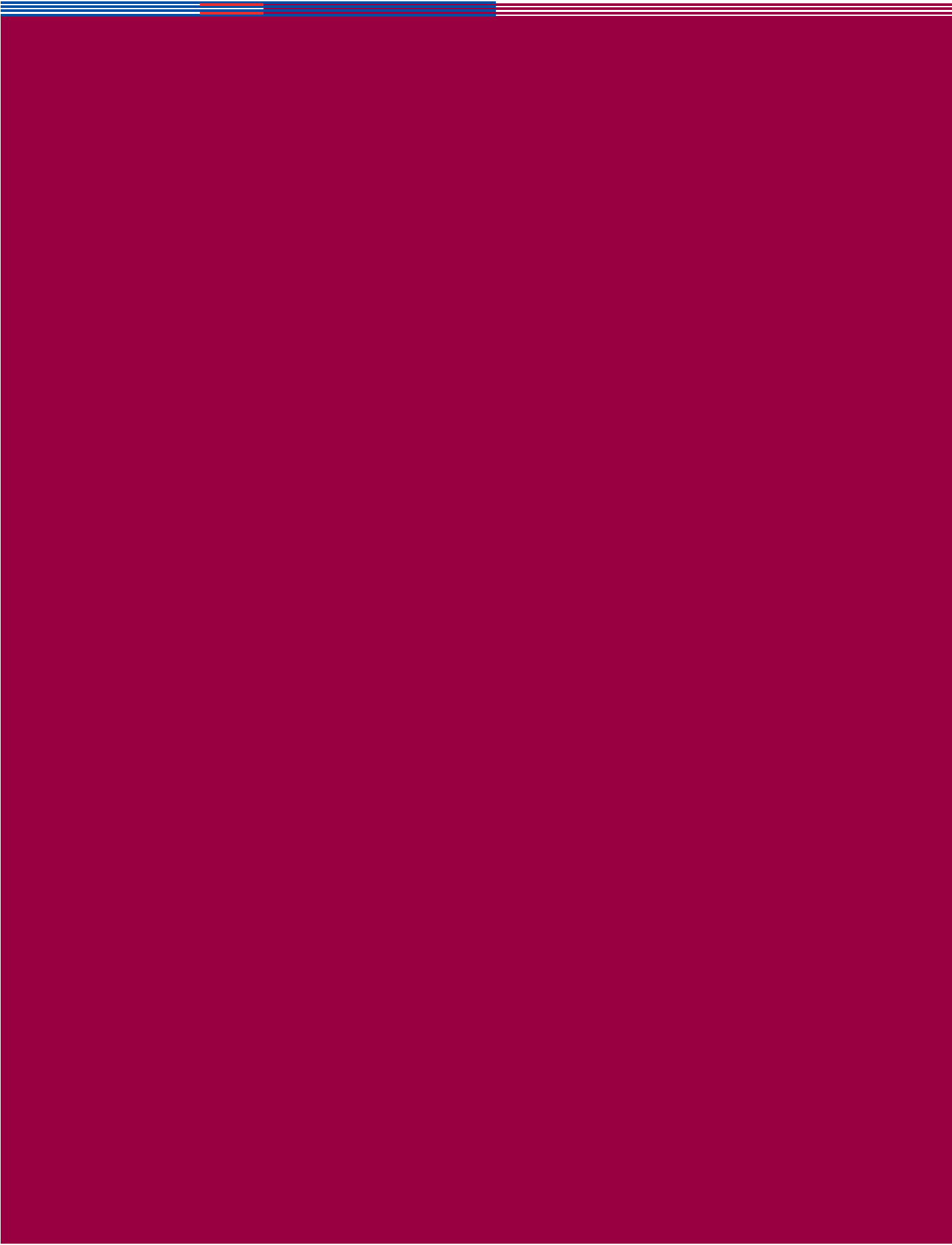
- > Appropriation du document de pré-admission élaboré par la DGCS et la DSS
- > Diffusion et accompagnement de sa généralisation

Calendrier de l'action :

Etapes	Année
1- Adaptation, le cas échéant, du dossier national	2012
2- Diffusion et généralisation du dossier unique dans tous les EHPAD	2012 2013

Suivi et évaluation :

- > Suivi annuel du nombre d'EHPAD, par territoire de santé, utilisant le dossier unique de demande d'admission
- > Enquête de satisfaction auprès des EHPAD et des usagers





Volet territorial du schéma régional d'organisation médico-sociale



Sommaire

➤ 1. Territoire de la Dordogne	74
➤ 2. Territoire de la Gironde.....	84
➤ 3. Territoire des Landes	94
➤ 4. Territoire du Lot-et-Garonne.....	103
➤ 5. Territoire de Béarn et Soule	113
➤ 6. Territoire de Navarre Côte Basque.....	124

1 - TERRITOIRE DE DORDOGNE

1 - FACILITER LA CONTINUITÉ DE PARCOURS DE SOINS ET DE VIE COHERENTS

INTITULE

2012

2013

2014

2015

2016

1.1 Organiser l'offre médico-sociale par territoire, en lien avec les Conseils Généraux

1.1/1 Garantir un maillage territorial cohérent et partagé

<p>1.1/1.1 Définir un découpage infra-territoire de santé</p>	<p>Réaliser une cartographie</p>			
<p>1.1/1.2 Sans porter préjudice à la réduction des inégalités entre territoires de santé, identifier les territoires (cf. action 1.1/1.1), à conforter en priorité au regard d'une offre cible incluant services, établissements et dispositifs de coordination (dont MAIA)</p>		<p>Définir une offre cible Déterminer les territoires prioritaires par type d'activité</p>		

1.2 Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne

1.2/1 Adapter et renforcer le repérage et la prise en charge précoces

<p>1.2/1.1 Poursuivre le maillage territorial en CAMSP et en CMPP et améliorer leurs conditions de fonctionnement</p>			<p>Renforcer les moyens d'action du CAMSP départemental en implantant des antennes à Nontron et Sarlat</p>	<p>Renforcer les moyens du CMPP pour couvrir les secteurs de Nontron et Vergt</p>
<p>1.2/1.2 Développer les dispositifs permettant le repérage précoce des conduites addictives</p>	<p>Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014</p>			

<p>1.2/1.3 Favoriser les interventions coordonnées pour réduire les dommages auprès des publics engagés dans des conduites à risque</p>	<p>Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014</p>		
<p>1.2/2 Développer le dispositif de diagnostic et d'évaluation des pathologies du vieillissement</p>			
<p>1.2/2.1 Faciliter l'accès à une consultation mémoire labellisée et/ou à une consultation d'évaluation gériatrique</p>	<p>Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action</p>		
<p>1.2/2.2 Densifier l'équipement en hôpitaux de jour gériatriques</p>	<p>Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action</p>		
<p>1.2/3 Préserver le capital santé des personnes en situation de fragilité, en développant des actions de prévention</p>			
<p>1.2/3.1 Soutenir durablement le dispositif sport et handicaps en faveur des personnes en situation de handicap mental</p>	<p>Pérenniser le financement ARS pour le sport adapté</p>		
<p>1.2/3.2 Promouvoir l'adoption d'attitudes positives pour Bien Grandir et Bien Vieillir</p>	<p>Mobiliser l'ensemble des leviers disponibles : le schéma régional Prévention et/ou le PRAPS, les CPOM, les conventions tripartites, le programme régional de gestion du risque (PRGDR)</p>		
<p>1.3 Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire</p>			
<p>1.3/1 Orienter le développement de l'offre en coordination avec l'offre sanitaire et sociale</p>			
<p>1.3/1.1 Permettre aux personnes handicapées, âgées et confrontées à des difficultés spécifiques d'avoir accès aux soins de premier recours et aux consultations spécialisées</p>	<p>Se référer au volet ambulatoire du SROS pour la prise en compte de cette action</p>		

<p>1.3/1.2 Prioriser l'implantation de l'offre médico-sociale sur les territoires en prenant en compte l'état de l'offre de soins (libérale et hospitalière)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Actualiser la cartographie du zonage infirmier (intégrant les SSIAD) Réaliser un état des lieux de la filière gériatrique par territoire, au niveau sanitaire, médico-social et des réseaux 		
<p>1.3/1.3 Articuler l'offre médico-sociale avec l'offre sociale de proximité</p>	<p>Etablir une cartographie par territoire de l'implantation de l'offre sociale de proximité (SAD, SAVS, Résidences sociales, notamment résidences d'accueil, et GEM)</p>	<p>Mettre en perspective les implantations avec l'analyse des besoins médico-sociaux prioritaires (en lien avec l'action 1.1/1.2)</p>	
<p>1.3/2 Orienter l'évolution de l'offre médico-sociale vers le développement des services, en privilégiant les territoires les plus fragiles</p>			
<p>1.3/2.1 Adapter l'accompagnement en milieu ordinaire, prioritairement par la reconstitution de l'offre institutionnelle en faveur des enfants</p>		<p>Achever l'extension d'1 SESSAD (arrondissement de Périgueux)</p>	
<p>1.3/2.2 Proposer des modes d'accompagnement diversifiés et coordonnés (SPASAD, SSIAD, SAMSAH polyvalent, E.S.A., SESSAD professionnel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Installer les 6 ESA (équipes spécialisées Alzheimer) dans la perspective d'un maillage territorial Créer des places de SAMSAH (Est du territoire) 	<p>Conduire une réflexion générale sur l'activité des SESSAD</p> <p>Etendre les places de SAMSAH (Est du territoire)</p>	
<p>1.3/2.3 Conforter l'offre ambulatoire en faveur des personnes déficientes sensorielles et des personnes autistes</p>		<p>Conforter l'offre en SSIAD dans la Vallée de l'Isle et au Nord du territoire, en privilégiant les créations de places de SSIAD adossées aux SAD (SPASAD en particulier)</p> <p>Créer des places de SESSAD pour autistes par redéploiement (Nord du territoire)</p>	

1.3/3 Faciliter l'accès aux soins spécialisés des personnes vivant à domicile

<p>1.3/3.1 Assurer une expertise médicale spécialisée aux personnes vivant à domicile (gériatrie, psychiatrie)</p>	<p>Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action</p>		
<p>1.3/3.2 Faciliter les sorties d'hospitalisation de la personne âgée ou handicapée</p>	<p>Réalisation d'un état des lieux sur la prise en charge des sorties d'hospitalisation par les SSIAD et les HT</p>		
<p>Poursuivre et soutenir les expérimentations de places de SSIAD et d'HT dédiées aux sorties d'hospitalisation</p>			

1.3/4 Apporter un soutien aux aidants familiaux

<p>1.3/4.1 Structurer territorialement l'offre de répit (ADJ, HT)</p>	<p>Analyser l'activité des accueils de jour pour leur mise en conformité</p>	<p>Soutenir l'implantation d'unités autonomes d'AJ et d'HT</p>	
<p>1.3/4.2 Mettre en place des modalités d'accompagnement des aidants</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser le déploiement d'actions de formation en faveur des aidants familiaux (mesure 2 du Plan ALZHEIMER) • Mettre en œuvre les plateformes d'accompagnement et de répit (mesure 1 du Plan Alzheimer) 		

1.4 Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne

<p>1.4/1 Conforter l'offre dans les territoires les moins bien équipés</p>			
<p>1.4/1.1 Assurer une prise en charge institutionnelle aux enfants polyhandicapés</p>			

<u>1.4/1.2</u> Compléter l'offre en faveur des personnes adultes lourdement handicapées	Poursuivre la création de places de MAS pour personnes polyhandicapées (Ouest du territoire)	Poursuivre la création de places de MAS pour personnes polyhandicapées (Ouest du territoire)	Achever la création de places de MAS pour personnes polyhandicapées (Ouest du territoire)		
<u>1.4/1.3</u> Soutenir l'insertion professionnelle des personnes handicapées	Compléter l'offre en ESAT (déficients intellectuels) sur le Bergeracois	Achever la création d'offre en ESAT (déficients intellectuels) sur le Bergeracois	Créer une offre en ESAT (toutes déficiences) sur un secteur non pourvu, le Nontronnais	Compléter l'offre en ESAT sur le Nontronnais	Achever la création d'une offre en ESAT sur le Nontronnais
<u>1.4/1.4</u> Privilégier les extensions de capacités des EHPAD existants pour compléter le maillage territorial	<ul style="list-style-type: none"> Créer des places d'EHPAD (Nord territoire) Poursuivre la création de places d'EHPAD (Sud Nontronnais) 	<ul style="list-style-type: none"> Achever la création de places d'EHPAD (Nord territoire) Achever la création de places d'EHPAD (Sud Nontronnais) 	Etendre les places d'EHPAD (Nord territoire)		
<u>1.4/1.5</u> Veiller à l'accessibilité financière des EHPAD	Etudier la possibilité de redéploiement de places d'ESAT en faveur des autistes				
	Dans le cadre des appels à projets, inclure dans le cahier des charges la condition d'un tarif accessible financièrement				
1.4/2 Anticiper l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap					
<u>1.4/2.1</u> Proposer aux personnes handicapées vieillissantes (PHV) des réponses médico-sociales adaptées et diversifiées	Poursuivre la création de places de FAM pour PHV (Sud du territoire)	Achever la création de places de FAM pour PHV (Sud du territoire)			
	Achever la création de places de FAM pour PHV (Sud du territoire)		Développer dans les EHPAD des sections dédiées aux personnes handicapées vieillissantes		
1.4/3 Mieux prendre en compte dans les territoires les besoins de publics spécifiques					
<u>1.4/3.1</u> Offrir un accompagnement médico-social diversifié aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques (handicap psychique, précarité, addictions, troubles du comportement...)	Etendre la capacité de places en LHSS		Créer un GEM sur le Sarladais		

<p>1.4/3.2 S'inscrire dans la mise en œuvre des plans nationaux, notamment en privilégiant les créations en faveur des personnes autistes et des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées</p>	<p>Mettre en place les 16 PASA et les 3 UHR, dont 1 médico-sociale</p>			
<p>1.5 Innover pour améliorer les parcours de vie</p>				
<p>1.5/1 Faciliter le passage des structures pour enfants handicapés vers celles pour personnes adultes handicapées</p>				
<p>1.5/1.1 Adapter les autorisations aux besoins de prise en charge des enfants et adolescents handicapés y compris dans les expérimentations</p>	<p>Conduire un état des lieux des agréments et proposer les adaptations nécessaires</p>			
<p>1.5/2 Promouvoir de nouveaux modèles d'accompagnement médico-social</p>				
<p>1.5/2.1 Favoriser les expérimentations au bénéfice des personnes autistes et des jeunes atteints de troubles sévères du comportement</p>	<p>Créer une structure expérimentale pour autistes (unités de vie réparties sur le territoire)</p>	<p>Poursuivre la création des places de la structure expérimentale pour autistes</p>	<p>Poursuivre la création des places de la structure expérimentale pour autistes</p>	<p>Poursuivre la création des places de la structure expérimentale pour autistes</p>

2 - GARANTIR LA QUALITE DE VIE ET DE SECURITE DANS LE DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL

2.1 Améliorer la performance des organisations médico-sociales

2.1/1 Mobiliser le levier de la recomposition hospitalière

<p>2.1/1.1 Poursuivre les reconversions hospitalières vers le secteur médico-social</p>	<p>Poursuivre la création de places de MAS pour personnes polyhandicapées par redéploiement (Ouest territoire)</p>	<p>Conduire une étude sur les possibilités de reconversion hospitalière, notamment des hôpitaux locaux</p>		
--	--	--	--	--

2.1/2 Susciter et accompagner les initiatives de coordination et le partenariat entre établissements et services

<p>2.1/2.2 Promouvoir la coopération entre établissements et services médico-sociaux et avec les établissements de santé</p>	<p>Recenser et analyser les différents modes de coopération et faire connaître les pratiques exemplaires</p>			
<p>Développer la télémédecine au bénéfice des EHPAD dans le cadre du programme régional de télémédecine</p>				

2.1/3 Tendre vers un niveau amélioré de prestations

<p>2.1/3.1 Réaliser une étude sur le fonctionnement des SSIAD et SPASAD et définir les conditions requises pour garantir la viabilité et la qualité des dispositifs</p>		<p>Proposer un référentiel pour un fonctionnement optimisé des SSIAD et SPASAD</p>		
--	--	--	--	--

2.1/4 Soutenir prioritairement, en matière d'allocation de ressources, les structures accueillant les personnes lourdement dépendantes (autistes, polyhandicapés, EHPAD)

<p>2.1/4.1 Approfondir les analyses comparatives de coûts par échantillon de structures pour des publics identiques</p>	<p>Réaliser prioritairement une étude sur les structures accueillant les autistes et les polyhandicapés</p>			
--	---	--	--	--

2.1/4.2
Adapter annuellement la politique régionale de médicalisation des EHPAD et améliorer la communication

Dans le cadre de la campagne budgétaire

2.1/5 Mobiliser les acteurs sur la performance des prises en charge médicamenteuses et des dispositifs médicaux dans les établissements médico-sociaux

<p>2.1/5.1 Réaliser un diagnostic régional de la performance de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux</p>	<p>Phase expérimentale de l'outil de diagnostic</p>	<p>Phase de généralisation</p>	<p>Aide à la réalisation</p>	
<p>2.1/5.1 Inciter les EHPAD à mettre en œuvre un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée</p>	<p>Communication et mise en place d'un réseau de correspondants</p>	<p>Interventions sur site et élaboration d'un outil de mesure</p>	<p>Généralisation et communication</p>	

<p>2.1/6.1 Renforcer les articulations entre les structures médico-sociales et sanitaires d'addictologie</p>	<p>Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014</p>	
<p align="center">2.2 S'inscrire dans une démarche de bientraitance</p>		
<p align="center">2.2/1 Garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles</p>		
<p>2.2/1.1 S'assurer de la diffusion des recommandations, bonnes pratiques et guides en vigueur (HCSP, HAS, ANESM, ANAP, AFSSAPS)</p>	<p>Recenser les publications et bâtir un tableau de bord de diffusion</p>	<p>Mise à jour annuelle</p>
<p>2.2/1.1 Prévenir les risques associés aux soins (infectieux, médicamenteux...)</p>		<p>Agir pour une information de qualité aux usagers et aux aidants</p>
<p>2.2/1.3 Renforcer la culture du signalement dans les établissements médico-sociaux</p>		<p>Mettre en œuvre le volet VAGUSAN (Veille, Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires) du schéma régional de prévention</p>
<p>2.2/1.4 Suivre la mise en œuvre de la démarche d'évaluation, interne et externe</p>	<p>Installer un groupe de travail régional sur l'évaluation</p>	<p>Suivi annuel de la réalisation des évaluations</p>
<p>2.2/1.5 Agir pour mieux accompagner la fin de vie en institution</p>	<p>Identifier les EHPAD et les MAS ne disposant d'aucun partenariat sur la fin de vie</p>	<p>Organiser la collaboration des HAD et des filières gériatriques avec les EHPAD Formaliser les relations avec les équipes mobiles et les réseaux (convention, protocole...)</p>
<p align="center">2.2/2 Renforcer l'attractivité des métiers et la compétence des professionnels du secteur médico-social</p>		
<p>2.2/2.1 Favoriser, dans le cadre de la formation initiale, les rapprochements entre les centres de formation et les structures médico-sociales</p>	<p>Réaliser un état des lieux : - de la prise en compte dans les programmes des écoles des questions liées à la perte d'autonomie et au handicap et - de l'association éventuelle des gestionnaires d'ESMS aux enseignements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les enseignements sur la dépendance et la perte d'autonomie Développer l'accueil des stagiaires dans les ESMS

<p>2.2/2.2 Poursuivre, dans le cadre de la formation continue, la politique de professionnalisation</p>	<p>Mettre en œuvre la formation des formateurs sur l'autisme</p>			
<p>• Développer la formation des professionnels pour l'accompagnement des malades Alzheimer ou malades apparentés • Organiser une réunion annuelle sur la formation avec le Conseil régional, la DRJSCS, la Direccte et Pôle Emploi</p>				
<p>2.3 Mieux appréhender le fonctionnement des structures médico-sociales</p>				
<p>2.3/1 Développer l'exercice des fonctions d'inspection, de contrôle et d'évaluation</p>				
<p>2.3/1.1 S'assurer de la qualité des prestations délivrées et du respect de la réglementation relative aux risques liés aux facteurs environnementaux</p>	<p>Programmer chaque année dans le PRICE des inspections au titre de la promotion de la bientraitance et de la sécurité des personnes</p>			
<p>2.3/1.2 Elaborer une grille d'analyse des rapports d'évaluation externe en vue du renouvellement des autorisations</p>	<p>Animer un groupe de travail régional (en lien avec l'ANESM)</p>			
<p>3 - METTRE EN PLACE UN SYSTÈME D'INFORMATIONS MEDICO-SOCIALES PARTAGEES</p>				
<p>3.1 Organiser la mise à disposition d'informations sur les ressources disponibles</p>				
<p>3.1/1 Réaliser des outils d'information accessibles et actualisés pour les professionnels et les usagers</p>				
<p>3.1/1.1 Mettre à disposition par territoire de santé un annuaire des établissements et services médico-sociaux</p>	<p>Mettre à jour chaque année l'annuaire</p>			
<p>3.1/1.2 Expérimenter par territoire une gestion centralisée des demandes d'admission et des places disponibles en établissements médico-sociaux</p>	<p>Recenser les initiatives en cours</p>	<p>Diffuser les outils disponibles</p>		

3.2 Approfondir la connaissance des besoins médico-sociaux

3.2/1 Construire un observatoire régional sur les besoins des personnes handicapées

<p>3.2/1.1 Réaliser un outil de suivi des décisions des CDAPH, en lien avec la commission de coordination pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et les MDPH</p>	<p>Conduire une étude de faisabilité</p>	<p>Développer un outil et accompagner son déploiement</p>		
<p>3.2/1.2 Procéder à des études spécifiques de populations accueillies dans le dispositif médico-social (champ du handicap)</p>	<p>Réaliser une étude sur les ITEP</p>	<p>Réaliser une étude sur le fonctionnement des CMPP</p>	<p>Réaliser une étude sur les CRP</p>	<p>Réaliser une étude de l'impact de l'intégration scolaire en milieu ordinaire sur le fonctionnement du semi-internat</p>
<p>3.2/2 Analyser les situations de dépendance lourde à domicile, prioritairement en zones rurales</p>				
<p>3.2/2.1 Procéder à une étude sur les modalités d'accompagnement des personnes âgées en GIR 1 et 2 à domicile</p>	<p>Elaborer une méthodologie en lien avec les Conseils Généraux (objectifs, échantillonnage, grille d'analyse)</p>	<p>Conduire l'étude sur les GIR 1 et 2 à domicile</p>		
<p>3.3 Faciliter le partage de l'information médicale et administrative</p>				
<p>3.3/1 Rendre plus opérationnels les outils de transmission des informations relatives aux usagers</p>				
<p>3.3/1.1 Favoriser la circulation de l'information entre le lieu de vie et l'hôpital</p>	<p>Recenser les instruments de transmission existants entre médecins traitants et établissements et les faire connaître</p>	<p>Recenser les instruments de transmission existants entre médecins traitants et établissements et les faire connaître</p>		
<p>Promouvoir l'utilisation du Dossier Médical Personnel (DMP) entre établissements et professionnels de santé</p>				
<p>3.3/1.2 Accompagner dans les territoires la généralisation du dossier unique d'admission en EHPAD</p>	<p>Inscrire cette obligation dans les conventions tripartites dans le cadre des renouvellements</p>			

2 - TERRITOIRE DE LA GIRONDE

1 - FACILITER LA CONTINUITÉ DE PARCOURS DE SOINS ET DE VIE COHERENTS

INTITULE	2012	2013	2014	2015	2016
1.1 Organiser l'offre médico-sociale par territoire, en lien avec les Conseils Généraux 1.1/1 Garantir un maillage territorial cohérent et partagé					
1.1/1.1 Définir un découpage infra-territoire de santé	Réaliser une cartographie				
1.1/1.2 Sans porter préjudice à la réduction des inégalités entre territoires de santé, identifier les territoires (cf. action 1.1/1.1), à conforter en priorité au regard d'une offre cible incluant services, établissements et dispositifs de coordination (dont MAIA)	Définir une offre cible Déterminer les territoires prioritaires par type d'activité				
1.2 Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne 1.2/1 Adapter et renforcer le repérage et la prise en charge précoces					
1.2/1.1 Poursuivre le maillage territorial en CAMSP et en CMPP et améliorer leurs conditions de fonctionnement	Créer un CMPP sur le bassin d'Arcachon pour TCC	◦ Achever la création du CMPP TCC du bassin d'Arcachon ◦ Poursuivre le développement du dépistage précoce des troubles du langage	Créer un CMPP sur le territoire du Médoc	Créer une antenne du CAMPS en Sud Gironde	Créer une antenne du CAMPS sur le bassin d'Arcachon
1.2/1.2 Développer les dispositifs permettant le repérage précoce des conduites addictives	Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014				
1.2/1.3 Favoriser les interventions coordonnées pour réduire les dommages auprès des publics engagés dans des conduites à risque	Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014				

1.2/2 Développer le dispositif de diagnostic et d'évaluation des pathologies du vieillissement	
<p>1.2/2.1 Faciliter l'accès à une consultation mémoire labellisée et/ou à une consultation d'évaluation gériatrique</p>	<p>Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action</p>
<p>1.2/2.2 Densifier l'équipement en hôpitaux de jour gériatriques</p>	<p>Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action</p>
1.2/3 Préserver le capital santé des personnes en situation de fragilité, en développant des actions de prévention	
<p>1.2/3.1 Soutenir durablement le dispositif sport et handicaps en faveur des personnes en situation de handicap mental</p>	<p>Pérenniser le financement ARS pour le sport adapté</p>
<p>1.2/3.2 Promouvoir l'adoption d'attitudes positives pour Bien Grandir et Bien Vieillir</p>	<p>Mobiliser l'ensemble des leviers disponibles : le schéma régional Prévention et/ou le PRAPS, les CPOM, les conventions tripartites, le programme régional de gestion du risque (PRGDR)</p>
1.3 Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire	
1.3/1 Orienter le développement de l'offre en coordination avec l'offre sanitaire et sociale	
<p>1.3/1.1 Permettre aux personnes handicapées, âgées et confrontées à des difficultés spécifiques d'avoir accès aux soins de premier recours et aux consultations spécialisées</p>	<p>Se référer au volet ambulatoire du SROS pour la prise en compte de cette action</p>
<p>1.3/1.2 Prioriser l'implantation de l'offre médico-sociale sur les territoires en prenant en compte l'état de l'offre de soins (libérale et hospitalière)</p>	<p>Actualiser la cartographie du zonage infirmier (intégrant les SS/AD) • Réaliser un état des lieux de la filière gériatrique par territoire, au niveau sanitaire, médico-social et des réseaux</p>
<p>1.3/1.3 Articuler l'offre médico-sociale avec l'offre sociale de proximité</p>	<p>Etablir une cartographie par territoire de l'implantation de l'offre sociale de proximité (SAD, SAVS, Résidences sociales, notamment résidences d'accueil, et GEM)</p>
<p>Mettre en perspective les implantations avec l'analyse des besoins médico-sociaux prioritaires (en lien avec l'action 1.1/1.2)</p>	

1.3/2 Orienter l'évolution de l'offre médico-sociale vers le développement des services, en privilégiant les territoires les plus fragiles

<p>1.3/2.1 Adapter l'accompagnement en milieu ordinaire, prioritairement par la reconstitution de l'offre institutionnelle en faveur des enfants</p>		<ul style="list-style-type: none"> Achever la création de places de SESSAD pour déficients intellectuels sur la CUB Achever la création de places de SESSAD pour enfants polyhandicapés sur le Libournais Créer des places de SESSAD pour enfants polyhandicapés sur le bassin d'Arcachon 	<p>Poursuivre la création de places de SESSAD pour enfants polyhandicapés sur le bassin d'Arcachon</p>	<p>Achever la création de places de SESSAD pour enfants polyhandicapés sur le bassin d'Arcachon</p>	<p>Créer des places de SESSAD polyvalent</p>
<p>1.3/2.2 Proposer des modes d'accompagnement diversifiés et coordonnés (SPASAD, SSIAD, SAMSAH polyvalent, E.S.A., SESSAD professionnel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre les 12 E.S.A (Equipes spécialisées Alzheimer, à raison d'au moins une par territoire de solidarité) Créer des places de SAMSAH pour déficients psychiques sur la CUB 	<ul style="list-style-type: none"> Créer des places de SSIAD pour personnes handicapées sur le CUB Créer des places de SESSAD professionnel par redéploiement de places de semi-internat dans l'entre deux mers Poursuivre la création de places de SAMSAH pour déficients psychiques sur la CUB et la Haute Gironde 	<p>Poursuivre la création de places de SAMSAH sur le territoire</p>	<p>Poursuivre le maillage territorial en places de SAMSAH polyvalent (rive droite)</p>	<p>Poursuivre le maillage territorial en places de SAMSAH polyvalent</p>
<p>Privilégier les créations de places de SSIAD adossées aux SAD (SPASAD en particulier)</p>					
<p>1.3/2.3 Conforter l'offre ambulatoire en faveur des personnes déficientes sensorielles et des personnes autistes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Créer des places de SESSAD pour autistes sur le bassin d'Arcachon Achever la création de places de SESSAD pour troubles du langage sur la CUB 	<p>Achever la création de places de SESSAD pour autistes sur le bassin d'Arcachon</p>			
<p>1.3/3 Faciliter l'accès aux soins spécialisés des personnes vivant à domicile</p>					
<p>1.3/3.1 Assurer une expertise médicale spécialisée aux personnes vivant à domicile (gériatrie, psychiatrie)</p>	<p>Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action</p>				
<p>1.3/3.2 Faciliter les sorties d'hospitalisation de la personne âgée ou handicapée</p>	<p>Réalisation d'un état des lieux sur la prise en charge des sorties d'hospitalisation par les SSIAD et les HT</p>				
<p>Poursuivre et soutenir les expérimentations de places de SSIAD et d'HT dédiées aux sorties d'hospitalisation</p>					

1.3/4 Apporter un soutien aux aidants familiaux

<p>Structurer territorialement l'offre de répit (ADJ, HT)</p>		<p>Analyser l'activité des accueils de jour pour leur mise en conformité</p>	<p>Soutenir l'implantation d'unités autonomes d'AJ et d'HT, prioritairement sur les territoires du Médoc et de Haute Gironde</p>		
<p>1.3/4.1</p>	<p>Mettre en place des modalités d'accompagnement des aidants</p>	<ul style="list-style-type: none"> Organiser le déploiement d'actions de formation en faveur des aidants familiaux (mesure 2 du Plan Alzheimer) Mettre en œuvre les plateformes d'accompagnement et de répit (mesure 1 du Plan Alzheimer) 			
<p>1.4 Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne</p>					
<p>1.4/1 Conforter l'offre dans les territoires les moins bien équipés</p>					
<p>1.4/1.1</p>	<p>Assurer une prise en charge institutionnelle aux enfants polyhandicapés</p>				
<p>1.4/1.2</p>	<p>Compléter l'offre en faveur des personnes adultes lourdement handicapées</p>	<p>Poursuivre la création de places de MAS pour personnes traumatisées crâniennes</p> <ul style="list-style-type: none"> Poursuivre la création de places de MAS pour personnes traumatisées crâniennes Créer des places de FAM pour déficients intellectuels et autistes sur la rive droite 	<p>Achever la création de places de MAS pour personnes traumatisées crâniennes</p>		
<p>1.4/1.3</p>	<p>Soutenir l'insertion professionnelle des personnes handicapées</p>	<p>Renforcer l'offre en ESAT et diversifier les publics (déficients psychiques et personnes autistes) et mode de prise en charge (service hors les murs)</p>	<p>Renforcer l'offre en ESAT et diversifier les publics (déficients psychiques) et mode de prise en charge (service hors les murs)</p>	<p>Renforcer l'offre en ESAT et diversifier les publics (déficients psychiques) et mode de prise en charge (service hors les murs)</p>	<p>Renforcer l'offre en ESAT et diversifier les publics (déficients psychiques) et mode de prise en charge (service hors les murs)</p>
<p>1.4/1.4</p>	<p>Privilégier les extensions de capacité des EHPAD existants pour compléter le maillage territorial</p>	<ul style="list-style-type: none"> Créer des places d'EHPAD au Sud Gironde Étendre les places en EHPAD sur la CUB 	<ul style="list-style-type: none"> Achever la création de places d'EHPAD sur le Bassin d'Arcachon Poursuivre la création de places d'EHPAD sur la CUB Poursuivre la création de places d'EHPAD au Sud Gironde 	<ul style="list-style-type: none"> Achever la création de places d'EHPAD sur la CUB Achever la création de places d'EHPAD en Sud Gironde 	<p>Conforter l'offre en places d'EHPAD sur la CUB Nord Ouest, Sud Ouest et Bordeaux</p>
<p>1.4/1.5</p>	<p>Veiller à l'accessibilité financière des EHPAD</p>	<p>Dans le cadre des appels à projets, inclure dans le cahier des charges la condition d'un tarif accessible financièrement</p>			

1.4/2 Anticiper l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap					
1.4/2.1 Proposer aux personnes handicapées vieillissantes (PHV) des réponses médico-sociales adaptées et diversifiées	Poursuivre la médicalisation des foyers de vie	Poursuivre la médicalisation des foyers de vie	Poursuivre la médicalisation des foyers de vie	Poursuivre la médicalisation des foyers de vie	Créer des places de FAM pour PHV sur la CUB
1.4/3.1 Offrir un accompagnement médico-social diversifié aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques (handicap psychique, précarité, addictions, troubles du comportement...)	Créer des places d'ACT pour les personnes sortant de prison	<ul style="list-style-type: none"> Créer des places de LHSS sur la CUB Créer des places de FAM pour déficients psychiques sur la CUB 	<ul style="list-style-type: none"> Créer des places de LHSS sur la CUB Créer des places de FAM pour déficients psychiques sur la CUB 	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre la création de places de LHSS sur la CUB Créer des places de FAM pour déficients psychiques précaires 	
1.4/3.2 S'inscrire dans la mise en œuvre des plans nationaux, notamment en privilégiant les créations en faveur des personnes autistes et atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre les 45 PASA et le Etendre les places de FAM pour autistes sur le bassin d'Arcachon 	Créer des places pour personnes déficientes auditives – CUB		Créer des places de MAS pour personnes autistes	<ul style="list-style-type: none"> Achever la création de places de MAS pour personnes autistes
1.5 Innover pour améliorer les parcours de vie					
1.5/1 Faciliter le passage des structures pour enfants handicapés vers celles pour personnes adultes handicapées					
1.5/1.1 Adapter les autorisations aux besoins de prise en charge des enfants et adolescents handicapés, y compris dans les expérimentations	Conduire un état des lieux des agréments et proposer les adaptations nécessaires				
1.5/2 Promouvoir de nouveaux modèles d'accompagnement médico-social					
1.5/2.1 Favoriser les expérimentations au bénéfice des personnes autistes et des jeunes atteints de troubles sévères du comportement			Soutenir un projet cofinancé (CG psychiatrie PJJ ARS) concourant à la prise en charge globale d'adolescents présentant des troubles sévères du comportement		

2 - GARANTIR LA QUALITE DE VIE ET LA SECURITE DANS LE DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL

2.1 Améliorer la performance des organisations médico-sociales

2.1/1 Mobiliser le levier de la recomposition hospitalière

<p>2.1/1.1 Poursuivre les reconversions hospitalières vers le secteur médico-social</p>		Créer des places de MAS et/ou FAM pour déficients psychiques par reconversion intégrale de lits de psychiatrie (CH Cadillac)	Créer des places de MAS et/ou FAM par reconversion intégrale de lits de psychiatrie (CH Charles Perrens)		
<p>2.1/2 Susciter et accompagner les initiatives de coordination et le partenariat entre établissements et services</p>					
<p>2.1/2.2 Promouvoir la coopération entre établissements et services médico-sociaux et avec les établissements de santé</p>	Recenser et analyser les différents modes de coopération et faire connaître les pratiques exemplaires				
<p>Développer la télémedecine au bénéfice des EHPAD dans le cadre du programme régional de télémedecine</p>					

2.1/3 Tendre vers un niveau amélioré de prestations

<p>2.1/3.1 Réaliser une étude sur le fonctionnement des SSIAD et SPASAD et définir les conditions requises pour garantir la viabilité et la qualité des dispositifs</p>		Proposer un référentiel pour un fonctionnement optimisé des SSIAD et SPASAD			
--	--	---	--	--	--

2.1/4 Soutenir prioritairement, en matière d'allocation de ressources, les structures accueillant les personnes lourdement dépendantes (autistes, polyhandicapés, EHPAD)

<p>2.1/4.1 Approfondir les analyses comparatives de coûts par échantillon de structures pour des publics identiques</p>	Réaliser prioritairement une étude sur les structures accueillant les personnes autistes et les personnes polyhandicapées				
<p>2.1/4.2 Adapter annuellement la politique régionale de médicalisation des EHPAD et améliorer la communication</p>	Dans le cadre de la campagne budgétaire				

2.1/5 Mobiliser les acteurs sur la performance des prises en charge médicamenteuses et des dispositifs médicaux dans les établissements médico-sociaux

<p>2.1/5.1 Réaliser un diagnostic régional de la performance de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux</p>	Phase expérimentale de l'outil diagnostic	Phase de généralisation	Aide à la réalisation	
<p>2.1/5.2 Inciter les EHPAD à mettre en œuvre un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée</p>	Communication et mise en place d'un réseau de correspondants	Interventions sur site et élaboration d'un outil de mesure	Généralisation et communication	

2.1/6 Améliorer la fluidité des soins en addictologie

<p>2.1/6.1 Renforcer les articulations entre les structures médico-sociales et sanitaires d'addictologie</p>	Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014			
---	--	--	--	--

2.2 S'inscrire dans une démarche de bientraitance

2.2/1 Garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles

<p>2.2/1.1 S'assurer de la diffusion des recommandations, bonnes pratiques et guides en vigueur (HCSP, HAS, ANESM, ANAP, AFSSAPS)</p>	Recenser les publications et bâtir un tableau de bord de diffusion	Mise à jour annuelle		
<p>2.2/1.2 Prévenir les risques associés aux soins (infectieux, médicamenteux...)</p>	Agir pour une information de qualité aux usagers et aux aidants			
<p>2.2/1.3 Renforcer la culture du signalement dans les établissements médico-sociaux</p>	Mettre en œuvre le volet VAGUSAN (Veille, Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires) du schéma régional de prévention			

<p>2.2/1.4 Suivre la mise en œuvre de la démarche d'évaluation, interne et externe</p>	<p>Installer un groupe de travail régional sur l'évaluation</p>	<p>Suivi annuel de la réalisation des évaluations</p>
<p>2.2/1.5 Agir pour mieux accompagner la fin de vie en institution</p>	<p>Identifier les EHPAD et les MAS ne disposant d'aucun partenariat sur la fin de vie</p>	<p>Organiser la collaboration des HAD et des filières gériatriques avec les EHPAD</p> <ul style="list-style-type: none"> -Formaliser les relations avec les équipes mobiles et les réseaux (convention, protocole...)
<p>2.2/2 Renforcer l'attractivité des métiers et la compétence des professionnels du secteur médico-social</p>		
<p>2.2/2.1 Favoriser, dans le cadre de la formation initiale, les rapprochements entre les centres de formation et les structures médico-sociales</p>	<p>Réaliser un état des lieux : - de la prise en compte dans les programmes des écoles des questions liées à la perte d'autonomie et au handicap et - de l'association éventuelle des gestionnaires d'ESMS aux enseignements</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer les enseignements sur la dépendance et la perte d'autonomie ▪ Développer l'accueil de stagiaires dans les ESMS
<p>2.2/2.2 Poursuivre, dans le cadre de la formation continue, la politique de professionnalisation</p>	<p>Mettre en œuvre la formation des formateurs sur l'autisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer la formation des professionnels pour l'accompagnement des malades Alzheimer ou malades apparentés • Organiser une réunion annuelle sur la formation avec le Conseil régional, la DRJSCS, la Direccte et Pôle Emploi
<p>2.3 Mieux appréhender le fonctionnement des structures médico-sociales</p>		
<p>2.3/1 Développer l'exercice des fonctions d'inspection, de contrôle et d'évaluation</p>		
<p>2.3/1.1 S'assurer de la qualité des prestations délivrées et du respect de la réglementation relative aux risques liés aux facteurs environnementaux</p>	<p>Programmer chaque année dans le PRIICE des inspections au titre de la promotion de la bienveillance et de la sécurité des personnes</p>	
<p>2.3/1.2 Elaborer une grille d'analyse des rapports d'évaluation externe en vue du renouvellement des autorisations</p>	<p>Animer un groupe de travail régional (en lien avec l'ANESM)</p>	

3 - METTRE EN PLACE UN SYSTÈME D'INFORMATIONS MEDICO-SOCIALES PARTAGEES

3.1 Organiser la mise à disposition d'informations sur les ressources disponibles

3.1/1 Réaliser des outils d'information accessibles et actualisés pour les professionnels et les usagers

3.1/1.1 Mettre à disposition par territoire de santé un annuaire des établissements et services médico-sociaux	Mettre à jour chaque année l'annuaire		
3.1/1.2 Expérimenter par territoire une gestion centralisée des demandes d'admission et des places disponibles en établissements médico-sociaux	Recenser les initiatives en cours	Diffuser les outils disponibles	

3.2 Approfondir la connaissance des besoins médico-sociaux

3.2/1 Construire un observatoire régional sur les besoins des personnes handicapées

3.2/1.1 Réaliser un outil de suivi des décisions des CDAPH, en lien avec la commission de coordination pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et les MDPH	Conduire une étude de faisabilité	Développer un outil et accompagner son déploiement	
3.2/1.2 Procéder à des études spécifiques de populations accueillies dans le dispositif médico-social (champ du handicap)	Réaliser une étude sur les ITEP	Réaliser une étude sur le fonctionnement des CMPP	Réaliser une étude de l'impact de l'intégration scolaire en milieu ordinaire sur le fonctionnement du semi-internat

3.2/2 Analyser les situations de dépendance lourde à domicile, prioritairement en zones rurales

3.2/2.1 Procéder à une étude sur les modalités d'accompagnement des personnes âgées en GIR 1 et 2 à domicile	Elaborer une méthodologie en lien avec les Conseils Généraux (objectifs, échantillonnage, grille d'analyse)	Conduire l'étude sur les GIR 1 et 2 à domicile	
--	---	--	--

3.3 Faciliter le partage de l'information médicale et administrative

3.3/1 *Rendre plus opérationnels les outils de transmission des informations relatives aux usagers*

<p>3.3/1.1 Favoriser la circulation de l'information entre le lieu de vie et l'hôpital</p>	<p>Recenser les instruments de transmission existants et les faire connaître</p>	
<p>3.3/1.2 Accompagner dans les territoires la généralisation du dossier unique d'admission en EHPAD</p>	<p>Promouvoir l'utilisation du Dossier Médical Personnel (DMP) entre établissements et professionnels de santé</p> <p>Inscrire cette obligation dans les conventions tripartites dans le cadre des renouvellements</p>	

3 - TERRITOIRE DES LANDES

1 - FACILITER LA CONTINUITÉ DE PARCOURS DE SOINS ET DE VIE COHERENTS

INTITULE

2012

2013

2014

2015

2016

<p>1.1 Organiser l'offre médico-sociale par territoire, en lien avec les Conseils Généraux</p> <p>1.1/1 Garantir un maillage territorial cohérent et partagé</p>				
<p>1.1/1.1 Définir un découpage infra-territoire de santé</p>	Réaliser une cartographie			
<p>1.1/1.2 Sans porter préjudice à la réduction des inégalités entre territoires de santé, identifier les territoires, (cf. action 1.1/1.1, à conforter en priorité au regard d'une offre cible incluant services, établissements et dispositifs de coordination (dont MAIA)</p>		<p>Définir une offre cible</p> <p>Déterminer les territoires prioritaires par type d'activité</p>		
<p>1.2 Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne</p> <p>1.2/1 Adapter et renforcer le repérage et la prise en charge précoces</p>				
<p>1.2/1.1 Poursuivre le maillage territorial en CAMSP et en CMPP et améliorer leurs conditions de fonctionnement</p>			Créer un CAMPS sur le secteur montois	
<p>1.2/1.2 Développer les dispositifs permettant le repérage précoce des conduites addictives</p>				
<p>1.2/1.3 Favoriser les interventions coordonnées pour réduire les dommages auprès des publics engagés dans des conduites à risque</p>				
		Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014		
		Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014		

<p>1.2/3.2 Promouvoir l'adoption d'attitudes positives pour Bien Grandir et Bien Vieillir</p>	<p>Mobiliser l'ensemble des leviers disponibles : le schéma régional Prévention et/ou le PRAPS, les CPOM, les conventions tripartites, le programme régional de gestion du risque (PRGDR)</p>		
<p>1.3 Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire</p>			
<p>1.3/1 Orienter le développement de l'offre en coordination avec l'offre sanitaire et sociale</p>			
<p>1.3/1.1 Permettre aux personnes handicapées, âgées et confrontées à des difficultés spécifiques d'avoir accès aux soins de premier recours et aux consultations spécialisées</p>	<p>Se référer au volet ambulatoire du SROS pour la prise en compte de cette action</p>		
<p>1.3/1.2 Prioriser l'implantation de l'offre médico-sociale sur les territoires en prenant en compte l'état de l'offre de soins (libérale et hospitalière)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Actualiser la cartographie du zonage infirmier (Intégrant les SSIAD) Réaliser un état des lieux de la filière gériatrique par territoire, au niveau sanitaire, médico-social et des réseaux 	<p>Mettre en perspective les implantations avec l'analyse des besoins médico-sociaux prioritaires (en lien avec l'action 1.1/1.2)</p>	
<p>1.3/1.3 Articuler l'offre médico-sociale avec l'offre sociale de proximité</p>	<p>Etablir une cartographie par territoire de l'implantation de l'offre sociale de proximité (SAD, SAVS, Résidences sociales, notamment résidences d'accueil, et GEM)</p>		
<p>1.3/2 Orienter l'évolution de l'offre médico-sociale vers le développement des services, en privilégiant les territoires les plus fragiles</p>			
<p>1.3/2.1 Adapter l'accompagnement en milieu ordinaire, prioritairement par la reconstitution de l'offre institutionnelle en faveur des enfants</p>	<p>Créer des places de SESSAD pour troubles du caractère et du comportement en pays Chalossais</p>	<p>Etendre SESSAD pour déficients intellectuels sur le secteur montois, en identifiant quelques places de SESSAD professionnel</p>	<p>Créer des places de SESSAD pour enfants polyhandicapés</p>
			<p>Créer un SESSAD polyvalent de 20 places au Nord des Landes</p>

INTITULE	2012	2013	2014	2015	2016
1.3/2.2 Proposer des modes d'accompagnement diversifiés et coordonnés (SPASAD, SSIAD, SAMSAH polyvalent, E.S.A., SESSAD professionnel)	<ul style="list-style-type: none"> • Installer effectivement les 3 E.S.A: Sud Landes, Centre Est et Nord des Landes • Compléter l'offre en SAMSAH pour traumatisés-crâniens 				
1.3/2.3 Conforter l'offre ambulatoire en faveur des personnes déficientes sensorielles et des personnes autistes	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Etendre les capacités de SSEFIS ▫ Créer un SAMSAH pour déficients visuels 				
1.3/3 Faciliter l'accès aux soins spécialisés des personnes vivant à domicile					
1.3/3.1 Assurer une expertise médicale spécialisée aux personnes vivant à domicile (gériatrie, psychiatrie)	Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action				
1.3/3.2 Faciliter les sorties d'hospitalisation de la personne âgée ou handicapée	Réalisation d'un état des lieux sur la prise en charge des sorties d'hospitalisation par les SSIAD et les HT				
Poursuivre et soutenir les expérimentations de places de SSIAD et d'HT dédiées aux sorties d'hospitalisation					
1.3/4 Apporter un soutien aux aidants familiaux					
1.3/4.1 Structurer territorialement l'offre de répit (ADJ, HT)	Analyser l'activité des accueils de jour pour leur mise en conformité				<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'implantation d'unités autonomes d'AJ et d'HT (Sud Ouest des Landes et Nord Est des Landes) • Développer des places d'accueil de weekend et de vacances (pour des jeunes relevant d'IME et pour des jeunes en ITEP)

<p>1.3/4.2 Mettre en place des modalités d'accompagnement des aidants</p>	<ul style="list-style-type: none"> Organiser le déploiement d'actions de formation en faveur des aidants familiaux (mesure 2 du Plan Alzheimer) Mettre en oeuvre les plateformes d'accompagnement et de répit (mesure 1 du Plan Alzheimer) 				
<p>1.4 Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne</p>					
<p>1.4/1 Conforter l'offre dans les territoires les moins bien équipés</p>					
<p>1.4/1.1 Assurer une prise en charge institutionnelle aux enfants polyhandicapés</p>			<p>Créer sur le territoire landais une offre d'internat pour enfants polyhandicapés</p>		
<p>1.4/1.2 Compléter l'offre en faveur des personnes adultes lourdement handicapés</p>					
<p>1.4/1.3 Soutenir l'insertion professionnelle des personnes handicapées</p>	<p>Extension non importante au Nord-ouest du territoire</p>	<p>Création de places d'ESAT sur l'agglomération montoise</p>			
<p>1.4/1 Privilégier les extensions de capacité des EHPAD existants pour compléter le maillage</p>	<p>Etendre la capacité de 3 EHPAD: Ouest, Centre Ouest, Chalosse</p>	<p>Compléter l'offre d'EHPAD sur le Sud Est du département par extension</p>	<p>Compléter l'offre en EHPAD par extension de capacité pour le secteur dacquois et pour la Côte Sud des Landes</p>	<p>Compléter l'offre en EHPAD par extension de capacité sur le Centre Sud</p>	
<p>1.4/1.5 Veiller à l'accessibilité financière des EHPAD</p>	<p>Dans le cadre des appels à projets, inclure dans le cahier des charges la condition d'un tarif accessible financièrement</p>				
<p>1.4/2 Anticiper l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap</p>					
<p>1.4/2.1 Proposer aux personnes handicapées vieillissantes des réponses médico-sociales adaptées et diversifiées</p>	<p>Poursuite de la création d'un FAM pour PHV (Sud Côte landaise) par médicalisation d'un foyer de vie</p>	<p>Achèvement de la création du FAM pour PHV du Sud Côte landaise</p>	<p>Compléter l'offre pour PHV avec la création de places de FAM (agglomération montoise)</p>		

1.4/3 Mieux prendre en compte dans les territoires les besoins de publics spécifiques

<p>1.4/3.1 Offrir un accompagnement médico-social diversifié aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques (handicap psychique, précarité, addictions, troubles du comportement...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rédiger un cahier des charges pour les places ACT Lancer un appel à projets pour créer des places d'ACT dédiées aux sortants de prison Créer un GEM pour traumatisés crâniens 	<p>Achever la création de places d'ITEP (Nord-Ouest des Landes)</p>	<p>Développer l'offre en LHSS sur le secteur dacquois</p>	<p>Créer un GEM pour handicapés psychiques</p>
<p>1.4/3.2 S'inscrire dans la mise en œuvre des plans nationaux, notamment en privilégiant les créations en faveur des personnes autistes et atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées</p>	<ul style="list-style-type: none"> Compléter l'équipement en places de FAM pour autistes (Centre de la Côte landaise) Mise en œuvre des 11 PASA et 3 UHR des Landes 			

1.5 Innover pour améliorer les parcours de vie

1.5/1 Faciliter le passage des structures pour enfants handicapés vers celles pour personnes adultes handicapées

<p>1.5/1.1 Adapter les autorisations aux besoins de prise en charge des enfants et adolescents handicapés, y compris dans les expérimentations</p>	<p>Conduire un état des lieux des agréments et proposer les adaptations nécessaires</p>	
---	---	--

1.5/2 Promouvoir de nouveaux modèles d'accompagnement médico-social

<p>1.5/2.1 Favoriser les expérimentations au bénéfice des personnes autistes et des jeunes atteints de troubles sévères du comportement</p>	<p>Créer une structure de prise en charge de jeunes présentant des troubles du comportement et psychiatriques</p>	
--	---	--

2 - GARANTIR LA QUALITE DE VIE DANS LE DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL

2.1 Améliorer la performance des organisations médico-sociales

2.1/1 Mobiliser le levier de la *recomposition hospitalière*

<p>2.1/1.1 Poursuivre les reconversions hospitalières vers le secteur médico-social</p>		<p>Créer une offre médico-sociale pour handicapés psychiques, par reconversion de lits sanitaires de psychiatrie (secteur montois) et de places de SAVS et SAMSAH</p>	
--	--	---	--

2.1/2 Susciter et accompagner les initiatives de *coordination* et le *partenariat entre établissements et services*

<p>2.1/2.2 Promouvoir la coopération entre établissements et services médico-sociaux et avec les établissements de santé</p>	<p>Recenser et analyser les différents modes de coopération et faire connaître les pratiques exemplaires</p>		
<p>Développer la télémedecine au bénéfice des EHPAD dans le cadre du programme régional de télémedecine</p>			

2.1/3 Tendre vers un *niveau amélioré de prestations*

<p>2.1/3.1 Réaliser une étude sur le fonctionnement des SSIAD et SPASAD et définir les conditions requises pour garantir la viabilité et la qualité des dispositifs</p>		<p>Proposer un référentiel pour un fonctionnement optimisé des SSIAD et SPASAD</p>	
--	--	--	--

2.1/4 Soutenir prioritairement, en matière d'*allocation de ressources, les structures accueillant les personnes lourdement dépendantes (autistes, polyhandicapés, EHPAD)*

<p>2.1/4.1 Approfondir les analyses comparatives de coûts par échantillon de structures pour des publics identiques</p>	<p>Réaliser prioritairement une étude sur les structures accueillant les autistes et les polyhandicapés</p>		
<p>2.1/4.2 Adapter annuellement la politique régionale de médicalisation des EHPAD et améliorer la communication</p>	<p>Dans le cadre de la campagne budgétaire</p>		

2.1/5 Mobiliser les acteurs sur la performance des prises en charge médicamenteuses et des dispositifs médicaux dans les établissements et services médico-sociaux

2.1/5.1 Réaliser un diagnostic régional de la performance de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux	Phase expérimentale de l'outil de diagnostic	Phase de généralisation	Aide à la réalisation	
2.1/5.2 Inciter les EHPAD à mettre en œuvre un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée	Communication et mise en place d'un réseau de correspondants	Interventions sur site et élaboration d'un outil de mesure	Généralisation et communication	

2.1/6 Améliorer la fluidité des soins en addictologie

2.1/6.1 Renforcer les articulations entre les structures médico-sociales et sanitaires d'addictologie	Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014			
---	--	--	--	--

2.2 S'inscrire dans une démarche de bientraitance

2.2/1 Garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles

2.2/1.1 S'assurer de la diffusion des recommandations, bonnes pratiques et guides en vigueur (HCSP, HAS, ANESM, ANAP, AFSSAPS)	Recenser les publications et bâtir un tableau de bord de diffusion	Mise à jour annuelle		
2.2/1.2 Prévenir les risques associés aux soins (infectieux, médicamenteux...)		Agir pour une information de qualité aux usagers et aux aidants		
2.2/1.3 Renforcer la culture du signalement dans les établissements médico-sociaux		Mettre en œuvre le volet VAGUSAN (Veille, Alerta et Gestion des Urgences Sanitaires) du schéma régional de prévention		
2.2/1.4 Suivre la mise en œuvre de la démarche d'évaluation, interne et externe	Installer un groupe de travail régional sur l'évaluation	Suivi annuel de la réalisation des évaluations		
2.2/1.5 Agir pour mieux accompagner la fin de vie en institution	Identifier les EHPAD et les MAS ne disposant d'aucun partenariat sur la fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser la collaboration des HAD et des filières gériatriques avec les EHPAD • Conforter le réseau de soins palliatifs (ASPAM) 		

2.2/2 Renforcer l'attractivité des métiers et la compétence des professionnels du secteur médico-social	
<p>2.2/2.1 Favoriser, dans le cadre de la formation initiale, les rapprochements entre les centres de formation et les structures médico-sociales</p>	<p>Réaliser un état des lieux : - de la prise en compte dans les programmes des écoles des questions liées à la perte d'autonomie et au handicap et - de l'association éventuelle des gestionnaires d'ESMS aux enseignements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre la formation des formateurs sur l'autisme
<p>2.2/2.2 Poursuivre, dans le cadre de la formation continue, la politique de professionnalisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer la formation des professionnels pour l'accompagnement des malades Alzheimer ou malades apparentés • Organiser une réunion annuelle sur la formation avec le Conseil régional, la DRJSCS, la Direccte et Pole Emploi
2.3 Mieux appréhender le fonctionnement des structures médico-sociales	
2.3/1 Développer l'exercice des fonctions d'inspection, de contrôle et d'évaluation	
<p>2.3/1.1 S'assurer de la qualité des prestations délivrées et du respect de la réglementation relative aux risques liés aux facteurs environnementaux</p>	<p>Programmer chaque année dans le PRICE des inspections au titre de la promotion de la bientraitance et de la sécurité des personnes</p>
<p>2.3/1.2 Elaborer une grille d'analyse des rapports d'évaluation externe en vue du renouvellement des autorisations</p>	<p>Animer un groupe de travail régional (en lien avec l'ANESM)</p>

3 - METTRE EN PLACE UN SYSTÈME D'INFORMATIONS MEDICO-SOCIALES PARTAGEES

3.1 Organiser la mise à disposition d'informations sur les ressources disponibles	
3.1/1 Réaliser des outils d'information accessibles et actualisés pour les professionnels et les usagers	
<p>3.1/1.1 Mettre à disposition par territoire de santé un annuaire des établissements et services médico-sociaux</p>	<p>Mettre à jour chaque année l'annuaire</p>
<p>3.1/1.2 Expérimenter par territoire une gestion centralisée des demandes d'admission et des places disponibles en établissements médico-sociaux</p>	<p>Recenser les initiatives en cours</p> <p>Diffuser les outils disponibles</p>

3.2 Approfondir la connaissance des besoins médico-sociaux

3.2/1 Construire un observatoire régional sur les besoins des personnes handicapées

3.2/1.1 Réaliser un outil de suivi des décisions des CDAPH, en lien avec la commission de coordination pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et les MDPH	Conduire une étude de faisabilité	Développer un outil et accompagner son déploiement		
3.2/1.2 Procéder à des études spécifiques de populations accueillies dans le dispositif médico-social (champ du handicap)	Réaliser une étude sur les ITEP	Réaliser une étude sur le fonctionnement des CMPP	Réaliser une étude sur les CRP	Réaliser une étude de l'impact de l'intégration scolaire en milieu ordinaire sur le fonctionnement du semi-internat

3.2/2 Analyser les situations de dépendance lourde à domicile, prioritairement en zones rurales

3.2/2.1 Procéder à une étude sur les modalités d'accompagnement des personnes âgées en GIR 1 et 2 à domicile	Elaborer une méthodologie en lien avec les Conseils Généraux (objectifs, échantillonnage, grille d'analyse)	Conduire l'étude sur les GIR 1 et 2 à domicile		
--	---	--	--	--

3.3 Faciliter le partage de l'information médicale et administrative

3.3/1 Rendre plus opérationnels les outils de transmission des informations relatives aux usagers

3.3/1.1 Favoriser la circulation de l'information entre le lieu de vie et l'hôpital	Recenser les instruments de transmission existants et les faire connaître			
3.3/1.2 Accompagner dans les territoires la généralisation du dossier unique d'admission en EHPAD	Promouvoir l'utilisation du Dossier Médical Personnel (DMP) entre établissements et professionnels de santé			Inscrire cette obligation dans les conventions tripartites dans le cadre des renouvellements

4 - TERRITOIRE DE LOT-ET-GARONNE

1 - FACILITER LA CONTINUITÉ DE PARCOURS DE SOINS ET DE VIE COHERENTS

INTITULE | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016

1.1 Organiser l'offre médico-sociale par territoire, en lien avec les Conseils Généraux				
1.1/1 Garantir un maillage territorial cohérent et partagé				
1.1/1.1 Définir un découpage infra-territoire de santé	Réaliser une cartographie			
1.1/1.2 Sans porter préjudice à la réduction des inégalités entre territoires de santé, identifier les territoires, (cf. action 1.1/1.1), à conforter en priorité au regard d'une offre cible incluant services, établissements et dispositifs de coordination (dont MAIA)	Définir une offre cible Déterminer les territoires prioritaires par type d'activité			
1.2 Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne				
1.2/1 Adapter et renforcer le repérage et la prise en charge précoces				
1.2/1.1 Poursuivre le maillage territorial en CAMSP et en CMPP et améliorer leurs conditions de fonctionnement	Le territoire paraît correctement équipé comparé à d'autres territoires aquitains; cependant l'adaptation des modalités d'intervention devra s'attacher à réduire des délais d'attente encore élevés			
1.2/1.2 Développer les dispositifs permettant le repérage précoce des conduites addictives	Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014			
1.2/1.3 Favoriser les interventions coordonnées pour réduire les dommages auprès des publics engagés dans des conduites à risque	Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014			

INTITULE		2012	2013	2014	2015	2016
1.2/2 Développer le dispositif de diagnostic et d'évaluation des pathologies du vieillissement						
1.2/2.1 Faciliter l'accès à une consultation mémoire labellisée et/ou à une consultation d'évaluation gériatrique		Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action				
1.2/2.2 Densifier l'équipement en hôpitaux de jour gériatriques		Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action				
1.2/3 Préserver le capital santé des personnes en situation de fragilité, en développant des actions de prévention						
1.2/3.1 Soutenir durablement le dispositif sport et handicaps en faveur des personnes en situation de handicap mental		Pérenniser le financement ARS pour le sport adapté				
1.2/3.2 Promouvoir l'adoption d'attitudes positives pour Bien Grandir et Bien Vieillir		Mobiliser l'ensemble des leviers disponibles : le schéma régional Prévention et/ou le PRAPS, les CPOM, les conventions tripartites, le programme régional de gestion du risque (PRGDR)				
1.3 Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire						
1.3/1 Orienter le développement de l'offre en coordination avec l'offre sanitaire et sociale						
1.3/1.1 Permettre aux personnes handicapées, âgées et confrontées à des difficultés spécifiques d'avoir accès aux soins de premier recours et aux consultations spécialisées		Se référer au volet ambulatoire du SROS pour la prise en compte de cette action				

<p>1.3/1.2 Prioriser l'implantation de l'offre médico-sociale sur les territoires en prenant en compte l'offre de soins libérale et hospitalière)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actualiser la cartographie du zonage infirmier (intégrant les SSIAD) • Réaliser un état des lieux de la filière gériatrique par territoire, au niveau sanitaire, médico-social et des réseaux 	<p>Mettre en perspective les implantations avec l'analyse des besoins médico-sociaux prioritaires (en lien avec l'action 1.1/1.2)</p>	
<p>1.3/1.3 Articuler l'offre médico-sociale avec l'offre sociale de proximité</p>	<p>Etablir une cartographie par territoire de l'implantation de l'offre sociale de proximité (SAD, SAVS, Résidences sociales, notamment résidences d'accueil, et GEM)</p>		
<p>1.3/2 Orienter l'évolution de l'offre médico-sociale vers le développement des services, en privilégiant les territoires les plus fragiles</p>			
<p>1.3/2.1 Adapter l'accompagnement en milieu ordinaire, prioritairement par la recomposition de l'offre institutionnelle en faveur des enfants</p>		<p>Créer des places de SESSAD professionnel par transformation de places d'IME (secteurs du Marmandais et du Villeneuvois)</p>	
<p>1.3/2.2 Proposer des modes d'accompagnement diversifiés et coordonnés (SPASAD, SSIAD, SAMSAH polyvalent, E.S.A., SESSAD professionnel)</p>	<p>Installer les 3 ESA (équipes spécialisées Alzheimer)</p>	<p>En concertation avec le Conseil Général, étendre l'agrément du SAMSAH aux autres types de handicaps</p>	<p>Créer des places d'accueil familial spécialisé</p>
<p>Privilégier les créations de places de SSIAD adossées aux SAD (SPASAD en particulier)</p>			
<p>1.3/2.3 Conforter l'offre ambulatoire en faveur des personnes déficientes sensorielles et des personnes autistes</p>		<p>Créer un SAAAS pour déficients visuels</p>	
<p>1.3/3 Faciliter l'accès aux soins spécialisés des personnes vivant à domicile</p>			
<p>1.3/3.1 Assurer une expertise médicale spécialisée aux personnes vivant à domicile (gériatrie, psychiatrie)</p>	<p>Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action</p>		

<p>1.3/3.2 Faciliter les sorties d'hospitalisation de la personne âgée ou handicapée</p>	<p>Réalisation d'un état des lieux sur la prise en charge des sorties d'hospitalisation par les SSIAD et les HT</p>				
<p>Poursuivre et soutenir les expérimentations de places de SSIAD et d'HT dédiées aux sorties d'hospitalisation</p>					
<p>1.3/4 Apporter un soutien aux aidants familiaux</p>					
<p>1.3/4.1 Structurer territorialement l'offre de répit (ADJ, HT)</p>	<p>Analyser l'activité des accueils de jour pour leur mise en conformité</p>	<p>Achever le maillage du territoire en unités de vie autonomes (AJ/HT) en dotant le Marnandais de ce type de structure</p>			
<p>1.3/4.2 Mettre en place des modalités d'accompagnement des aidants</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser le déploiement d'actions de formation en faveur des aidants familiaux (mesure 2 du Plan ALZHEIMER) • Mettre en œuvre les plateformes d'accompagnement et de répit (mesure 1 du Plan Alzheimer) 				
<p>1.4 Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne</p>					
<p>1.4/1 Conforter l'offre dans les territoires les moins bien équipés</p>					
<p>1.4/1.1 Assurer une prise en charge institutionnelle aux enfants polyhandicapés</p>		<p>Créer des places pour polyhandicapés sur l'Agenais</p>			
<p>1.4/1.2 Compléter l'offre en faveur des personnes adultes lourdement handicapés</p>					
<p>1.4/1.3 Soutenir l'insertion professionnelle des personnes handicapées</p>	<p>Compléter l'offre d'ESAT pour autistes sur le Marnandais</p>	<p>Compléter l'offre d'ESAT pour déficients intellectuels et psychiques sur l'Agenais</p>	<p>Compléter l'offre d'ESAT pour déficients intellectuels et psychiques sur le Villeneuvois/Fumémois</p>	<p>Compléter l'offre d'ESAT pour déficients intellectuels et psychiques sur le Villeneuvois/Fumémois</p>	<p>Compléter l'offre d'ESAT pour déficients intellectuels et psychiques sur le Villeneuvois/Fumémois</p>

<p>1.4/1.4 Privilégier les extensions de capacité des EHPAD existants pour compléter le maillage</p>	<p>Etendre la capacité d'accueil en EHPAD sur l'Agenais</p>	<p>Achever l'extension de capacité en EHPAD sur l'Agenais</p>	<p>Etendre la capacité d'accueil en EHPAD au Nord et au Centre du territoire</p>	
<p>Dans le cadre des appels à projets, inclure dans le cahier des charges la condition d'un tarif accessible financièrement.</p>				
<p>1.4/2 Anticiper l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap</p>				
<p>1.4/2.1 Proposer aux personnes handicapées vieillissantes des réponses médico-sociales adaptées et diversifiées</p>	<p>Créer 1 FAM par médicalisation de places de foyer de vie sur le Marmandais</p>	<p>Achever le FAM du Marmandais</p>		
<p>1.4/3 Mieux prendre en compte dans les territoires les besoins de publics spécifiques</p>				
<p>1.4/3.1 Offrir un accompagnement médico-social diversifié aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques (handicap psychique, précarité, addictions, troubles du comportement...)</p>				
<p>1.4/3.2 S'inscrire dans la mise en œuvre des plans nationaux, notamment en privilégiant les créations en faveur des personnes autistes et atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre les 12 PASA et les 2 UHR, dont 1 médico-sociale • Créer des unités pour autistes : places d'ESAT et places d'internat en IME sur le Villeneuvois 	<p>Créer des places d'internat en IME pour troubles envahissants du développement sur le Marmandais, prioritairement par redéploiement</p>	<p>Achever l'unité pour autistes en IME du Villeneuvois</p>	<p>Achever la création de places pour troubles envahissants du développement en IME du Marmandais</p>

1.5 Innover pour améliorer les parcours de vie

1.5/1 Faciliter le passage des structures pour enfants handicapés vers celles pour personnes adultes handicapées

1.5/1.1 Adapter les autorisations aux besoins de prise en charge des enfants et adolescents handicapés, y compris dans les expérimentations	Conduire un état des lieux des agréments et proposer les adaptations nécessaires	
---	--	--

1.5/2 Promouvoir de nouveaux modèles d'accompagnement médico-social

1.5/2.1 Favoriser les expérimentations au bénéfice des personnes autistes et des jeunes atteints de troubles sévères du comportement		Créer des places de semi-internat pour des prises en charge spécifiques (méthodes expérimentales) en faveur des autistes	
--	--	--	--

2 - GARANTIR LA QUALITE DE VIE ET LA SECURITE DANS LE DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL

2.1 Améliorer la performance des organisations médico-sociales

2.1/1 Mobiliser le levier de la recomposition hospitalière

2.1/1.1 Poursuivre les reconversions hospitalières vers le secteur médico-social	Etudier les possibilités de reconversions hospitalières	
--	---	--

2.1/2 Susciter et accompagner les initiatives de coordination et le partenariat entre établissements et services

2.1/2.2 Promouvoir la coopération entre établissements et services médico-sociaux et avec les établissements de santé	Recenser et analyser les différents modes de coopération et faire connaître les pratiques exemplaires	
---	---	--

Développer la télémédecine au bénéfice des EHPAD dans le cadre du programme régional de télémédecine

2.1/3 Tendre vers un niveau amélioré de prestations

2.1/3.1 Réaliser une étude sur le fonctionnement des SSIAD et SPASAD et définir les conditions requises pour garantir la viabilité et la qualité des dispositifs	Proposer un référentiel pour un fonctionnement optimisé des SSIAD et SPASAD		
--	---	--	--

2.1/4 Soutenir prioritairement, en matière d'allocation de ressources, les structures accueillant les personnes lourdement dépendantes (autistes, polyhandicapés, EHPAD)			
2.1/4.1 Approfondir les analyses comparatives de coûts par échantillon de structures pour des publics identiques	Réaliser prioritairement une étude sur les structures accueillant les autistes et les polyhandicapés		
2.1/4.2 Adapter annuellement la politique régionale de médicalisation des EHPAD et améliorer la communication	Dans le cadre de la campagne budgétaire		
2.1/5 Mobiliser les acteurs sur la performance des prises en charge médicamenteuses et des dispositifs médicaux dans les établissements médico-sociaux			
2.1/5.1 Réaliser un diagnostic régional de la performance de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux	Phase expérimentale de l'outil de diagnostic	Phase de généralisation	Aide à la réalisation
2.1/5.2 Inciter les EHPAD à mettre en œuvre un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée	Communication et mise en place d'un réseau de correspondants	Interventions sur site et élaboration d'un outil de mesure	Généralisation et communication
2.1/6 Améliorer la fluidité des soins en addictologie			
2.1/6.1 Renforcer les articulations entre les structures médico-sociales et sanitaires d'addictologie	Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014		

2.2 S'inscrire dans une démarche de bientraitance
2.2/1 Garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles

<p>2.2/1.1 S'assurer de la diffusion des recommandations, bonnes pratiques et guides en vigueur (HCSP, HAS, ANESM, ANAP, AFSSAPS)</p>	<p>Recenser les publications et bâtir un tableau de bord de diffusion</p>	<p>Mise à jour annuelle</p>
<p>2.2/1.2 Prévenir les risques associés aux soins (infectieux, médicamenteux...)</p>		<p>Agir pour une information de qualité aux usagers et aux aidants</p>
<p>2.2/1.3 Renforcer la culture du signalement dans les établissements médico-sociaux</p>	<p>Mettre en œuvre le volet VAGUSAN (Veille, Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires) du schéma régional de prévention</p>	
<p>2.2/1.4 Suivre la mise en œuvre de la démarche d'évaluation, interne et externe</p>	<p>Installer un groupe de travail régional sur l'évaluation</p>	<p>Suivi annuel de la réalisation des évaluations</p>
<p>2.2/1.5 Agir pour mieux accompagner la fin de vie en institution</p>	<p>Identifier les EHPAD et les MAS ne disposant d'aucun partenariat sur la fin de vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser la collaboration des HAD et des filières gériatriques avec les EHPAD • Formaliser les relations avec les équipes mobiles et les réseaux (convention, protocole...)
<p>2.2/2 Renforcer l'attractivité des métiers et la compétence des professionnels du secteur médico-social</p>		
<p>2.2/2.1 Favoriser, dans le cadre de la formation initiale, les rapprochements entre les centres de formation et les structures médico-sociales</p>	<p>Réaliser un état des lieux : - de la prise en compte dans les programmes des écoles des questions liées à la perte d'autonomie et au handicap et - de l'association éventuelle des gestionnaires d'ESMS aux enseignements</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer les enseignements sur la dépendance et la perte d'autonomie ▪ Développer l'accueil de stagiaires dans les ESMS
<p>2.2/2.2 Poursuivre, dans le cadre de la formation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre la formation des formateurs sur l'autisme 	

2.2/2 Renforcer l'attractivité des métiers et la compétence des professionnels du secteur médico-social

<p>2.2/2.1 Favoriser, dans le cadre de la formation initiale, les rapprochements entre les centres de formation et les structures médico-sociales</p>	<p>Réaliser un état des lieux : - de la prise en compte dans les programmes des écoles des questions liées à la perte d'autonomie et au handicap et - de l'association éventuelle des gestionnaires d'ESMS aux enseignements</p>	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les enseignements sur la dépendance et la perte d'autonomie Développer l'accueil de stagiaires dans les ESMS
<p>2.2/2.2 Poursuivre, dans le cadre de la formation continue, la politique de professionnalisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre la formation des formateurs sur l'autisme 	<ul style="list-style-type: none"> Développer la formation des professionnels pour l'accompagnement des malades Alzheimer ou malades apparentés Organiser une réunion annuelle sur la formation avec le Conseil régional, la DRJSCS, la Direccte et Pôle Emploi

2.3 Mieux appréhender le fonctionnement des structures médico-sociales

2.3/1 Développer l'exercice des fonctions d'inspection, de contrôle et d'évaluation

<p>2.3/1.1 S'assurer de la qualité des prestations délivrées et du respect de la réglementation relative aux risques liés aux facteurs environnementaux</p>	<p>Programmer chaque année dans le PRIICE des inspections au titre de la promotion de la bientraitance et de la sécurité des personnes</p>	
<p>2.3/1.2 Elaborer une grille d'analyse des rapports d'évaluation externe en vue du renouvellement des autorisations</p>	<p>Animer un groupe de travail régional (en lien avec l'ANESM)</p>	

3 - METTRE EN PLACE UN SYSTÈME D'INFORMATIONS MEDICO-SOCIALES PARTAGEES

3.1 Organiser la mise à disposition d'informations sur les ressources disponibles

3.1/1 Réaliser des outils d'information accessibles et actualisés pour les professionnels et les usagers

<p>3.1/1.1 Mettre à disposition par territoire de santé un annuaire des établissements et services médico-sociaux</p>	<p>Mettre à jour chaque année l'annuaire</p>
--	--

INTITULE	2012	2013	2014	2015	2016
3.1/1.2 Expérimenter par territoire une gestion centralisée des demandes d'admission et des places disponibles en établissements médico-sociaux	Recenser les initiatives en cours	Diffuser les outils disponibles			
3.2 Approfondir la connaissance des besoins médico-sociaux					
3.2/1 Construire un observatoire régional sur les besoins des personnes handicapées					
3.2/1.1 Réaliser un outil de suivi des décisions des CDAPH, en lien avec la commission de coordination pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et les MIDPH	Conduire une étude de faisabilité	Développer un outil et accompagner son déploiement			
3.2/1.2 Procéder à des études spécifiques de populations accueillies dans le dispositif médico-social (champ du handicap)	Réaliser une étude sur les ITEP	Réaliser une étude sur le fonctionnement des CMPP	Réaliser une étude sur les CRP		Réaliser une étude de l'impact de l'intégration scolaire en milieu ordinaire sur le fonctionnement du semi-internat
3.2/2 Analyser les situations de dépendance lourde à domicile, prioritairement en zones rurales					
3.2/2.1 Procéder à une étude sur les modalités d'accompagnement des personnes âgées en GIR 1 et 2 à domicile	Elaborer une méthodologie en lien avec les Conseils Généraux (objectifs, échantillonnage, grille d'analyse)		Conduire l'étude sur les GIR 1 et 2 à domicile		
3.3 Faciliter le partage de l'information médicale et administrative					
3.3/1 Rendre plus opérationnels les outils de transmission des informations relatives aux usagers					
3.3/1.1 Favoriser la circulation de l'information entre le lieu de vie et l'hôpital	Recenser les instruments de transmission existants et les faire connaître				
Promouvoir l'utilisation du Dossier Médical Personnel (DMP) entre établissements et professionnels de santé					

5 - TERRITOIRE DE BÉARN SOULE

1 - FACILITER LA CONTINUITÉ DE PARCOURS DE SOINS ET DE VIE COHÉRENTS

INTITULE | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016

1.1 Organiser l'offre médico-sociale par territoire, en lien avec les Conseils Généraux				
1.1/1 Garantir un maillage territorial cohérent et partagé				
1.1/1.1 Définir un découpage infra-territoire de santé	Réaliser une cartographie			
1.1/1.2 Sans porter préjudice à la réduction des inégalités entre territoires de santé, identifier les territoires (cf. action 1.1/1.1), à conforter en priorité au regard d'une offre cible incluant services, établissements et dispositifs de coordination (dont MAIA)	Définir une offre cible Déterminer les territoires prioritaires par type d'activité			
1.2 Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne				
1.2/1 Adapter et renforcer le repérage et la prise en charge précoces				
1.2/1.1 Poursuivre le maillage territorial en CAMSP et en CMPP et améliorer leurs conditions de fonctionnement	Le territoire est correctement équipé			
1.2/1.2 Développer les dispositifs permettant le repérage précoce des conduites addictives	Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014			
1.2/1.3 Favoriser les interventions coordonnées pour réduire les dommages auprès des publics engagés dans des conduites à risque	Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014			

1.2/2 Développer le dispositif de diagnostic et d'évaluation des pathologies du vieillissement	
1.2/2.1 Faciliter l'accès à une consultation mémoire labellisée et/ou à une consultation d'évaluation gériatrique	Se référer au SROS pour la prise en compte de cette
1.2/2.2 Densifier l'équipement en hôpitaux de jour gériatriques	Se référer au SROS pour la prise en compte de cette
1.2/3 Préserver le capital santé des personnes en situation de fragilité, en développant des actions de prévention	
1.2/3.1 Soutenir durablement le dispositif sport et handicaps	Pérenniser le financement ARS pour le sport adapté
1.2/3.2 Promouvoir l'adoption d'attitudes positives pour Bien Grandir et Bien Vieillir	Mobiliser l'ensemble des leviers disponibles : le schéma régional de Prévention, les CPOM, les conventions tripartites, le programme régional de gestion du risque (PRGDR)
1.3 Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire	
1.3/1 Orienter le développement de l'offre en coordination avec l'offre sanitaire et sociale	
1.3/1.1 Permettre aux personnes handicapées, âgées et confrontées à des difficultés spécifiques d'avoir accès aux soins de premier recours et aux consultations spécialisées	Se référer au volet ambulatoire du SROS pour la prise en compte de cette
1.3/1.2 Prioriser l'implantation de l'offre médico-sociale sur les territoires en prenant en compte l'état de l'offre de soins (libérale et hospitalière)	<ul style="list-style-type: none"> Actualiser la cartographie du zonage infirmier (intégrant les SSIAD) Réaliser un état des lieux de la filière gériatrique par territoire, au niveau sanitaire, médico-social et des réseaux <p>Mettre en perspective les implantations avec l'analyse des besoins médico-sociaux prioritaires (en lien avec l'action 1.1/1.2)</p>

<p>1.3/1.3 Articuler l'offre médico-sociale avec l'offre sociale de proximité</p>	<p>Etablir une cartographie par territoire de l'implantation de l'offre sociale de proximité (SAD, SAVS, Résidences sociales, notamment résidences d'accueil, et GEM)</p>			
<p>1.3/2 Orienter l'évolution de l'offre médico-sociale vers le développement des services, en privilégiant les territoires les plus fragiles</p>				
<p>1.3/2.1 Adapter l'accompagnement en milieu ordinaire, prioritairement par la recomposition de l'offre institutionnelle en faveur des enfants</p>	<p>Créer 1 SESSAD pour troubles du langage et apprentissage (arrondissement de Pau)</p>	<p>Créer 1 SESSAD pour jeunes en souffrance psychique (arrondissement de Pau)</p>		
<p>Etudier les possibilités de transformations de places par redéploiement au regard des publics accueillis et des territoires prioritaires</p>				
<p>1.3/2.2 Proposer des modes d'accompagnement diversifiés et coordonnés (SPASAD, SSIAD, SAMSAH polyvalent, E.S.A., SESSAD professionnel)</p>	<p>Installer les 4 ESA (équipes spécialisées Alzheimer)</p>	<p>Achever 1 SAMSAH (arrondissement de Pau)</p>	<p>Créer des places de SESSAD professionnel par transformation de places institutionnelles</p>	
<p>Privilégier les créations de places de SSIAD adossées aux SAD (SPASAD en particulier)</p>				
<p>1.3/2.3 Conforter l'offre ambulatoire en faveur des personnes déficientes sensorielles et des personnes autistes</p>				
<p>1.3/3 Faciliter l'accès aux soins spécialisés des personnes vivant à domicile</p>				
<p>1.3/3.1 Assurer une expertise médicale spécialisée aux personnes vivant à domicile (gériatrie, psychiatrie)</p>	<p>Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action</p>			

<p>1.3/3.2 Faciliter les sorties d'hospitalisation de la personne âgée ou handicapée</p>	<p>Réalisation d'un état des lieux sur la prise en charge des sorties d'hospitalisation par les SSIAD et les HT</p>				
<p>Poursuivre et soutenir les expérimentations de places de SSIAD et d'HT dédiées aux sorties d'hospitalisation</p>					
<p>1.3/4 Apporter un soutien aux aidants familiaux</p>					
<p>1.3/4.1 Structurer territorialement l'offre de répit (ADJ, HT)</p>	<p>Analyser l'activité des accueils de jour pour leur mise en conformité</p>	<p>Soutenir l'implantation d'AJ et d'HT en privilégiant les unités autonomes, notamment en Soule et sur le secteur d'Oloron Ste Marie</p>			
<p>1.3/4.2 Mettre en place des modalités d'accompagnement des aidants</p>	<ul style="list-style-type: none"> Organiser le déploiement d'actions de formation en faveur des aidants familiaux (mesure 2 du Plan ALZHEIMER) Mettre en œuvre les plateformes d'accompagnement et de répit (mesure 1 du Plan Alzheimer) 				
<p>1.4 Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne</p>					
<p>1.4/1 Conforter l'offre dans les territoires les moins bien équipés</p>					
<p>1.4/1.1 Assurer une prise en charge institutionnelle aux enfants polyhandicapés</p>					
<p>1.4/1.2 Compléter l'offre en faveur des personnes adultes lourdement handicapées</p>	<p>Au regard des besoins appréhendés à travers, notamment, le maintien, en établissement pour enfants, des jeunes adultes handicapés ou d'inadéquations de prise en charge d'adultes handicapés, une priorité devra être donnée à l'augmentation de la capacité d'accueil en foyer d'accueil médicalisé (FAM)</p>				
<p>1.4/1.3 Soutenir l'insertion professionnelle des personnes handicapées</p>	<p>Le territoire est suréquipé : la réduction des écarts d'équipement au profit du territoire Navarre Côte-Basque devra être recherchée</p>				

<p>1.4/1.4 Privilégier les extensions de capacité des EHPAD existants pour compléter le maillage territorial</p>				Etendre la capacité d'EHPAD (arrondissement Pau)	
<p>1.4/1.5 Veiller à l'accessibilité financière des EHPAD</p> <p>Dans le cadre des appels à projets, inclure dans le cahier des charges la condition d'un tarif accessible financièrement</p>					
<p>1.4/2 Anticiper l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap</p>					
<p>1.4/2.1 Proposer aux personnes handicapées vieillissantes (PHV) des réponses médico-sociales adaptées et diversifiées</p>	Créer 1 FAM pour PHV	Achever la création d'1 FAM pour PHV			
<p>1.4/3 Mieux prendre en compte dans les territoires les besoins de publics spécifiques</p>					
<p>1.4/3.1 Offrir un accompagnement médico-social diversifié aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques (handicap psychique, précarité, addictions, troubles du comportement...)</p>	Compléter l'offre en places d'ACT, en lien avec le schéma régional médico-social d'addictologie				
<p>1.4/3.2 S'inscrire dans la mise en œuvre des plans nationaux, notamment en privilégiant les créations en faveur des personnes autistes et des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre les 26 PASA et les 3 UHR, dont 1 médico-sociale, du département des Pyrénées-Atlantiques • Réaliser un état des lieux relatif à l'accueil des personnes autistes (enfants et adultes) accueillies dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées du territoire en vue d'actualiser les agréments 	Achever la création d'un FAM pour autistes par médicalisation de places de foyer de vie (arrondissement d'Oloron Ste Marie)			

1.5 Innover pour améliorer les parcours de vie	
1.5/1 Faciliter le passage des structures pour enfants handicapés vers celles pour personnes adultes handicapées	
1.5/1.1 Adapter les autorisations aux besoins de prise en charge des enfants et adolescents handicapés, y compris dans les expérimentations	Conduire un état des lieux des agréments et proposer les adaptations nécessaires
1.5/2 Promouvoir de nouveaux modèles d'accompagnement médico-social	
1.5/2.1 Favoriser les expérimentations au bénéfice des personnes autistes et des jeunes atteints de troubles sévères du comportement	Créer des places de FAM et/ou SAMSAH pour déficients psychiques par transformation de lits de psychiatrie du CHP à Pau
2 - GARANTIR LA QUALITE DE VIE ET LA SECURITE DANS LE DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL	
2.1 Améliorer la performance des organisations médico-sociales	
2.1/1 Mobiliser le levier de la recomposition hospitalière	
2.1/1.1 Poursuivre les reconversions hospitalières vers le secteur médico-social	
2.1/2 Susciter et accompagner les initiatives de coordination et le partenariat entre établissements et services	
2.1/2.2 Promouvoir la coopération entre établissements et services médico-sociaux et avec les établissements de santé	Recenser et analyser les différents modes de coopération et faire connaître les pratiques exemplaires
Développer la télémédecine au bénéfice des EHPAD dans le cadre du programme régional de télémédecine	

2.1/3 Tendre vers un niveau amélioré de prestations			
2.1/3.1 Réaliser une étude sur le fonctionnement des SSIAD et SPASAD et définir les conditions requises pour garantir la viabilité et la qualité des dispositifs		Proposer un référentiel pour un fonctionnement optimisé des SSIAD et SPASAD	
2.1/4 Soutenir prioritairement, en matière d'allocation de ressources,			
2.1/4.1 Approfondir les analyses comparatives de coûts par échantillon de structures pour des publics identiques	Réaliser prioritairement une étude sur les structures accueillant les autistes et les polyhandicapés		
2.1/4.2 Adapter annuellement la politique régionale de médicalisation des EHPAD et améliorer la communication	Dans le cadre de la campagne budgétaire		
2.1/5 Mobiliser les acteurs sur la performance des prises en charge médicamenteuses et des dispositifs médicaux dans les établissements médico-sociaux			
2.1/5.1 Réaliser un diagnostic régional de la performance de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux	Phase expérimentale de l'outil de diagnostic	Phase de généralisation	Aide à la réalisation

<p>2.1/5.2 Inciter les EHPAD à mettre en œuvre un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée</p>	<p>Communication et mise en place d'un réseau de correspondants</p>	<p>Interventions sur site et élaboration d'un outil de mesure</p>	<p>Généralisation et communication</p>	
<p>2.1/6 Améliorer la fluidité des soins en addictologie</p>				
<p>2.1/6.1 Renforcer les articulations entre les structures médico-sociales et sanitaires d'addictologie</p>	<p>Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014</p>			
<p>2.2 S'inscrire dans une démarche de bientraitance</p>				
<p>2.2/1 Garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles</p>				
<p>2.2/1.1 S'assurer de la diffusion des recommandations, bonnes pratiques et guides en vigueur (HCSP, HAS, ANESM, ANAP, AFSSAPS)</p>	<p>Recenser les publications et bâtir un tableau de bord de diffusion</p>			<p>Mise à jour annuelle</p>
<p>2.2/1.2 Prévenir les risques associés aux soins (infectieux, médicamenteux...)</p>	<p>Agir pour une information de qualité aux usagers et aux aidants</p>			
<p>2.2/1.3 Renforcer la culture du signalement dans les établissements médico-sociaux</p>	<p>Mettre en œuvre le volet VAGUSAN (Veille, Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires) du schéma régional de prévention</p>			

<p>2.2/1.4 Suivre la mise en œuvre de la démarche d'évaluation, interne et externe</p>	<p>Installer un groupe de travail régional sur l'évaluation</p>	<p>Suivi annuel de la réalisation des évaluations</p>
<p>2.2/1.5 Agir pour mieux accompagner la fin de vie en institution</p>	<p>Identifier les EHPAD et les MAS ne disposant d'aucun partenariat sur la fin de vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Organiser la collaboration des HAD et des filières gériatriques avec les EHPAD Formaliser les relations avec les équipes mobiles et les réseaux (convention, protocole...)
<p>2.2/2 Renforcer l'attractivité des métiers et la compétence des professionnels du secteur médico-social</p>		
<p>2.2/2.1 Favoriser, dans le cadre de la formation initiale, les rapprochements entre les centres de formation et les structures médico-sociales</p>	<p>Réaliser un état des lieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> de la prise en compte dans les programmes des écoles des questions liées à la perte d'autonomie et au handicap et de l'association éventuelle des gestionnaires d'ESMS aux enseignements 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les enseignements sur la dépendance et la perte d'autonomie Développer l'accueil de stagiaires dans les ESMS
<p>2.2/2.2 Poursuivre, dans le cadre de la formation continue, la politique de professionnalisation</p>	<p>Mettre en œuvre la formation des formateurs sur l'autisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Développer la formation des professionnels pour l'accompagnement des malades Alzheimer ou malades apparentés Organiser une réunion annuelle sur la formation avec le Conseil régional, la DRJSCS, la Direccte et Pôle Emploi
<p>2.3 Mieux appréhender le fonctionnement des structures médico-sociales</p>		
<p>2.3/1 Développer l'exercice des fonctions d'inspection, de contrôle et d'évaluation</p>		
<p>2.3/1.1 S'assurer de la qualité des prestations délivrées et du respect de la réglementation relative aux risques liés aux facteurs environnementaux</p>	<p>Programmer chaque année dans le PRIICE des inspections au titre de la promotion de la bientraitance et de la sécurité des personnes</p>	
<p>2.3/1.2 Elaborer une grille d'analyse des rapports d'évaluation externe en vue du renouvellement des autorisations</p>	<p>Animer un groupe de travail régional (en lien avec l'ANESM)</p>	

3 - METTRE EN PLACE UN SYSTÈME D'INFORMATIONS MEDICO-SOCIALES PARTAGEES

3.1 Organiser la mise à disposition d'informations sur les ressources disponibles

3.1/1 Réaliser des outils d'information accessibles et actualisés pour les professionnels et les usagers

3.1/1.1 Mettre à disposition par territoire de santé un annuaire des établissements et services médico-sociaux	Mettre à jour chaque année l'annuaire		
3.1/1.2 Expérimenter par territoire une gestion centralisée des demandes d'admission et des places disponibles en établissements médico-sociaux	Recenser les initiatives en cours	Diffuser les outils disponibles	

3.2 Approfondir la connaissance des besoins médico-sociaux

3.2/1 Construire un observatoire régional sur les besoins des personnes handicapées

3.2/1.1 Réaliser un outil de suivi des décisions des CDAPH, en lien avec la commission de coordination pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et les MDPH	Conduire une étude de faisabilité	Développer un outil et accompagner son déploiement	
3.2/1.2 Procéder à des études spécifiques de populations accueillies dans le dispositif médico-social (champ du handicap)	Réaliser une étude sur les ITEP	Réaliser une étude sur le fonctionnement des CMPP	Réaliser une étude de l'impact de l'intégration scolaire en milieu ordinaire sur le fonctionnement du semi-internat

3.2/2 Analyser les situations de dépendance lourde à domicile, prioritairement en zones rurales

3.2/2.1 Procéder à une étude sur les modalités d'accompagnement des personnes âgées en GIR 1 et 2 à domicile	Elaborer une méthodologie en lien avec les Conseils Généraux (objectifs, échantillonnage, grille d'analyse)	Conduire l'étude sur les GIR 1 et 2 à domicile	
---	---	--	--

3.3 Faciliter le partage de l'information médicale et administrative

3.3/1 *Rendre plus opérationnels les outils de transmission des informations relatives aux usagers*

<p>3.3/1.1 Favoriser la circulation de l'information entre le lieu de vie et l'hôpital</p>	<p>Recenser les instruments de transmission existants entre médecins traitants et établissements et les faire connaître</p>		
<p>3.3/1.2 Accompagner dans les territoires la généralisation du dossier unique d'admission en EHPAD</p>	<p>Promouvoir l'utilisation du Dossier Médical Personnel (DMP) entre établissements et professionnels de santé</p>	<p>Inscrire cette obligation dans les conventions tripartites dans le cadre des renouvellements</p>	

6 - TERRITOIRE DE NAVARRE CÔTE BASQUE

1 - FACILITER LA CONTINUITÉ DE PARCOURS DE SOINS ET DE VIE COHÉRENTS

INTITULE | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016

1.1 Organiser l'offre médico-sociale par territoire, en lien avec les Conseils Généraux	
1.1/1 Garantir un maillage territorial cohérent et partagé	
<p>1.1/1.1 Définir un découpage infra-territoire de santé</p> <p>1.1/1.2 Sans porter préjudice à la réduction des inégalités entre territoires de santé, identifier les territoires (cf. action 1.1/1.1), à conforter en priorité au regard d'une offre cible incluant services, établissements et dispositifs de coordination (dont MAIA)</p>	<p>Réaliser une cartographie</p> <p>Définir une offre cible</p> <p>Déterminer les territoires prioritaires par type d'activité</p>
1.2 Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne	
1.2/1 Adapter et renforcer le repérage et la prise en charge précoces	
<p>1.2/1.1 Poursuivre le maillage territorial en CAMSP et en CMPP et améliorer leurs conditions de fonctionnement</p>	<p>Le territoire est correctement équipé, la structuration des liens avec les services de la petite enfance est toutefois à travailler</p>
<p>1.2/1.2 Développer les dispositifs permettant le repérage précoce des conduites addictives</p>	<p>Développer le schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014</p>
<p>1.2/1.3 Favoriser les interventions coordonnées pour réduire les dommages auprès des publics engagés dans des conduites à risque</p>	<p>Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014</p>

1.2/2 Développer le dispositif de diagnostic et d'évaluation des pathologies du vieillissement

<p>1.2/2.1 Faciliter l'accès à une consultation mémoire labellisée et/ou à une consultation d'évaluation gériatrique</p>	<p>Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action</p>	
---	---	--

<p>1.2/2.2 Densifier l'équipement en hôpitaux de jour gériatriques</p>	<p>Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action</p>	
---	---	--

1.2/3 Préserver le capital santé des personnes en situation de fragilité, en développant des actions de prévention

<p>1.2/3.1 Soutenir durablement le dispositif sport et handicaps</p>	<p>Pérenniser le financement ARS pour le sport adapté</p>		
---	---	--	--

<p>1.2/3.2 Promouvoir l'adoption d'attitudes positives pour Bien Grandir et Bien Vieillir</p>	<p>Mobiliser l'ensemble des leviers disponibles : le schéma régional de Prévention, les CPOM, les conventions tripartites, le programme régional de gestion du risque (PRGDR)</p>		
--	---	--	--

1.3 Favoriser la vie de la personne en milieu ordinaire

1.3/1 Orienter le développement de l'offre en coordination avec l'offre sanitaire et sociale

<p>1.3/1.1 Permettre aux personnes handicapées, âgées et confrontées à des difficultés spécifiques d'avoir accès aux soins de premier recours et aux consultations spécialisées</p>	<p>Se référer au volet ambulatoire du SROS pour la prise en compte de cette action</p>		
--	--	--	--

<p>1.3/1.2 Prioriser l'implantation de l'offre médico-sociale sur les territoires en prenant en compte l'état de l'offre de soins (libérale et hospitalière)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actualiser la cartographie du zonage infirmier (intégrant les SSIAD) • Réaliser un état des lieux de la filière gériatrique par territoire, au niveau sanitaire, médico-social et des réseaux 	<p>Mettre en perspective les implantations avec l'analyse des besoins médico-sociaux prioritaires (en lien avec l'action 1.1/1.2)</p>	
---	--	---	--

<p>1.3/1.3 Articuler l'offre médico-sociale avec l'offre sociale de proximité</p>	<p>Etablir une cartographie par territoire de l'implantation de l'offre sociale de proximité (SAD, SAVS, Résidences sociales, notamment résidences d'accueil, et GEM)</p>		
--	---	--	--

1.3/2 Orienter l'évolution de l'offre médico-sociale vers le développement des services, en privilégiant les territoires les plus fragiles

<p>1.3/2.1 Adapter l'accompagnement en milieu ordinaire, prioritairement par la reconfiguration de l'offre institutionnelle en faveur des enfants</p>	<p>Achever la création d'1 SESSAD pour déficients intellectuels (secteur Cambo)</p>				
<p>1.3/2.2 Proposer des modes d'accompagnement diversifiés et coordonnés (SPASAD, SSIAD, SAMSAH polyvalent, E.S.A., SESSAD professionnel)</p>	<p>Installer une deuxième ESA (équipes spécialisées Alzheimer)</p>	<p>Créer des places de SAMSAH pour déficients psychiques dont une partie pourra résulter de la requalification de places expérimentales pour traumatisés crâniens</p>	<p>Privilégier les créations de places de SSIAD adossées aux SAD (SPASAD en particulier)</p>		<p>Etudier les possibilités de transformations de places par redéploiement au regard des publics accueillis et des territoires prioritaires</p>
<p>1.3/2.3 Conforter l'offre ambulatoire en faveur des personnes déficientes sensorielles et des personnes autistes</p>		<p>Etendre la capacité de places de SESSAD pour déficients visuels (arrondissement Bayonne)</p>			
<p>1.3/3 Faciliter l'accès aux soins spécialisés des personnes vivant à domicile</p>					
<p>1.3/3.1 Assurer une expertise médicale spécialisée aux personnes vivant à domicile (gériatrie, psychiatrie)</p>	<p>Se référer au SROS pour la prise en compte de cette action</p>				
<p>1.3/3.2 Faciliter les sorties d'hospitalisation de la personne âgée ou handicapée</p>	<p>Réalisation d'un état des lieux sur la prise en charge des sorties d'hospitalisation par les SSIAD et les HT</p>				
<p>Poursuivre et soutenir les expérimentations de places de SSIAD et d'HT dédiées aux sorties d'hospitalisation</p>					

1.3/4 Apporter un soutien aux aidants familiaux				
1.3/4.1 Structurer territorialement l'offre de répit (ADJ, HT)	Analyser l'activité des accueils de jour pour leur mise en conformité	Mettre en place un accueil de jour itinérant mutualisé entre 3 EHPAD (zone Est du territoire de santé)		
1.3/4.2 Mettre en place des modalités d'accompagnement des aidants	<ul style="list-style-type: none"> Organiser le déploiement d'actions de formation en faveur des aidants familiaux (mesure 2 du Plan Alzheimer) Mettre en œuvre les plateformes d'accompagnement et de répit (mesure 1 du Plan Alzheimer) 			
1.4 Progresser dans la structuration de l'offre institutionnelle pour mieux répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne				
1.4/1 Conforter l'offre dans les territoires les moins bien équipés				
1.4/1.1 Assurer une prise en charge institutionnelle aux enfants polyhandicapés				
1.4/1.2 Compléter l'offre en faveur des personnes adultes lourdement handicapées		Ouvrir 1 FAM pour déficients psychiques (arrondissement Bayonne)	Achever la création d'1 FAM pour déficients psychiques (arrondissement Bayonne)	
1.4/1.3 Soutenir l'insertion professionnelle des personnes handicapées	Achever la création d'1 ESAT pour déficients psychiques (arrondissement de Bayonne)	Achever la création d'1 ESAT (arrondissement de Bayonne)		
1.4/1.4 Privilégier les extensions de capacité des EHPAD existants pour compléter le maillage territorial	Créer 3 EHPAD (un début d'opération, une fin d'opération et une opération complète)	Achever la création d'1 EHPAD (arrondissement de Bayonne)	Etendre la capacité en EHPAD (secteur Hendaye)	
1.4/1.5 Veiller à l'accessibilité financière des EHPAD	Dans le cadre des appels à projets, inclure dans le cahier des charges la condition d'un tarif accessible financièrement			

1.4/2 Anticiper l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap

<p>1.4/2.1 Proposer aux personnes handicapées vieillissantes des réponses médico-sociales adaptées et diversifiées</p>	<p>Au regard des besoins appréhendés à travers, notamment, le maintien, en établissement pour enfants, des jeunes adultes handicapés ou d'inadéquations de prise en charge d'adultes handicapés, une priorité devra être donnée à l'augmentation de la capacité d'accueil en foyer d'accueil médicalisé (FAM)</p>		
<p>1.4/3.1 Offrir un accompagnement médico-social diversifié aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques (handicap psychique, précarité, addictions, troubles du comportement...)</p>			
<p>1.4/3.2 S'inscrire dans la mise en œuvre des plans nationaux, notamment en privilégiant les créations en faveur des personnes autistes et des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mette en œuvre les 26 PASA et les 3 UJR, dont 1 médico-sociale, du département des Pyrénées-Atlantiques ▪ Réaliser un état des lieux relatif à l'accueil des personnes autistes (enfants et adultes) accueillies dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées du territoire en vue d'actualiser les agréments 		

1.5 Innover pour améliorer les parcours de vie

1.5/1 Faciliter le passage des structures pour enfants handicapés vers celles pour personnes adultes handicapées

<p>1.5/1.1 Adapter les autorisations aux besoins de prise en charge des enfants et adolescents handicapés, y compris dans les expérimentations</p>	<p>Conduire un état des lieux des agréments et proposer les adaptations nécessaires</p>		
---	---	--	--

1.5/2 Promouvoir de nouveaux modèles d'accompagnement médico-social				
1.5/2.1 Favoriser les expérimentations au bénéfice des personnes autistes et des jeunes atteints de troubles sévères du comportement	Poursuite de l'expérimentation en faveur d'enfants autistes (accompagnement au sein de deux écoles de la Côte Basque)			
2 - GARANTIR LA QUALITE DE VIE ET LA SECURITE DANS LE DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL				
2.1 Améliorer la performance des organisations médico-sociales				
2.1/1 Mobiliser le levier de la recomposition hospitalière				
2.1/1.1 Poursuivre les reconversions hospitalières vers le secteur médico-social		-		
2.1/2 Susciter et accompagner les initiatives de coordination et le partenariat entre établissements et services				
2.1/2.2 Promouvoir la coopération entre établissements et services médico-sociaux et avec les établissements de santé	Recenser et analyser les différents modes de coopération et faire connaître les pratiques exemplaires			
Développer la télé-médecine au bénéfice des EHPAD dans le cadre du programme régional de télé-médecine				
2.1/3 Tendre vers un niveau amélioré de prestations				
2.1/3.1 Réaliser une étude sur le fonctionnement des SSIAD et SPASAD et définir les conditions requises pour garantir la viabilité et la qualité des dispositifs		Proposer un référentiel pour un fonctionnement optimisé des SSIAD et SPASAD		
2.1/4 Soutenir prioritairement, en matière d'allocation de ressources, les structures accueillant les personnes lourdement dépendantes (autistes, polyhandicapés, EHPAD)				
2.1/4.1 Approfondir les analyses comparatives de coûts par échantillon de structures pour des publics identiques	Réaliser prioritairement une étude sur les structures accueillant les autistes et les polyhandicapés			
2.1/4.2 Adapter annuellement la politique régionale de médicalisation des EHPAD et améliorer la communication	Dans le cadre de la campagne budgétaire			

2.1/5 Mobiliser les acteurs sur la performance des prises en charge médicamenteuses et des dispositifs médicaux dans les établissements médico-sociaux

2.1/5.1 Réaliser un diagnostic régional de la performance de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux	Phase expérimentale de l'outil de diagnostic	Phase de généralisation	Aide à la réalisation	
2.1/5.2 Inciter les EHPAD à mettre en œuvre un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée	Communication et mise en place d'un réseau de correspondants	Interventions sur site et élaboration d'un outil de mesure	Généralisation et communication	

2.1/6 Améliorer la fluidité des soins en addictologie

2.1/6.1 Renforcer les articulations entre les structures médico-sociales et sanitaires d'addictologie	Se référer au schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2014			
---	--	--	--	--

2.2 S'inscrire dans une démarche de bientraitance

2.2/1 Garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles

2.2/1.1 S'assurer de la diffusion des recommandations, bonnes pratiques et guides en vigueur (HCSP, HAS, ANESM, ANAP, AFSSAPS)	Recenser les publications et bâtir un tableau de bord de diffusion	Mise à jour annuelle		
2.2/1.2 Prévenir les risques associés aux soins (infectieux, médicamenteux...)	Agir pour une information de qualité aux usagers et aux aidants			
2.2/1.3 Renforcer la culture du signalement dans les établissements médico-sociaux	Mettre en œuvre le volet VAGUSAN (Veille, Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires) du schéma régional de prévention			

<p>2.2/1.4 Suivre la mise en œuvre de la démarche d'évaluation, interne et externe</p>	<p>Installer un groupe de travail régional sur l'évaluation</p>	<p>Suivi annuel de la réalisation des évaluations</p>
<p>2.2/1.5 Agir pour mieux accompagner la fin de vie en institution</p>	<p>Identifier les EHPAD et les MAS ne disposant d'aucun partenariat sur la fin de vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Organiser la collaboration des HAD et des filières gériatriques avec les EHPAD Formaliser les relations avec les équipes mobiles et les réseaux (convention, protocole...)
<p>2.2/2 Renforcer l'attractivité des métiers et la compétence des professionnels du secteur médico-social</p>		
<p>2.2/2.1 Favoriser, dans le cadre de la formation initiale, les rapprochements entre les centres de formation et les structures médico-sociales</p>	<p>Réaliser un état des lieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> de la prise en compte dans les programmes des écoles des questions liées à la perte d'autonomie et au handicap et de l'association éventuelle des gestionnaires d'ESMS aux enseignements 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les enseignements sur la dépendance et la perte d'autonomie <ul style="list-style-type: none"> Développer l'accueil de stagiaires dans les ESMS
<p>2.2/2.2 Poursuivre, dans le cadre de la formation continue, la politique de professionnalisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre la formation des formateurs sur l'autisme 	<ul style="list-style-type: none"> Développer la formation des professionnels pour l'accompagnement des malades Alzheimer ou malades apparentés Organiser une réunion annuelle sur la formation avec le Conseil régional, la DRJSCS, la Direccte et Pôle Emploi
<p>2.3 Mieux appréhender le fonctionnement des structures médico-sociales</p> <p>2.3/1 Développer l'exercice des fonctions d'inspection, de contrôle et d'évaluation</p>		
<p>2.3/1.1 S'assurer de la qualité des prestations délivrées et du respect de la réglementation relative aux risques liés aux facteurs environnementaux</p>	<p>Programmer chaque année dans le PRICE des inspections au titre de la promotion de la bientraitance et de la sécurité des personnes</p>	
<p>2.3/1.2 Elaborer une grille d'analyse des rapports d'évaluation externe en vue du renouvellement des autorisations</p>	<p>Animer un groupe de travail régional (en lien avec l'ANESM)</p>	

3 - METTRE EN PLACE UN SYSTÈME D'INFORMATIONS MÉDICO-SOCIALES PARTAGÉES

3.1 Organiser la mise à disposition d'informations sur les ressources disponibles

3.1/1 Réaliser des outils d'information accessibles et actualisés pour les professionnels et les usagers

3.1/1.1 Mettre à disposition par territoire de santé un annuaire des établissements et services médico-sociaux	Mettre à jour chaque année l'annuaire		
3.1/1.2 Expérimenter par territoire une gestion centralisée des demandes d'admission et des places disponibles en établissements médico-sociaux	Recenser les initiatives en cours	Diffuser les outils disponibles	

3.2 Approfondir la connaissance des besoins médico-sociaux

3.2/1 Construire un observatoire régional sur les besoins des personnes handicapées

3.2/1.1 Réaliser un outil de suivi des décisions des CDAPH, en lien avec la commission de coordination pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et les MDPH	Conduire une étude de faisabilité	Développer un outil et accompagner son déploiement	
3.2/1.2 Procéder à des études spécifiques de populations accueillies dans le dispositif médico-social (champ du handicap)	Réaliser une étude sur les ITEP	Réaliser une étude sur le fonctionnement des CMPP	Réaliser une étude de l'impact de l'intégration scolaire en milieu ordinaire sur le fonctionnement du semi-internat

3.2/2 Analyser les situations de dépendance lourde à domicile, prioritairement en zones rurales		
3.2/2.1 Procéder à une étude sur les modalités d'accompagnement des personnes âgées en GIR 1 et 2 à domicile	Elaborer une méthodologie en lien avec les Conseils Généraux (objectifs, échantillonnage, grille d'analyse)	Conduire l'étude sur les GIR 1 et 2 à domicile
3.3 Faciliter le partage de l'information médicale et administrative		
3.3/1 Rendre plus opérationnels les outils de transmission des informations relatives aux usagers		
3.3/1.1 Favoriser la circulation de l'information entre le lieu de vie et l'hôpital	Recenser les instruments de transmission existants entre médecins traitants et établissements et les faire connaître	
Promouvoir l'utilisation du Dossier Médical Personnel (DMP) entre établissements et professionnels de santé		
3.3/1.2 Accompagner dans les territoires la généralisation du dossier unique d'admission en EHPAD	Inscrire cette obligation dans les conventions tripartites dans le cadre des renouvellements	





Mise en œuvre, suivi et évaluation du sroms

Pour faciliter la mise en œuvre du schéma, chacune des fiches-actions identifie un pilotage ou co-pilotage institutionnel.

Cependant, la réalisation des actions retenues et, par voie de conséquence, l'atteinte des différents objectifs exige la désignation de personne(s) responsable(s) d'action, chargée(s) spécifiquement d'un rôle d'animation.

Aussi une fois le SROMS arrêté, les institutions concernées seront sollicitées pour proposer le nom de la ou des personne(s) appelée(s) à animer chacune des actions.

Dans une logique de continuité de la démarche de planification et afin de prolonger l'implication des membres du comité de pilotage, il est proposé de confier le suivi de la mise en œuvre du schéma à la commission de coordination dans sa formation élargie (cf. COPIL du SROMS).

Sur la durée du schéma, fin février ou début mars de l'exercice N+1, le comité de suivi se réunira pour examiner l'état d'avancement du schéma, les réalisations inter-

venues, les difficultés rencontrées et les éventuels ajustements rendus nécessaires.

Dans cette perspective, les responsables d'action auront à compléter, au terme de chaque année, un tableau normalisé de suivi qui reste, à ce jour encore, à construire.

Le volet **évaluation** sera également intégré et s'appuiera sur la mesure des quelques indicateurs mentionnés dans les fiches-actions.

La synthèse des éléments sera assurée par l'ARS, qui restituera ensuite devant le comité de suivi.

Elle tiendra, par ailleurs, informée la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux de la mise en œuvre du SROMS.

ANNEXES



Sommaire

- 1. Composition du Comité de pilotage du SROMS 138
- 2. L'état des lieux complet en termes de publics, de ressources et de besoins 139

1 - COMPOSITION DE LA COMMISSION DE COORDINATION ÉLARGIE EN FORMATION COMITÉ DE PILOTAGE

Préfecture de la région Aquitaine

Nathalie FABRE

Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)

Jacques CARTIAUX

Direction Départementale de la Cohésion Sociale de la Gironde (DDCS)

Paule LAGRASTA

Direction Régionale des Entreprises, de la concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE)

Serge LOPEZ

Rectorat de l'Académie de Bordeaux

Jean-Louis NEMBRINI

Conseil Régional

Solange MENIVAL - Emmanuelle AJON

Conseil Général de la Dordogne

Jean-Pierre HOTTIAUX

Conseil Général de la Gironde

Hervé BOUCHAN

Conseil Général des Landes

Francis LACOSTE

Conseil Général du Lot-et-Garonne

Joël HOCQUELET

Conseil Général des Pyrénées-Atlantiques

Charles PELANNE

Communes et groupements de communes

Bernard MOLERES (Maire d'Orthez), Jean-Claude DEYRES (Maire de Morcenx), Constance MOLLAT (Conseillère municipale de Bordeaux), Corinne GRIFFOND (Adjointe au maire d'Agen)

Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au travail (CARSAT)

Maria DOUMEINGTS

Caisse de Base du Régime social des indépendants (RSI)

Guy DELAUGEAS

Association Régionale Aquitaine de la Mutualité Sociale Agricole (ARMASA)

Madeleine TALAVERA -

Caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde (CPAM)

Gérard GAILLARD

Agence Régionale de Santé Aquitaine

Pôle d'Appui Stratégique

Dr Anne-Marie CHAUVEAUX

Directrice de la santé publique et de l'offre médico-sociale

Fabienne RABAU

Département de l'offre Médico-sociale

Viviane LUFFLADE - Julie DUTAUZIA

Direction de l'offre de soins

Patrice RICHARD - Philippe LAPORTE

Département Prévention et Promotion de la santé

Joséphine TAMARIT

Délégation territoriale de la Dordogne

Daniel COVO

Délégation territoriale de la Gironde

Christophe CANTO

Délégation territoriale des Landes

Colette PERRIN - Christine ZERBIB

Délégation territoriale de Lot-et-Garonne

Jean-Paul SEYER

Délégation territoriale des Pyrénées-Atlantiques (Navarre Côte Basque / Béarn et Soule)

Anne DANET

L'équipe du CREAHI d'Aquitaine

2 - L'ÉTAT DES LIEUX COMPLET EN TERMES DE PUBLICS, DE RESSOURCES DISPONIBLES ET DE BESOINS IDENTIFIÉS

1. LES PUBLICS HANDICAPÉS OU EN PERTE D'AUTONOMIE EN AQUITAINE

A. Les enfants et les adolescents handicapés

A.1. Les allocataires de l'AAEH et de la PCH

En Aquitaine, fin 2009, 7 700 enfants et adolescents étaient allocataires de l'AAEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé). Le plus souvent (93 %), cette allocation est versée par la CAF et dans les autres cas (7 %) par la MSA.

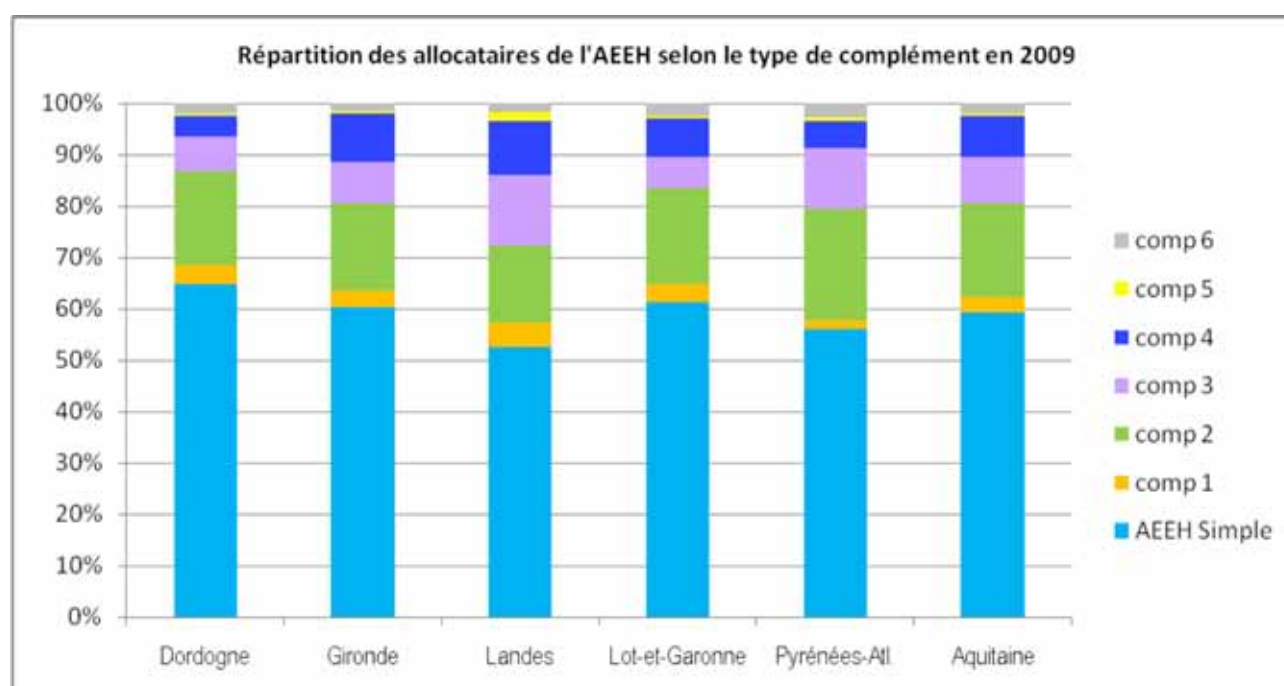
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AAEH (au 31/12/2009)

	effectif	ratio pour 1000
DORDOGNE	926	11,1
GIRONDE	3 701	11,1
LANDES	858	10,5
LOT-ET-GARONNE	656	9,2
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	1 570	11,0
AQUITAINE	7 711	10,8

Sources : CAF et MSA – Exploitation : CREAH I d'Aquitaine

En Aquitaine, 10,8 jeunes pour 1000 habitants de moins de 20 ans sont bénéficiaires de cette allocation. Les ratios départementaux sont relativement proches de cette moyenne sauf dans le Lot-et-Garonne où la proportion d'enfants allocataires de l'AAEH est la plus faible de la région.

Dans 41 % des cas, cette AEEH est assortie d'un complément. Ce complément, réparti en 6 catégories, est attribué pour compenser les frais entraînés par le niveau de handicap de l'enfant (y compris le recours à une tierce personne, voire l'obligation d'un des parents d'arrêter son activité professionnelle en raison de l'état de santé de leur enfant).



Sources : CAF et MSA – Exploitation : CREAH I d'Aquitaine

Selon le département, l'attribution d'un complément est plus ou moins fréquente. Ainsi dans les Landes, 47 % des enfants bénéficiaires de l'AAEH sont concernés contre seulement 35 % en Dordogne.

Les bénéficiaires de la PCH parmi les jeunes de moins de 20 ans (31/12/2010)

	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	AQUITAINE
A DOMICILE	60		48	39	110	
EN INSTITUTION	8		0	0	6	
TOTAL	68		48	49	116	

Source : Conseils généraux – exploitation CREAHI d'Aquitaine

Il n'a pas été possible d'obtenir le nombre de jeunes de moins de 20 ans bénéficiaires de la PCH dans 1 département.

Depuis le 1^{er} avril 2008, la prestation de compensation du handicap (PCH) est ouverte aux enfants et adolescents handicapés. Jusqu'alors, les demandeurs devaient notamment avoir dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH) pour pouvoir en bénéficier. Les familles doivent choisir entre continuer à percevoir le complément d'AAEH ou bénéficier de la PCH.

A.2 Les difficultés d'orientation des enfants et adolescents handicapés selon les MDPH

Les maisons départementales des personnes handicapées ont réalisé un état des lieux des types de situations qui, au sein de chacune d'elles, posaient problème pour mettre en œuvre des orientations adaptées avec, dans certains cas, un essai de quantification.

Plusieurs éléments relatifs notamment au partenariat, au maillage du territoire, à l'accès aux soins et à la scolarité ont été reclassés au fil de ce diagnostic dans les chapitres concernés.

	INSUFFISANCE ET LIMITES DES RÉPONSES	ESTIMATION QUANTITATIVE	JEUNES EN SITUATION D'AMENDEMENT CRETON
DORDOGNE	<p>Manque de places en SESSAD, IME et ITEP (surtout en internat pour les ITEP)</p> <p>Temps d'attente pouvant atteindre un an voire plus (durant cette période maintien en milieu ordinaire de scolarisation par défaut).</p>		Au 31/10/10 : 52 jeunes (dont 6 accueillis hors 24) : 20 orientés FO, 20 en ESAT, 7 en FAM, 3 en MAS, 2 en orientation en cours
GIRONDE	<p>Beaucoup de demandes d'internat insatisfaites faute de places</p> <p>Agrément plus forcément en adéquation avec les besoins notamment sur l'âge : très forte pression sur les adolescents, moindre demande sur les petits</p> <p>ITEP : taux équipement élevé mais pression constante</p>	Environ 400 enfants en liste d'attente, dont certains depuis plusieurs années	Environ 300 jeunes
LANDES	<p>Des besoins en ITEP et en établissement pour enfants handicapés moteurs. Besoins en SESSAD et IME (sur le Nord du département)</p> <p>Temps d'attente pour entrer en ITEP, SESSAD ou IME (quelques semaines). La prise en charge peut toutefois être partielle dans un premier temps.</p>		Jeunes en situation amendement Creton en IME (maintien indispensable mais au détriment de nouvelles admissions)
LOT-ET-GARONNE	<p>Des besoins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour les élèves avec des troubles du comportement (ITEP - SESSAD) - en SESSAD pour accompagner la formation professionnelle en CFA, ULIS, LEP... - en externat pour enfants polyhandicapés - en internat pour enfants avec troubles de la personnalité ou avec TED <p>Des orientations se font par défaut (établissements ou services dont l'agrément n'est pas le plus adapté), souvent liées au manque de places dans structures sanitaires</p> <p>Temps d'attente pour les jeunes polyhandicapés et les jeunes ayant des troubles du comportement avec troubles psychiques importants</p>	rentrée 2010 : environ 100 situations en attente = 40 IME, 30 ITEP, 28 SESSAD	Jeunes en situation d'amendement Creton (lié notamment à un manque de places en ESAT)
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	<p>Bon équipement global mais manque d'accueils temporaires / lieux de ruptures pour adolescents et de structures d'accueil pour adolescents avec difficultés psychiques (mixant les compétences : pédagogique, éducatif, soins, hébergement)</p> <p>Des délais entre notification et début de prise en charge dus aux amendements Creton et à l'éloignement géographique.</p>		Jeunes en situation d'amendement Creton = environ 94 (32 pour FO, 31 ESAT, 24 MAS et 7 FAM)

Les manques mis en évidence concernent des catégories de structures, des modalités d'accueil, des inadéquations d'agrément (en particulier en termes d'âge), des structures innovantes pour l'accueil de jeunes aux frontières de plusieurs dispositifs.

Par ailleurs, sur 3 des 5 départements aquitains, le nombre de jeunes en situation d'amendement Creton s'élève à 450 et dans 2 départements, 500 jeunes seraient en attente d'une place dans le secteur médico-social.

Pour compléter ces données, l'ARS a conduit une enquête en mars-avril 2011 sur la structure par âge des enfants et adolescents accueillis dans les établissements médico-sociaux de la région. Les effectifs de ceux qui ont atteint ou dépassé l'âge de 20 ans peut permettre d'estimer le nombre de jeunes bénéficiaires de l'amendement Creton.

Effectifs des jeunes de 20 ans et plus selon le type d'établissement et le territoire de santé (31/12/2010)

	IME	IME POUR AUTISTES	ITEP	HANDICAP MOTEUR	POLYHANDI-CAP	IMC	DÉFICIENCE AUDITIVE	ENSEMBLE
DORDOGNE	18	8	1					27
GIRONDE	97	12		50	20	31	3	213
LANDES	13	12	1					26
LOT-ET-GARONNE	20				4			24
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	72	1		23		6		102
BÉARN SOULE	45			12		6		64
NAVARRÉ CÔTE BASQUE	27	1		11				38
AQUITAINE	218	33	2	73	24	37	3	392

Source : ARS Aquitaine

Selon ces chiffres, 400 jeunes environ de 20 ans et plus continuent d'être accueillis dans le secteur enfance handicapée ; plus de la moitié sont en IME. Toutefois, ce chiffre peut être considéré comme sous-estimé puisque plusieurs établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) n'ont pas répondu à cette enquête²¹ et sont assez fréquemment confrontés à des difficultés d'orientation de leurs jeunes arrivés à l'âge adulte.

En Aquitaine, la proportion d'allocataires de l'AAH par rapport aux adultes âgés de 20 à 59 ans s'élève à 31,4%, ce qui est plus élevé que la moyenne nationale (26,7%). Le nombre de bénéficiaires est en constante augmentation ces dernières années et varie assez sensiblement selon le département allant de 25% dans les Landes à 37% dans les Pyrénées-Atlantiques.

B. Les adultes handicapés

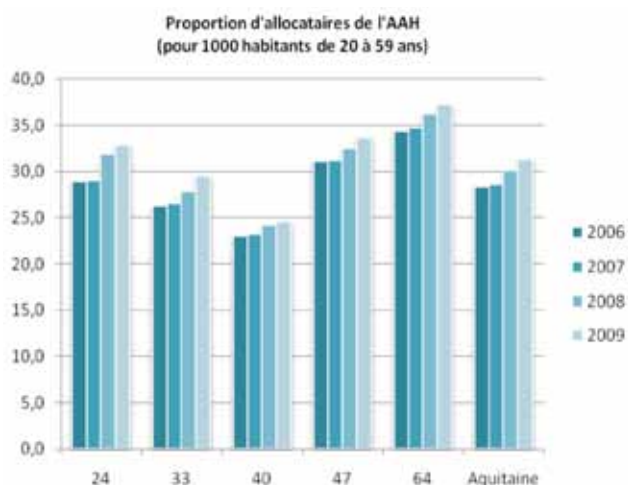
B.1. Les allocataires de l'AAH ou de la PCH (ou ACTP)

Au 31 décembre 2009, 51 600 personnes percevaient l'AAH en Aquitaine. Pour 93 % d'entre elles, cette allocation est versée par la CAF et donc pour 7 % par la MSA (répartition analogue à ce que l'on peut observer pour l'AEH).

L'AAH est attribuée aux adultes handicapés en fonction de leur taux d'incapacité :

- > jusqu'à 60 ans dans le cas d'un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 %
- > sans limite d'âge, pour les personnes ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 %

21. Taux de réponses régional = IME : 92 %, ITEP : 95 %, EEAP : 60 %, handicap moteur : 100 %, IMC : 100 %, déficience auditive : 100 %, déficience visuelle : 0 %



Sources : CAF et MSA – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP selon l'âge et le cadre de vie

		DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	AQUITAINE
PCH	à domicile	20-59 ans	944	3 900	431	664	1 133
		60 ans et +	335		11	205	320
		total	1 279		542	908	1 453
	en institution	20-59 ans	58		23	46	118
		60 ans et +	12		0	3	6
		total	70		23	49	124
	ensemble		1 349		3 900	565	957
ACT	à domicile	< 60 ans	345	1 400	167	286	594
		60 ans et +	150		70	110	289
		total	495		237	396	883
	en institution	< 60 ans	150		14	59	94
		60 ans et +	5		0	14	24
		total	155		14	73	118
	ensemble		650		1 400	251	469

Sources : Conseils généraux – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Globalement, 12 000 adultes handicapés aquitains perçoivent la PCH ou l'ACTP. La très grande majorité d'entre eux (97 % pour la PCH et 82 % pour l'ACTP) vivent à domicile.

Le nombre d'allocataires de la PCH a pratiquement doublé depuis 2008 (+96 %), tandis que celui de l'ACTP enregistre, en toute logique, une diminution.

La PCH (prestation de compensation du handicap) a été créée par la loi de février 2005 et mise en place en janvier 2006. Elle a vocation à remplacer l'ACTP. Elle est destinée à compenser les surcoûts des frais engagés liés au handicap et englobe 7 types d'aides déterminées en fonction des besoins et du « projet de vie » de la personne. L'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne) est une prestation d'aide sociale versée par le conseil général. Elle est destinée aux personnes handicapées dont le taux d'incapacité, reconnu par la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH), est au moins de 80 % et qui ont besoin de l'aide d'une autre personne pour les actes essentiels de la vie (par exemple : se laver, marcher, s'habiller).

B.2 Les difficultés d'orientation des adultes handicapés selon la MDPH

Comme pour les enfants, les MDPH ont réalisé un état des lieux des types des situations d'adultes qui, au sein de chacune d'elles, soulèvent des difficultés de mise en œuvre des orientations adaptées avec, dans certains cas, un essai de quantification.

De la même manière, les données qualitatives qui portaient sur d'autres aspects que l'offre médico-sociale stricto sen-

su ont été reclassées dans les rubriques concernées dans la suite de diagnostic.

Pour la plupart des catégories d'établissements et services, les capacités d'accueil semblent insuffisantes avec une pression plus forte sur les places destinées aux personnes handicapées vieillissantes ou handicapées psychiques (d'autres publics sont également concernés, tels les adultes présentant des TED ou encore les personnes cérébrolésées)

	INSUFFISANCE ET LIMITES DES RÉPONSES	ESTIMATION QUANTITATIVE
DORDOGNE	<p>Listes d'attente et délais pour toutes les catégories d'établissements</p> <p>Orientation par défaut ou maintien dans un type d'établissement, faute de place adaptée</p> <p>Orientation hors département faute de places</p> <p>Difficultés accompagnement personnes handicapées psychiques : manque de places en SAMSAH et couverture incomplète du territoire, pas d'ESAT spécialisé, problèmes de cohabitation en FO avec des personnes déficientes intellectuelles.</p> <p>Problèmes pour réorientation des retraités d'ESAT (trop jeunes et autonomes pour relever d'EHPAD).</p> <p>Manque de places avec hébergement (accueils de jour difficiles hors zones urbaines du fait du problème des transports)</p>	<p>53 personnes de moins de 60 ans en EHPAD (dont 3 hors Dordogne) pour la majorité faute de places en FAM</p> <p>Personnes de Dordogne accueillies hors 24 : 89 bénéficiaires de l'aide sociale (donc hors résidents MAS et travailleurs ESAT sans hébergement) réparties ainsi 56 en FO, 30 en FH, 3 en EHPAD</p>
GIRONDE	<p>Manque de places en</p> <ul style="list-style-type: none"> - établissements, surtout MAS/FAM et FO - services d'accompagnement : SAVS et SAMSAH <p>Les temps d'attente sont de plusieurs années pour une entrée en établissement => beaucoup d'adultes handicapés se retrouvent au domicile sans solution.</p> <p>Certaines orientations ne sont pas proposées, faute de réponses identifiées (SAMSAH notamment).</p>	<p>Sur la base d'une enquête de besoins en places de MAS finalisée en 2009, 310 places étaient nécessaires ; les créations et programmations en cours ramènent ce chiffre à environ 150 places, notamment dans les champs de la déficience intellectuelle, de l'autisme et la déficience psychique</p>
LANDES	<p>Manque de places :</p> <p>foyers occupationnels pour adultes handicapés moteurs et psychiques,</p> <p>FAM pour adultes handicapés mentaux et psychiques,</p> <p>MAS pour adultes handicapés psychiques,</p> <p>ESAT et foyer d'hébergement,</p> <p>établissements pour personnes handicapées vieillissantes,</p> <p>SAMSAH pour adultes handicapés psychiques,</p> <p>GEM (secteur montois et Nord des Landes),</p> <p>alternatives à l'hébergement permanent</p> <p>Le temps d'attente avant de bénéficier d'une admission peut être de plusieurs années. Des orientations peuvent être faites par défaut : FO au lieu de FAM... Maintien à domicile dans des conditions précaires.</p>	
LOT-ET-GARONNE	<p>Taux d'équipement en établissements satisfaisant par rapport à la moyenne nationale mais tous les besoins ne sont pas pourvus, listes d'attente importantes</p> <p>Des adaptations sont nécessaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - peu d'établissements pour le handicap physique - besoin de médicalisation des foyers de vie du fait du vieillissement des personnes handicapées. <p>Insuffisance des services d'accompagnement au domicile des personnes handicapées</p>	
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	<p>Manque de places en établissements pour personnes adultes lourdement handicapées</p> <p>Préoccupation importante autour du vieillissement et notamment des réponses à apporter aux sortants d'ESAT et de FH.</p> <p>Délais d'attente très variables en fonction de la pathologie</p>	

C. Les personnes âgées

C.1. Les allocataires de l'APA

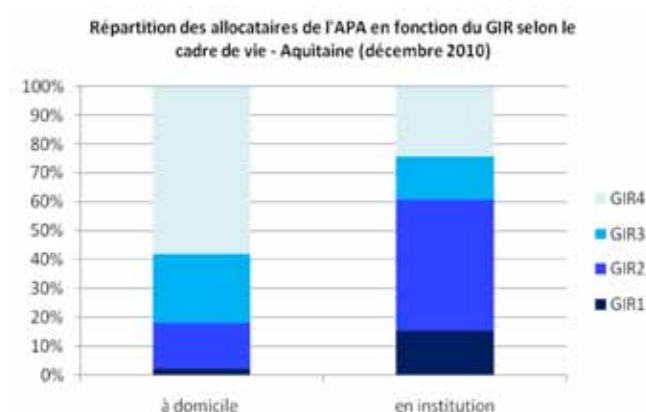
L'APA (allocation personnalisée pour l'autonomie) est attribuée aux personnes âgées de 60 ans et plus dont le niveau de dépendance est évalué en GIR 1 à 4 (cf. encadré ci-dessous).

La grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources) permet de classer les personnes âgées en 6 niveaux d'autonomie, les groupes iso-ressources (GIR) :

- > **GIR 1** : les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants.
- > **GIR 2** : les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.
- > **GIR 3** : les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
- > **GIR 4** : les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement.
- > **GIR 5 et 6** : les personnes très peu ou pas dépendantes

La majorité des bénéficiaires de l'APA en Aquitaine, 61 %, vit à domicile ; les personnes modérément dépendantes (GIR 4) représentent 58 % des allocataires.

A l'inverse en institution, la perte d'autonomie est beaucoup plus prononcée parmi les résidents, 60 % d'entre eux étant classés en GIR 1 et 2.



Source : <http://apaenquete.sante.gouv.fr>
Exploitation CREAH I d'Aquitaine

Les allocataires de l'APA en Aquitaine en décembre 2010

	NOMBRE AU 30/12/2010	% PERSONNES DE 60 ANS ET +	% ALLOCATAIRES À DOMICILE
DORDOGNE	11 782	95,1	59,5 %
GIRONDE	30 506	101,4	62,3 %
LANDES	8 620	87,0	56,7 %
LOT-ET-GARONNE	8 508	92,8	66,1 %
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	12 681	76,1	57,5 %
AQUITAINE	72 097	92,2	60,8 %

Source : <http://apaenquete.sante.gouv.fr> Exploitation CREAH I d'Aquitaine

En décembre 2010, 72 000 aquitains recevaient l'APA, soit 92 personnes sur 1000 parmi les 60 ans et plus. Ce taux est relativement proche de la moyenne nationale mais des écarts importants existent entre départements.

C.2. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées

Prévalence maladie d'Alzheimer et maladies apparentées selon le sexe et l'âge pour 100 personnes²¹

TRANCHES D'ÂGE	HOMMES	FEMMES
75-79 ANS	7,7	5,7
80-84 ANS	12,6	16,6
85 ANS ET PLUS	23,9	38,4

Source : Etude PAQUID – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

La prévalence des MAMA (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) augmente de façon très sensible avec l'âge.

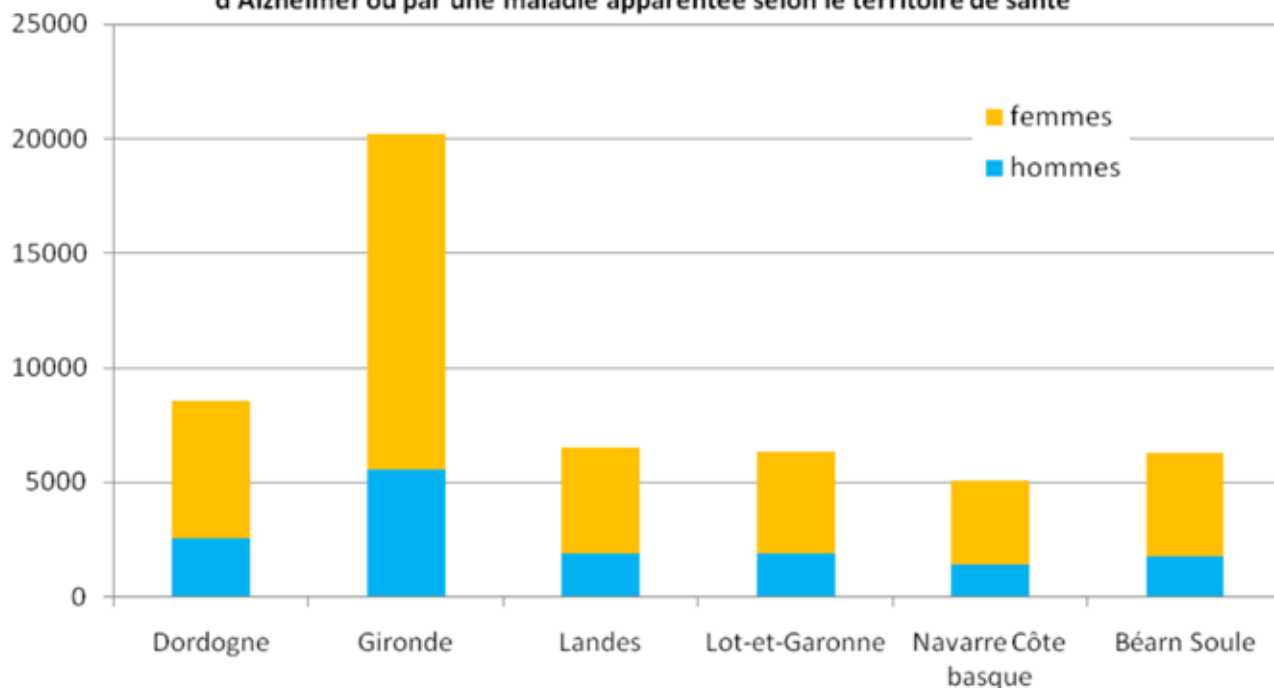
Nombre de personnes de 75 ans et plus atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées²²

	HOMMES	FEMMES	ENSEMBLE
75-79 ANS	4 290	4 380	8 670
80-84 ANS	4 940	10 980	15 920
85 ANS ET +	5 820	22 560	28 380
TOTAL	15 050	37 920	52 970

Sources : INSEE – RP 2007 Etude PAQUID
Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Selon ces taux, en Aquitaine, actuellement 53 000 personnes de 75 ans et plus seraient atteintes par ces maladies. Les femmes représentent 72 % des effectifs, étant à la fois plus concernées par ces pathologies et plus représentées parmi les 75 ans et plus.

Estimation du nombre de personnes de 75 ans et plus atteintes de la maladie d'Alzheimer ou par une maladie apparentée selon le territoire de santé



Ces effectifs recouvrent des situations très différentes, certaines personnes étant au tout début de la maladie, sans restrictions notables de leur autonomie, d'autres ayant au contraire leur autonomie fortement dégradée et besoin d'un accompagnement permanent.

21. Prévalence établie par le Pr Dartigues et son équipe (INSERM) dans le cadre de l'enquête PAQUID : étude épidémiologique longitudinale (conduite en Dordogne et Gironde), dont l'objectif a été d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, en suivant des cohortes de population sur plus de 20 ans.

22. Effectifs obtenus par application des taux de PAQUID aux populations des territoires de santé aquitains. Ces chiffres sont donnés à titre indicatif et doivent être considérés avec prudence, compte tenu des limites liées à l'application de taux de prévalence à de petits effectifs.

2. LES RESSOURCES DISPONIBLES

Dans le domaine du handicap, la région Aquitaine est considérée comme correctement équipée, tant pour les enfants et adolescents que pour les adultes, malgré de fortes disparités entre territoires, essentiellement dans le champ des adultes handicapés.

Dans le champ des personnes âgées, comparativement aux autres régions françaises, l'équipement aquitain en établissements et services demeure encore en deçà des moyennes nationales.

Note méthodologique : Pour les 3 groupes de populations (les enfants et adolescents handicapés, les adultes handicapés et les personnes âgées) sont présentés :

- > l'équipement projeté en structures médico-sociales au 31/12/2013, intégrant les capacités financées sur enveloppes anticipées déjà notifiées au titre des exercices 2011, 2012 et 2013 pour les crédits d'assurance maladie, même si ces capacités ne sont pas encore installées
- > des ratios d'équipement : ces ratios sont calculés sur les projections de population 2020 pour la tranche d'âge concernée (données INSEE 2011 - modèle OM-Phale 2010 – scénario bas) pour anticiper sur les évolutions prévisibles de la population de la région.

A – L'équipement existant

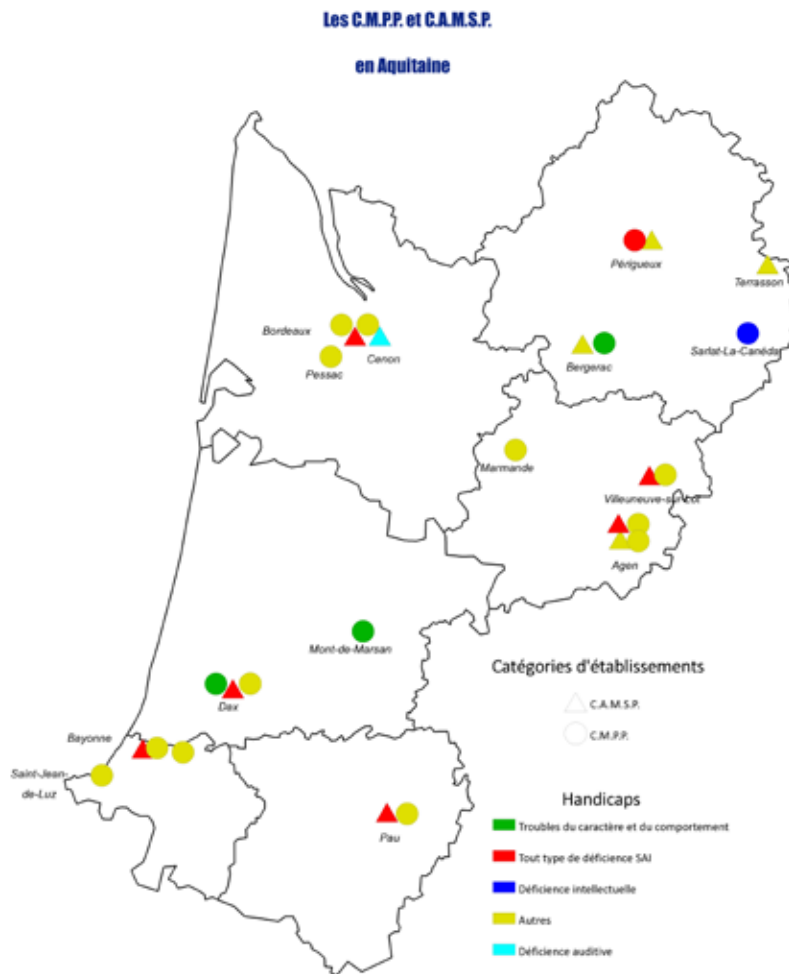
A.1. L'offre médico-sociale pour les enfants et adolescents handicapés

A.1.1 L'équipement en établissements et services

CAMSP et CMPP : Files actives et taux d'équipement
(sur 1000 jeunes de moins de 6 ans pour les CAMSP et sur 1000 jeunes de moins de 20 ans pour les CMPP)

	FILE ACTIVE CAMSP 2010	POPULATION 0-6 ANS AU 1/01/2010	FILE ACTIVE RAPPORTÉE À LA POPULATION 0- 6 ANS	FILE ACTIVE CMPP 2010	POPULATION 0-19 ANS AU 1/01/2010	FILE ACTIVE RAPPORTÉE À LA POPULATION
DORDOGNE	322	23 504	13,70	672	83 776	8,02
GIRONDE	739	99 162	7,45	1 295	337 866	3,83
LANDES	452	24 434	18,50	882	84 201	10,47
LOT-ET-GARONNE	765	20 372	37,55	2 509	71 495	35,09
BÉARN-SOULE	360	24 274	14,83	3 900	142 520	27,36
NAVARRÉ CÔTE BASQUE	200	15 691	12,75			
AQUITAINE	2 838	207 437	13,68	9 258	719 858	12,86

Source : ARS- situation au 31/12/10



Fonds de carte : Artique ©
Source : FINESS au 1^{er} Juillet 2011
Cartographie : ARS Aquitaine - DS, Service études, statistiques et prospectives
Le 08/11/2011

**Etablissements et SESSAD pour jeunes handicapés (tous handicaps confondus)
(capacité financée et taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans)**

	POPULATION 0-19 ANS PROJECTION 2020	ETABLISSE- MENT	STRUCTURE EXPÉRIMENTALE	SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT ÉTAB	TAUX ÉQUIPEMENT SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT TOTAL	PART SESSAD DANS L'ÉQUI- PEMENT
DORDOGNE	85 357	543	55	362	6,36	4,24	10,60	37,71 %
GIRONDE	361 611	3 221	0	727	8,91	2,01	10,92	18,41 %
LANDES	91 524	445	12	219	4,86	2,39	7,25	32,40 %
LOT-ET- GARONNE	73 404	508	0	204	6,92	2,78	9,70	28,65 %
BÉARN-SOULE	90 858	738	0	342	8,12	3,76	11,89	31,67 %
NAVARRÉ- CÔTE BASQUE	55 189	432	15	133	7,83	2,41	10,24	22,93 %
AQUITAINE	757 943	5 887	92	1 987	7,77	2,62	10,39	24,97 %

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

**Les structures pour jeunes déficients intellectuels et jeunes autistes
IME et SESSAD pour jeunes déficients intellectuels
(capacité financée et taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans)**

	POPULATION 0-19 ANS PROJECTION 2020	IME	SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT IME	TAUX ÉQUIPEMENT SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT TOTAL	PART SESSAD DANS L'ÉQUIPEMENT
DORDOGNE	85 357	351	212	4,11	2,48	6,60	37,66 %
GIRONDE	361 611	1 250	178	3,46	0,49	3,95	12,46 %
LANDES	91 524	296	60	3,23	0,66	3,89	16,85 %
LOT-ET-GARONNE	73 404	367	119	5,00	1,62	6,62	24,49 %
BÉARN-SOULE	90 858	342	129	3,76	1,42	5,18	27,39 %
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	55 189	180	59	3,26	1,07	4,33	24,69 %
AQUITAINE	757 943	2 786	757	3,68	1,00	4,67	21,37 %

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

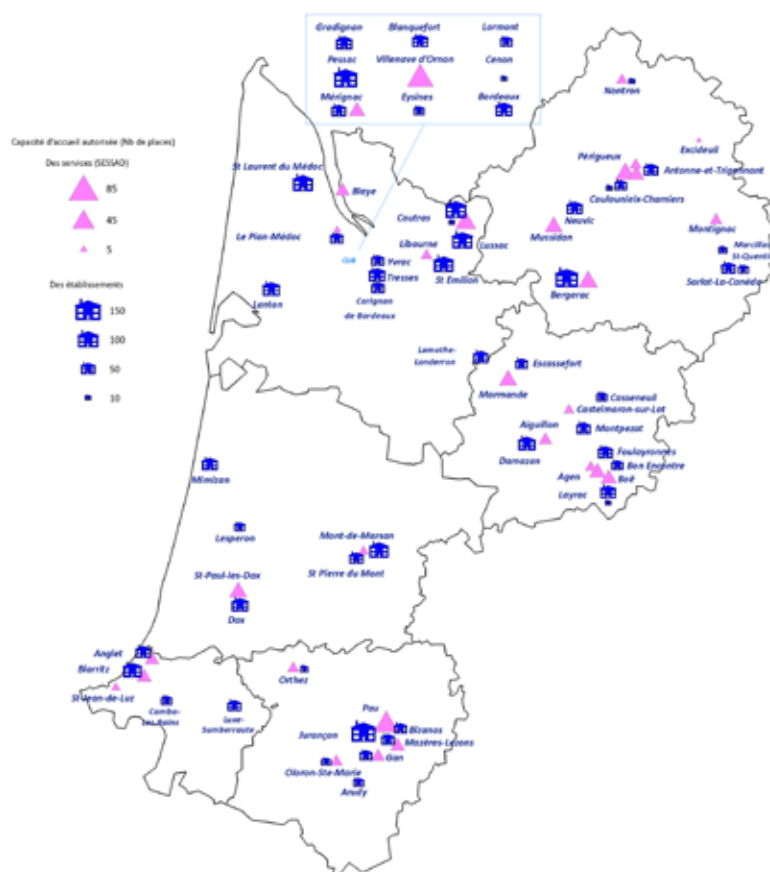
> En moyenne en Aquitaine, on compte 4,6 places en IME et SESSAD pour déficients intellectuels pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans.

> Des écarts relativement importants entre départements : la Gironde, les Landes ainsi que le territoire de Navarre Côte basque restent en dessous de la moyenne régionale pour les deux types d'équipement.

> L'offre d'accompagnement en milieu ordinaire se maintient à un niveau élevé en Dordogne et Lot-et-Garonne, qui enregistrent chacun une progression marquée sur la période 2007 à 2010. La Gironde, les Landes et le territoire de Navarre Côte basque demeurent encore très en retrait.

> La couverture du territoire aquitain est relativement satisfaisante en ce qui concerne les IME.

**Les services et établissements d'hébergement
pour enfants atteints de déficience intellectuelle
en Aquitaine**



Fonds de carte : Artique ©
Source : FINESS au 30 Juin 2011
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études, statistiques et prospectives

Le 27/05/2011

IME et SESSAD pour jeunes autistes (capacité financée et taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans)

	POPULATION 0-19 ANS PROJECTION 2020	IME	ETABLIS. EXPÉRI-MENTAL	SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT ÉTABLISSEMENT	TAUX ÉQUIPEMENT SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT TOTAL	PART SESSAD DANS L'ÉQUIPEMENT
DORDOGNE	85 357	40	47	0	0,47	0	0,47	
GIRONDE	361 611	47		32	0,13	0,09	0,22	40,51 %
LANDES	91 524	44		25	0,48	0,27	0,75	36,23 %
LOT-ET-GARONNE	73 404	37		0	0,50	0	0,50	
BÉARN-SOULE	90 858	9		15	0,10	0,17	0,26	62,50 %
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	55 189	57	15	0	1,03	0	1,03	
AQUITAINE	757 943	234	62	72	0,31	0,09	0,40	23,53 %

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

> Tous les territoires offrent une prise en charge en institution pour les jeunes autistes, même si celle-ci demeure encore insuffisante au regard des besoins à couvrir et reste très disparate selon les territoires (0,22 place pour 1000 habitants de moins de 20 ans en Gironde, 1,03 pour le territoire de Navarre Côte basque)

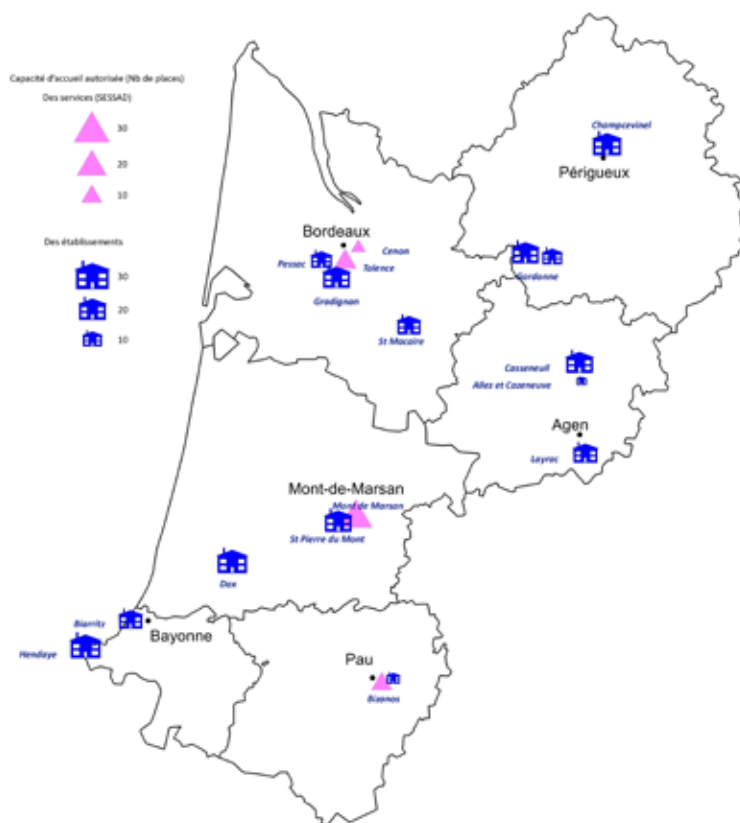
> En complément, une offre en SESSAD existe aussi dans trois départements aquitains (Gironde, Landes et Pyrénées-Atlantiques).

> Deux projets expérimentaux complètent cette palette des structures pour les enfants autistes, en Dordogne (projet expérimental de création d'un service de dépistage de l'autisme et de création de places d'accueil sur le département) et sur le territoire de Navarre Côte basque (structure expérimentale « AVA (accompagner vers l'autonomie) », de 15 places, soutenue par l'association « Chrysalide » à Bayonne).

A noter : la réactualisation du Plan régional sur l'autisme en 2007 par la DRASS (à télécharger sur www.ars.aquitaine.sante.fr/index.php?id=127613).

Ce Plan s'appuie notamment sur des études réalisées dans les secteurs psychiatrique et médico-social, qui ont permis de recenser les personnes atteintes de TED en Aquitaine et d'évaluer leurs besoins en termes de prise en charge.

Services et établissements d'hébergement pour enfants atteints d'autisme ou de TED en Aquitaine



Fonds de carte : Artique ©
Source : FINSS au 30 Juin 2011
Cartographie : ARS Aquitaine - DS, Service études, statistiques et prospectives

Le 25/07/2011

**Les structures pour jeunes présentant des troubles du comportement
ITEP et SESSAD pour jeunes ayant des troubles du comportement
(capacité financée et taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans)**

	POPULATION 0-19 ANS PROJECTION 2020	ITEP	STRUCTURE EXPÉRIMENTALE	SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT ITEP	TAUX ÉQUIPEMENT SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT TOTAL	PART SESSAD DANS L'ÉQUIPEMENT
DORDOGNE	85 357	132		12	1,55	0,14	1,69	8,33 %
GIRONDE	361 611	1 086		291	3,00	0,80	3,81	21,13 %
LANDES	91 524	105	12	34	1,15	0,37	1,52	24,46 %
LOT-ET-GARONNE	73 404	70		55	0,95	0,75	1,70	44,00 %
BÉARN-SOULE	90 858	279		94	3,07	1,03	4,11	25,20 %
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	55 189	54		10	0,98	0,18	1,16	15,63 %
AQUITAINE	757 943	1 726	12	496	2,28	0,65	2,93	22,32 %

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

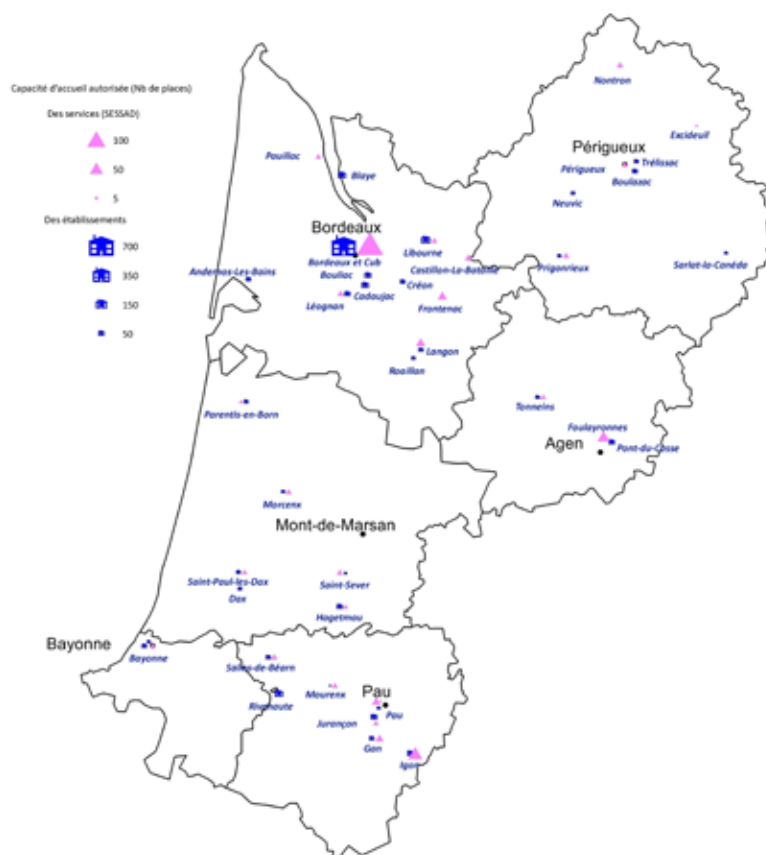
> En moyenne en Aquitaine, on compte près de 3 places en ITEP ou SESSAD pour troubles du comportement, pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans.

> Des écarts importants demeurent entre départements : la Dordogne, les Landes et le Lot-et-Garonne restent nettement sous la moyenne régionale, malgré des efforts de financement de places nouvelles en faveur de ces départements. Le territoire de Navarre Côte basque apparaît également insuffisamment pourvu en structures pour les enfants présentant des troubles du comportement et de la conduite, comparativement à la situation du territoire Béarn Soule, la plus favorable de la région, tant en institution qu'en service.

La couverture du territoire aquitain reste donc assez déséquilibrée. En Gironde : concentration sur l'agglomération bordelaise mais des ouvertures de SESSAD sont venues améliorer le maillage du département. Dans les Pyrénées-Atlantiques : bonne couverture du territoire de Béarn Soule, au détriment du territoire de Navarre Côte basque.

> Les SESSAD représentent 22,32 % de la capacité d'accueil pour ce public avec un développement plus marqué en Lot-et-Garonne (44 %), notamment par transformation de places en institution.

Les services et établissements d'hébergement pour enfants atteints de troubles du caractère et du comportement en Aquitaine



Fonds de carte : Artique ©
 Source : FINISS au 30 Juin 2011
 Cartographie : ARS Aquitaine - DS, Service études, statistiques et prospectives

Le 08/07/2011

Les structures pour jeunes handicapés moteurs ou polyhandicapés IEM et SESSAD pour jeunes handicapés moteurs (capacité financée et taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans

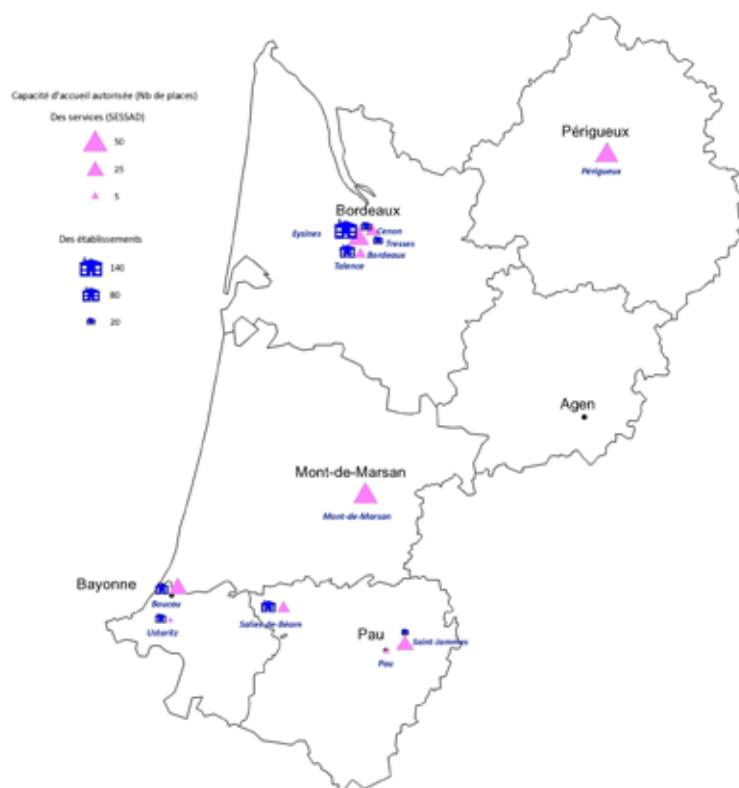
	POPULATION 0-19 ANS PROJECTION 2020	IEM	SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT IEM	TAUX ÉQUIPEMENT SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT TOTAL	PART SESSAD DANS L'ÉQUIPEMENT
DORDOGNE	85 357	0	45	0	0,53	0,53	100,00 %
GIRONDE	361 611	321	63	0,89	0,17	1,06	16,41 %
LANDES	91 524	0	50	0	0,55	0,55	100,00 %
LOT-ET-GARONNE	73 404	0	0	0	0	0	
BÉARN-SOULE	90 858	75	39	0,83	0,43	1,25	34,21 %
NAVARRRE-CÔTE BASQUE	55 189	79	33	1,43	0,60	2 03	29,46 %
AQUITAINE	757 943	475	230	0,63	0,30	0,93	32,62 %

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

> La région compte 475 places en établissements pour accueillir ces jeunes avec une concentration de l'offre en Gironde et dans les Pyrénées-Atlantiques, qui présentent une répartition des places entre les deux territoires très équilibrée.

> Tous les départements disposent de places, à l'exception du Lot-et-Garonne.

Les services et établissements d'hébergement pour enfants déficients moteurs en Aquitaine



Fonds de carte : Artique ©
Source : FINSS au 30 Juin 2011
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études, statistiques et prospectives

Le 27/05/2011

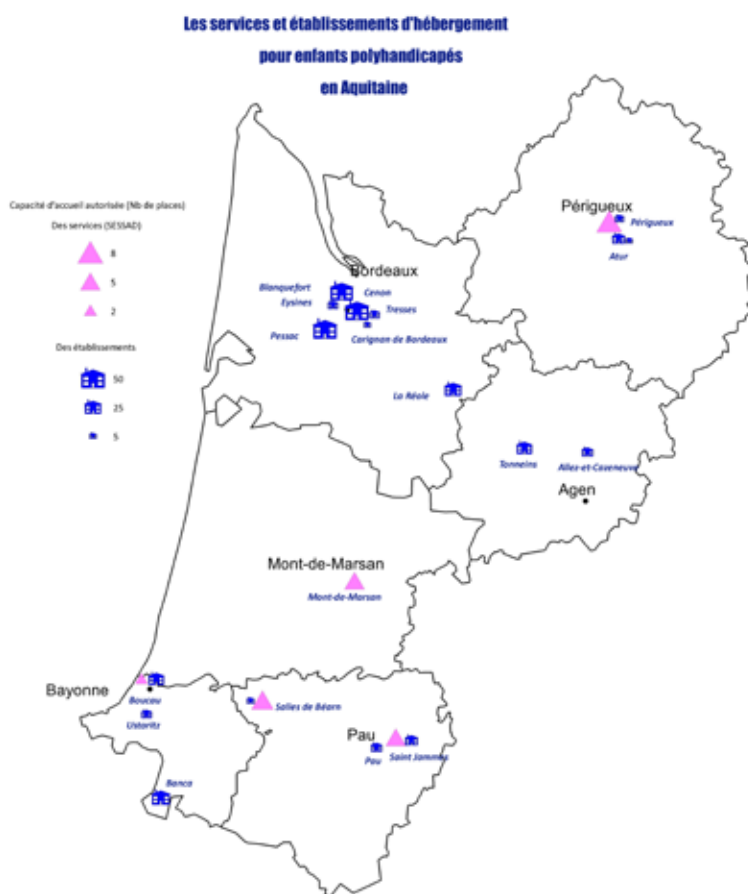
**Etablissements et SESSAD pour jeunes polyhandicapés
(capacité financée et taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans)**

	POPULATION 0-19 ANS PROJECTION 2020	ETABLISSEMENT	STRUCTURE EXPÉRI-MENTALE	SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT ÉTAB.	TAUX ÉQUIPEMENT SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT TOTAL	PART SESSAD DANS ÉQUIPEMENT
DORDOGNE	85 357	20	8	8	0,23	0,09	0,33	28,57 %
GIRONDE	361 611	122		9	0,34	0,02	0,36	6,87 %
LANDES	91 524	0		5	0	0,05	0,05	100,00 %
LOT-ET-GARONNE	73 404	34		0	0,46	0	0,46	0
BÉARN-SOULE	90 858	33		16	1,02	0,18	1,20	14,68 %
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	55 189	62		2	1,69	0,04	1,72	2,11 %
AQUITAINE	757 943	271	8	40	0,36	0,05	0,41	12,86 %

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

> Alors que cinq territoires aquitains sont maintenant équipés en structures pour jeunes polyhandicapés, le territoire des Landes en est encore dépourvu.

> L'offre d'accompagnement en SESSAD pour les enfants polyhandicapés reste encore très restreinte alors que ce type de prise en charge serait préféré à un accueil en établissement par certaines des familles concernées.



Fonds de carte : Artique ©
Source : FINESS au 30 Juin 2011
Cartographie : ARS Aquitaine - DS, Service études, statistiques et prospectives

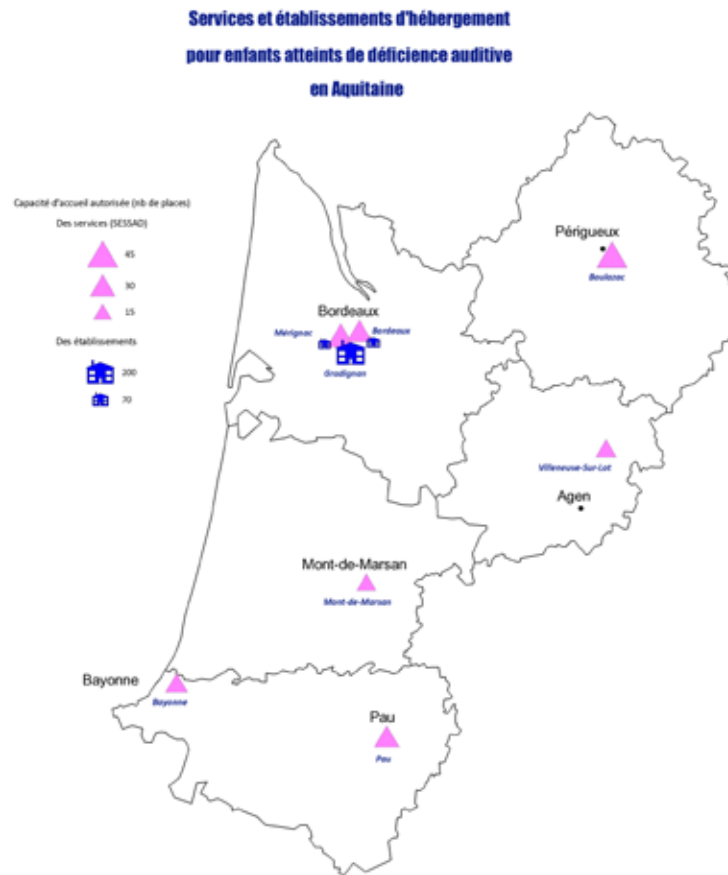
Le 08/11/2011

Les structures pour les jeunes présentant une déficience sensorielle Etablissements et SESSAD pour jeunes déficients auditifs* (capacité financée et taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans)

	POPULATION 0-19 ANS PROJECTION 2020	ETABLISSEMENT	SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT ÉTAB.	TAUX ÉQUIPEMENT SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT TOTAL	PART SESSAD DANS L'ÉQUIPEMENT
DORDOGNE	85 357	0	65		0,76	0,76	100,00 %
GIRONDE	361 611	275 *	79	0,76	0,22	0,98	22,32 %
LANDES	91 524	0	30		0,33	0,33	100,00 %
LOT-ET-GARONNE	73 404	0	30 *		0,41	0,41	100,00 %
BÉARN-SOULE	90 858	0	30		0,33	0,33	100,00 %
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	55 189	0	23		0,42	0,42	100,00 %
AQUITAINE	757 943	275	257	0,36	0,34	0,70	48,31 %

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

* y compris l'INJS de Gradignan (Gironde) et son antenne de Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne).



Fonds de carte : Artique ©
Source : FINESS au 31 Juin 2011
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études, statistiques et prospectives

Le 21/07/2011

**Etablissements et SESSAD pour jeunes déficients visuels
(capacité financée et taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans)**

	POPULATION 0-19 ANS PRO- JECTION 2020	ETABLISSE- MENT	SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT ÉTAB.	TAUX ÉQUIPEMENT SESSAD	TAUX ÉQUIPEMENT TOTAL	PART SESSAD DANS L'ÉQUIPEMENT
DORDOGNE	85 357	0	20		0,23	0,23	100,00 %
GIRONDE	361 611	120	75	0,33	0,21	0,54	38,46 %
LANDES	91 524	0	15		0,16	0,16	100,00 %
LOT-ET-GA- RONNE	73 404	0	0		0	0	0
BÉARN-SOULE	90 858	0	19		0,21	0,21	100,00 %
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	55 189	0	6		0,11	0,11	100,00 %
AQUITAINE	757 943	120	135	0,16	0,18	0,34	52,94 %

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

> L'offre institutionnelle pour les jeunes atteints de déficiences sensorielles est concentrée sur la Gironde, ce qui implique les mêmes effets que ceux constatés pour le handicap moteur et le polyhandicap (accueil en internat fréquent du fait de l'éloignement).

> Pour la déficience auditive, une offre d'accompagnement en SESSAD est assurée dans tous les départements. Dans le département du Lot-et-Garonne, l'accompagnement est mis en œuvre par une équipe rattachée à l'INJS de Gradignan en Gironde.

> Seule l'offre en SESSAD en faveur des jeunes déficients auditifs a évolué depuis 2007 : elle a effectivement progressé globalement de 58 places sur la période de 2007 à 2010.

> Pour la déficience visuelle, des places de SESSAD sont présentes dans tous les départements à l'exception de celui du Lot-et-Garonne.

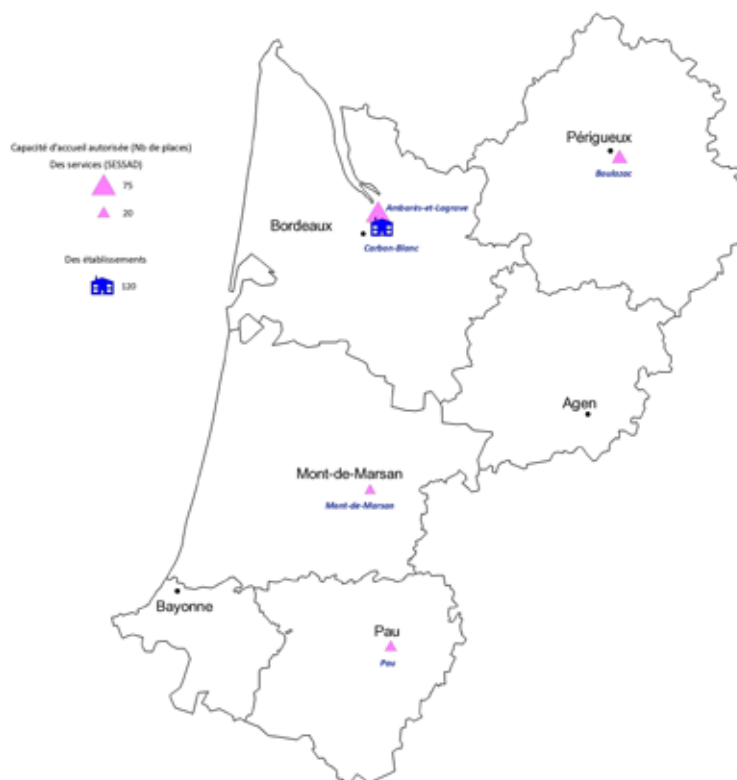
A noter : le «Plan d'action régional en faveur des jeunes déficients auditifs», réalisé par la DRASS d'Aquitaine en 2007, basé sur un état des lieux régional et une concertation avec les professionnels et les associations de personnes sourdes.

Ce plan formule des propositions d'actions à réaliser sur 5 ans.

A télécharger :

www.ars.aquitaine.sante.fr/index.php?id=127617

**Les services et établissements d'hébergement
pour enfants atteints d'une déficience visuelle
en Aquitaine**



Fonds de carte : Artique ©
Source : FINESS au 30 Juin 2011
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études, statistiques et prospectives

Le 25/07/2011

A.1.2 – Les flux interdépartementaux

L'ARS a conduit une enquête auprès des établissements médico-sociaux de la région pour connaître l'origine géographique des jeunes accueillis et, en particulier, la part de ceux venant d'un autre département.

Les tableaux qui suivent présentent donc pour chaque territoire et selon le type d'établissement la répartition des jeunes en fonction de l'origine géographique.

Globalement les jeunes relevant d'IME ou d'ITEP sont dans leur majorité accueillis dans leur département de résidence.

Pour les autres types de handicap, la palette de l'offre n'étant pas complète dans tous les départements, un recrutement sur un échelon géographique plus large est constaté.

C'est le cas des établissements pour enfants handicapés moteurs, polyhandicapés ou déficients auditifs qui voient parfois plus de la moitié de leurs effectifs provenir d'autres départements, y compris de départements parfois assez éloignées (région parisienne notamment).

Origine des enfants accueillis dans les établissements médico-sociaux de la Dordogne

	IME	IME POUR AUTISTES	ITEP	HANDICAP MOTEUR	POLYHANDICAP	IMC	DÉFICIENCE AUDITIVE
ENFANTS DU DÉPARTEMENT	96,6 %	93,0 %	93,0 %		79,2 %		
ENFANTS D'UN DÉPARTEMENT LIMITROPHE	3,4 %	7,0 %	6,0 %		15,0 %		
ENFANTS VENANT DE PLUS LOIN	-	-	1,0 %		4,8 %		
TOTAL	100,0 %	100,0 %	100,0 %		100,0 %		

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

Origine des enfants accueillis dans les établissements médico-sociaux de la Gironde

	IME	IME POUR AUTISTES	ITEP	HANDICAP MOTEUR	POLYHANDICAP	IMC	DÉFICIENCE AUDITIVE
ENFANTS DU DÉPARTEMENT	96,8 %	99,4 %	98,7 %	27,4 %	97,0 %	88,5 %	74,4 %
ENFANTS D'UN DÉPARTEMENT LIMITROPHE	4,0 %	0,6 %	1,2 %	15,1 %	3,0 %	11,5 %	24,1 %
ENFANTS VENANT DE PLUS LOIN	0,2 %	-	0,1 %	57,5 %	-	-	1,5 %
TOTAL	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : ARS Aquitaine – enquête auprès des établissements 2011

Origine des enfants accueillis dans les établissements médico-sociaux des Landes

	IME	IME POUR AUTISTES	ITEP	HANDICAP MOTEUR	POLYHANDICAP	IMC	DÉFICIENCE AUDITIVE
ENFANTS DU DÉPARTEMENT	89,1 %		96,6 %				
ENFANTS D'UN DÉPARTEMENT LIMITROPHE	7,6 %		3,4 %				
ENFANTS VENANT DE PLUS LOIN	3,3 %		-				
TOTAL	100,0 %		100,0 %				

Source : ARS Aquitaine – enquête auprès des établissements 2011

Origine des enfants accueillis dans les établissements médico-sociaux du Lot-et-Garonne

	IME	IME POUR AUTISTES	ITEP	HANDICAP MOTEUR	POLYHANDICAP	IMC	DÉFICIENCE AUDITIVE
ENFANTS DU DÉPARTEMENT	98,2 %		94,8 %		86,0 %		
ENFANTS D'UN DÉPARTEMENT LIMITROPHE	1,6 %		3,9 %		14,0 %		
ENFANTS VENANT DE PLUS LOIN	0,2 %		1,3 %		-		
TOTAL	100,0 %		100,0 %		100,0 %		

Source : ARS Aquitaine – enquête auprès des établissements 2011

Origine des enfants accueillis dans les établissements médico-sociaux de Navarre Côte basque

	IME	IME POUR AUTISTES	ITEP	HANDICAP MOTEUR	POLYHANDICAP	IMC	DÉFICIENCE AUDITIVE
ENFANTS DU DÉPARTEMENT	92,4 %		90,0 %	60,0 %	42,9 %		
ENFANTS D'UN DÉPARTEMENT LIMITROPHE	5,3 %		10,0 %	39,1 %	28,6 %		
ENFANTS VENANT DE PLUS LOIN	2,6 %			0,9 %	28,5 %		
TOTAL	100,0 %		100,0 %	100,0 %	100,0 %		

Source : ARS Aquitaine – enquête auprès des établissements 2011

Origine des enfants accueillis dans les établissements médico-sociaux de Béarn et Soul

	IME	IME POUR AUTISTES	ITEP	HANDICAP MOTEUR	POLYHANDICAP	IMC	DÉFICIENCE AUDITIVE
ENFANTS DU DÉPARTEMENT	98,6 %	100,0 %	94,8 %	70,0 %	81,8 %	83,9 %	
ENFANTS D'UN DÉPARTEMENT LIMITROPHE	0,7 %	-	3,5 %	21,7 %	18,2 %	16,1 %	
ENFANTS VENANT DE PLUS LOIN	0,7 %	-	1,7 %	8,3 %	-	-	
TOTAL	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Source : ARS Aquitaine – enquête auprès des établissements 2011

A.2. L'offre médico-sociale et sociale pour les adultes handicapés

A.2.1 - L'équipement médico-social

Les dispositifs de maintien à domicile pour adultes handicapés Services d'Accompagnement Médico-social et services de Soins infirmiers à domicile pour Adultes Handicapés (capacité financée et taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans)

	POPULATION 20-59 ANS PROJECTION 2020	CAPACITÉ SAMSAH	TAUX ÉQUIPEMENT	CAPACITÉ SSIAD	TAUX ÉQUIPEMENT	TAUX ÉQUIPEMENT SAMSAH + SSIAD
DORDOGNE	188 410	45	0,24	35	0,19	0,42
GIRONDE	806 699	129	0,16	101	0,13	0,29
LANDES	196 311	59	0,30	40	0,20	0,50
LOT-ET-GARONNE	156 918	70	0,45	47	0,30	0,75
BÉARN-SOULE	198 676	15	0,08	32	0,16	0,34
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	136 716	50	0,37	17	0,12	0,34
AQUITAINE	1 683 730	368	0,22	272	0,16	0,38

Source : ARS Aquitaine – enquête auprès des établissements 2011

> Les SAMSAH et SSIAD pour adultes handicapés sont deux catégories de services, favorisant le maintien à domicile, qui continuent de connaître un fort développement.

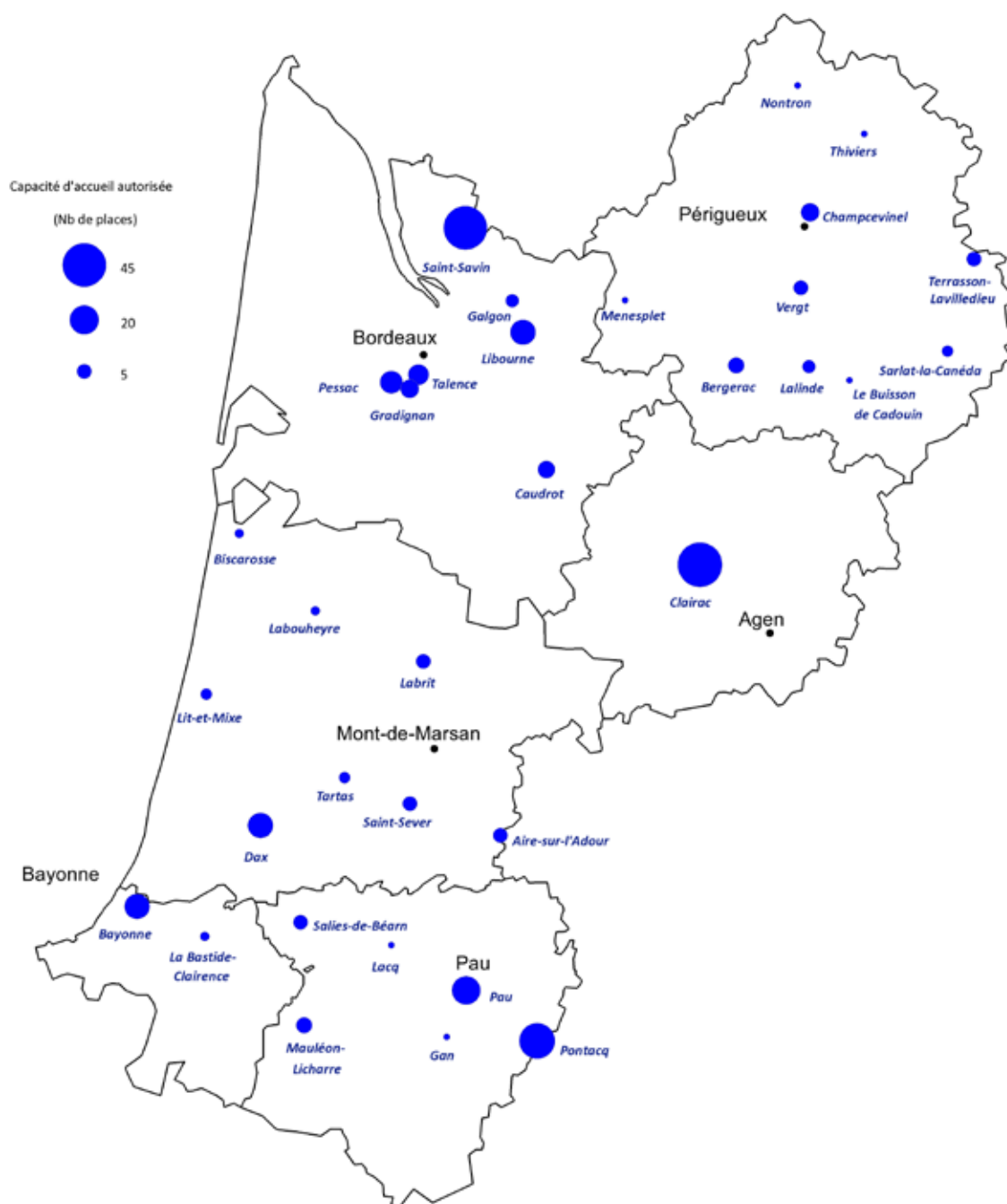
Les départements des Landes et du Lot-et-Garonne sont les départements aquitains les mieux dotés.

> Les SAMSAH s'adressent à une population présentant des handicaps de différentes origines. Au 31/12/2013, le nombre de places de SAMSAH financées s'élèvera à

430. Toutefois, la répartition géographique reste inégale et dans chaque territoire, certaines zones en sont encore dépourvues.

> Toujours concernant cette catégorie de services, les départements s'efforcent ainsi de diversifier leur offre, au fil des créations de places.

Les SSIAD pour personnes handicapées en Aquitaine

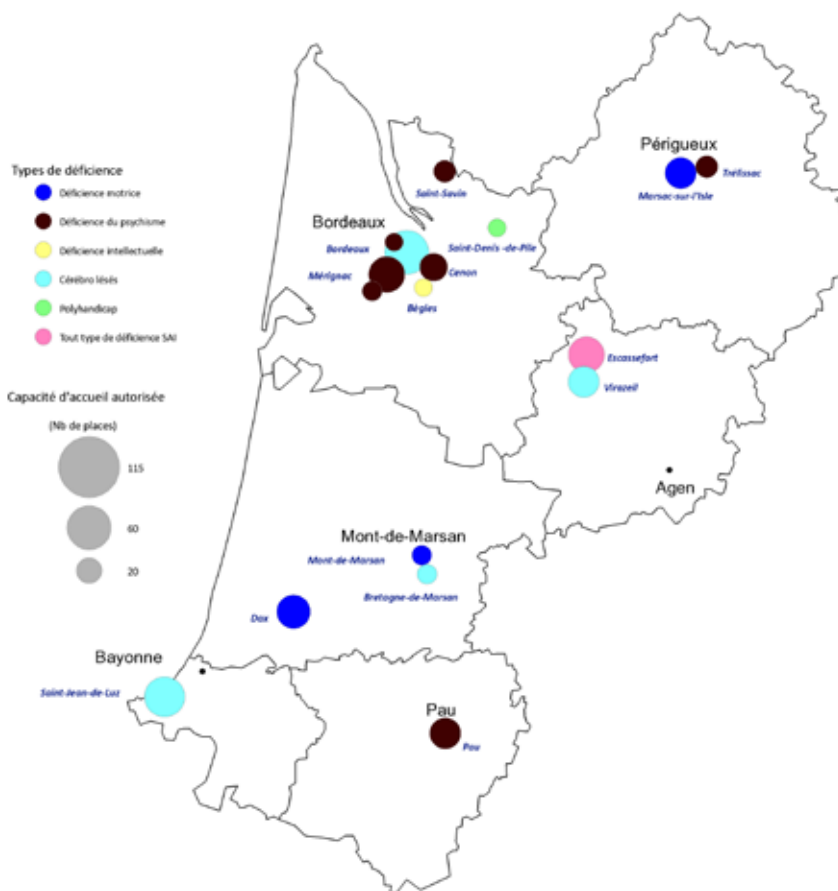


Répartition des places en SAMSAH en fonction du public accueilli

	DÉFICIENTS PSYCHIQUES	DÉFICIENTS MOTEURS	POLY-HANDICAPÉS	TRAUMATISÉS CRÂNIENS	ADULTES LOURDEMENT HANDICAPÉS	DÉFICIENTS SENSORIELS	TOTAL
DORDOGNE	15	30		0			45
GIRONDE	131	0		30			161
LANDES	0	47		12		30	89
LOT-ET-GARONNE	27	13		30			70
BÉARN-SOULE	15	0		0			15
NAVARRÉ CÔTE BASQUE	0	0		50			50
AQUITAINE	188	90	0	122	0	30	430

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

Les SAMSAH en Aquitaine



Fonds de carte : Artique ©
 Source : FINESS au 30 Juin 2011
 Cartographie : ARS Aquitaine - DS, Service études, statistiques et prospectives

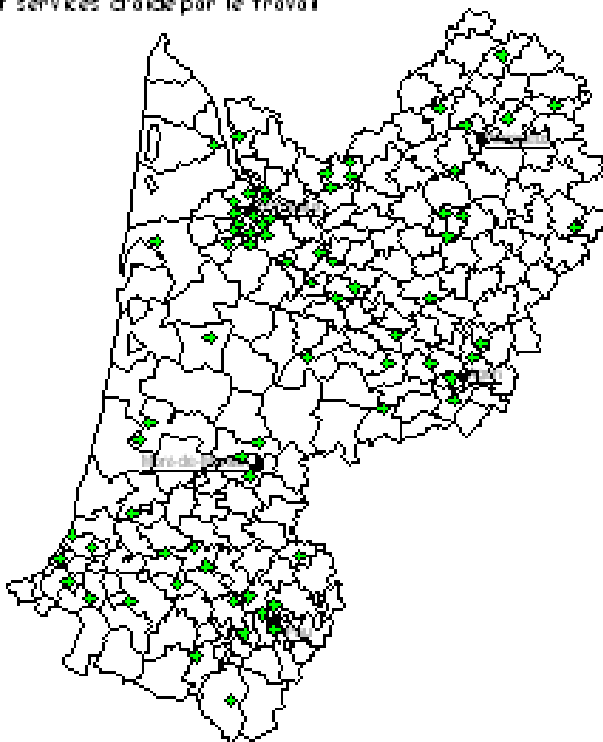
**Les établissements et services d'aide par le travail
Les ESAT en Aquitaine au 31/12/2010
(capacité financée et taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans)**

	POPULATION 20-59 ANS PROJECTION 2020	CAPACITÉ	TAUX D'ÉQUIPEMENT
DORDOGNE	188 410	821	4,36
GIRONDE	806 699	2 457	3,05
LANDES	196 311	609	3,10
LOT-ET-GARONNE	156 918	544	3,47
BÉARN-SOULE	198 676	1 087	5,47
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	136 716	377	2,76
AQUITAINE	1 683 730	5 895	3,50

> Un maillage du territoire relativement satisfaisant. Toutefois, l'offre progresse peu car le quota annuel de places diminue régulièrement et ne permet pas de répondre au besoin recensé. Il est ainsi passé de 55 places pour la région en 2009, à 35 places en 2010 et à 44 places en 2011

> Les territoires de Navarre-Côte Basque, de Gironde et des Landes ont un taux d'équipement sensiblement inférieur à la moyenne régionale

Les établissements et services d'aide par le travail



Cartographie : AHI d'Aquitaine - 2009

**Les Foyers d'accueil médicalisé (FAM) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS)
Les FAM et les MAS (y compris les accueils de jour et accueils temporaires)
(capacité financée et taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans)**

	POPULATION 20-59 ANS PROJECTION 2020	CAPACITÉ FAM	TAUX ÉQUIPEMENT	CAPACITÉ MAS	TAUX ÉQUIPEMENT	CAPACITÉ FAM+MAS	TAUX ÉQUIPEMENT FAM+MAS
DORDOGNE	188 410	337 *	1,79 *	192*	1 02 *	529 *	2,81*
GIRONDE	806 699	414	0,51	448	0,56	862	1,07
LANDES	196 311	178	0,91	142	0,72	320	1,63
LOT-ET-GARONNE	156 918	166	1 06	158	1 01	324	2 06
BÉARN-SOULE	198 676	98	0,49	172	0,87	270	1,36
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	136 716	71	0,52	138	1,01	209	1,53
AQUITAINE	1 683 730	1264	0,75	1 250	0,74	2 514	1,49

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

* Données calculées après neutralisation partielle de places de John Bost (28 places de FAM et 30 places de MAS) au regard du recrutement national de cet établissement.

> La capacité financée en FAM et en MAS a augmenté de près de 25 % en quatre ans (2007/2010), ce qui représente plus de 18 % d'augmentation pour les MAS (+ 219 places) et près de 32 % pour les FAM (+ 404 places financées).

Tous les départements aquitains ont bénéficié de cette augmentation, mais en particulier la Dordogne et les Pyrénées-Atlantiques.

Le département de la Gironde reste le département le moins bien équipé de la région (notamment en MAS).

> Le souci de proposer une offre adaptée aux spécificités des différents handicaps est très présent (cf. tableau ci-dessous) : chaque département dispose d'établissements s'adressant à des publics diversifiés (déficients intellectuels, autistes, handicapés psychiques, poly-handicapés, traumatisés crâniens ou encore personnes handicapées vieillissantes ...).

> Les besoins recensés pour certains publics, notamment pour les personnes autistes ou atteintes d'autres TED, s'avèrent toujours importants (cf. Plan régional sur l'autisme 2007-2011 - www.ars.aquitaine.sante.fr/index.php?id=127613)

**Répartition des places en FAM et MAS en fonction du public accueilli
(y compris les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire)**

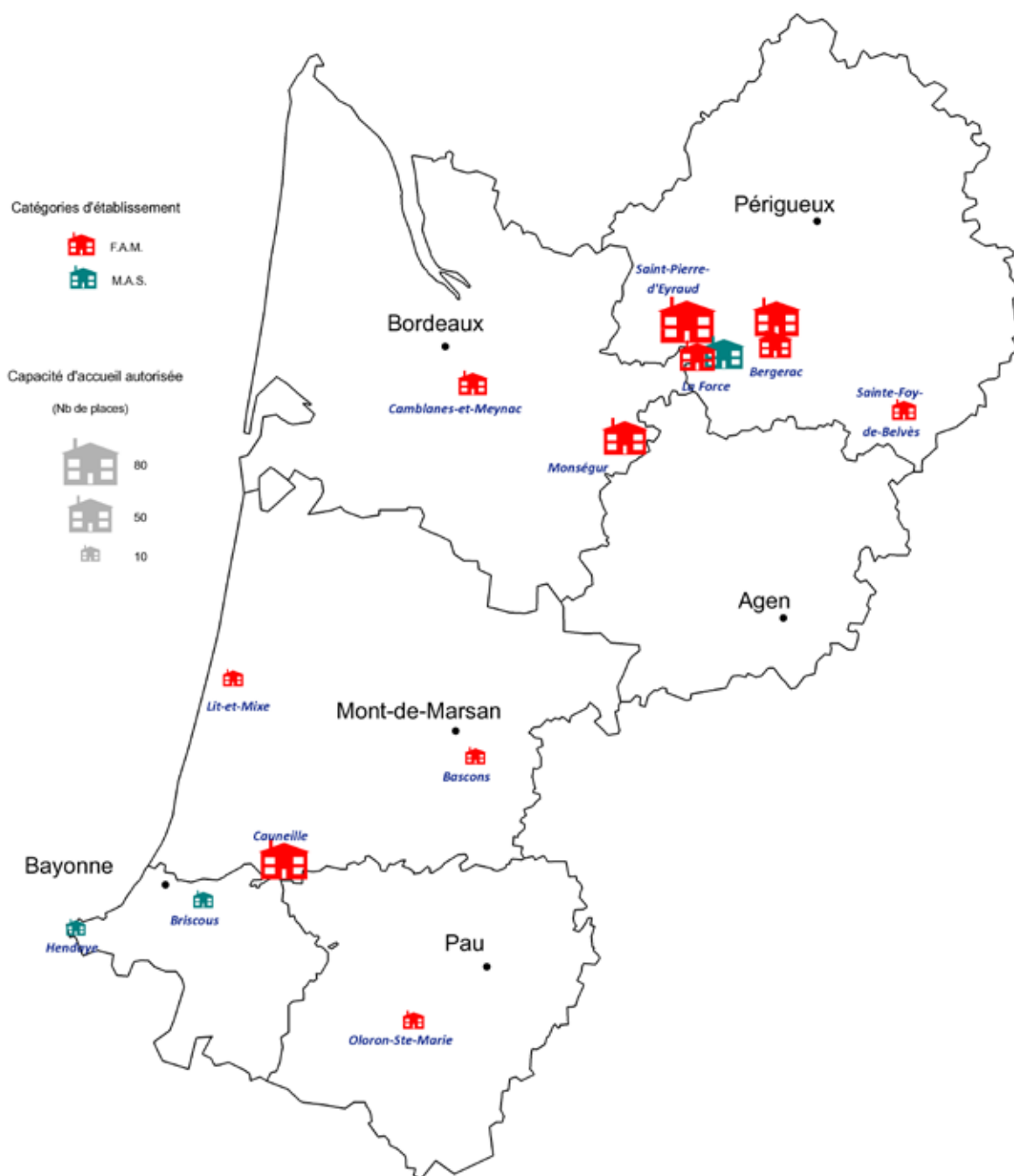
	DÉFICIENCE INTELLECTUELLE		RETARD MENTAL PROFOND ET SÉVÈRE AVEC TR. ASSOCIÉS		DÉFICIENCE PSYCHIQUE		AUTISME		TROUBLES COMPORTEMENT		DÉFICIENCE MOTRICE		POLY-HANDICAPÉS		PERSONNES LOURDEMENT HANDICAPÉES		TRAUMATISÉS CRÂNIENS, CÉRÉBRO-LÉSÉS		PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES		HANDICAP RARE		DÉFICIENTS SENSORIELS			
	FAM	MAS	FAM	MAS	FAM	MAS	FAM	MAS	FAM	MAS	FAM	MAS	FAM	MAS	FAM	MAS	FAM	MAS	FAM	MAS	FAM	MAS	FAM	MAS		
DORDOGNE		40	135		34		29	30	30		20			112				32		85						
GIRONDE	136			7	100	60	36	28					40	326				8	26	68	1				40	
LANDES			71				10	28					20	114				21		56						
LOT-ET-GARONNE						48	22						42	110						102						
BÉARN-SOULE	26					60	11	12		20	4			82						41						
NAVARRÉ CÔTE BASQUE					31		28	35			21			34						12						
AQUITAINE	162	40	206	19	165	168	136	133	30	0	66	25	102	778	0	0	0	61	76	364	1	0	0	0	40	0

> Le soutien aux familles par le développement des alternatives à l'hébergement permanent est une priorité régionale qui se traduit par la diversification, au sein des établissements, des modes d'accompagnement : la plupart d'entre eux proposent des places d'accueil de jour, de manière inégale et davantage en MAS qu'en FAM.

Cette offre permet aux personnes handicapées qui en bénéficient de continuer à vivre au domicile familial.

> Dans cette même logique, mais dans une moindre mesure, les FAM et les MAS ont mis en place une offre d'hébergement temporaire qui permet notamment aux aidants naturels de personnes handicapées d'avoir des temps de répit. Toutefois, le développement de ce type d'offre a peu progressé.

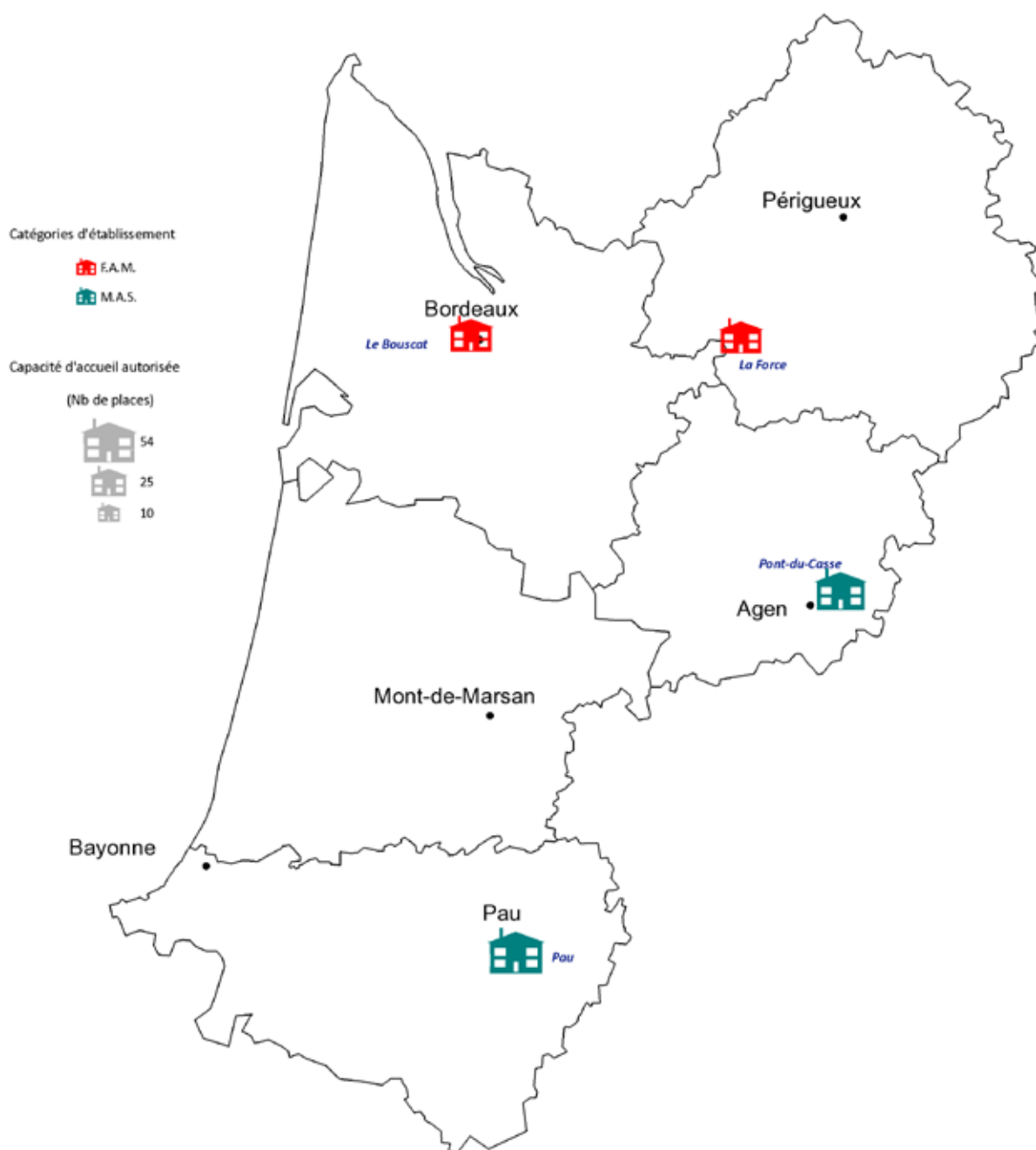
Les MAS et FAM pour déficients intellectuels en Aquitaine



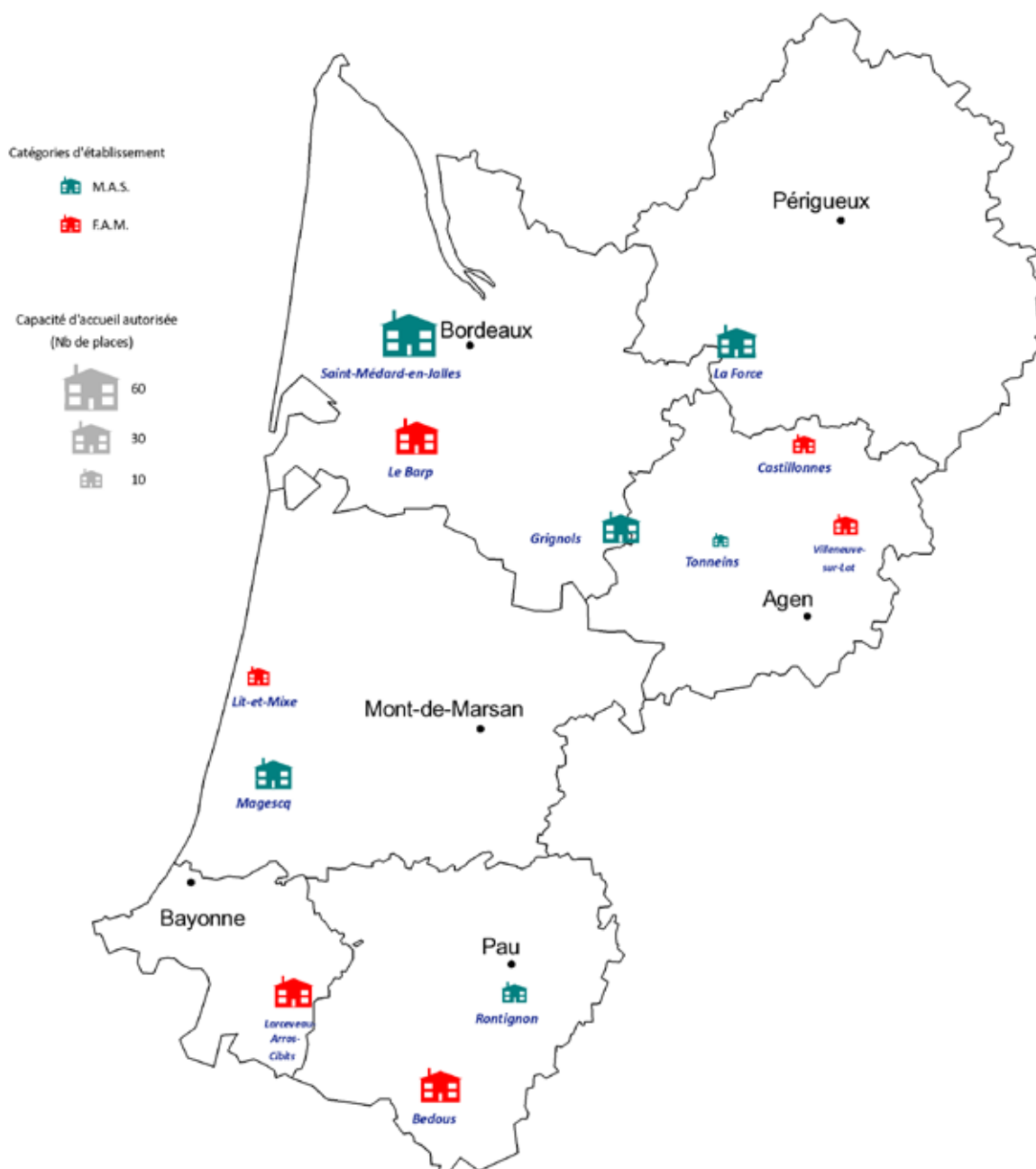
Fonds de carte : Artique ©
Source : FINESS au 28 Octobre 2011
Cartographie : ARS Aquitaine - DS, Service études, statistiques et prospectives

Le 04/11/2011

Les MAS et FAM pour déficients psychiques en Aquitaine



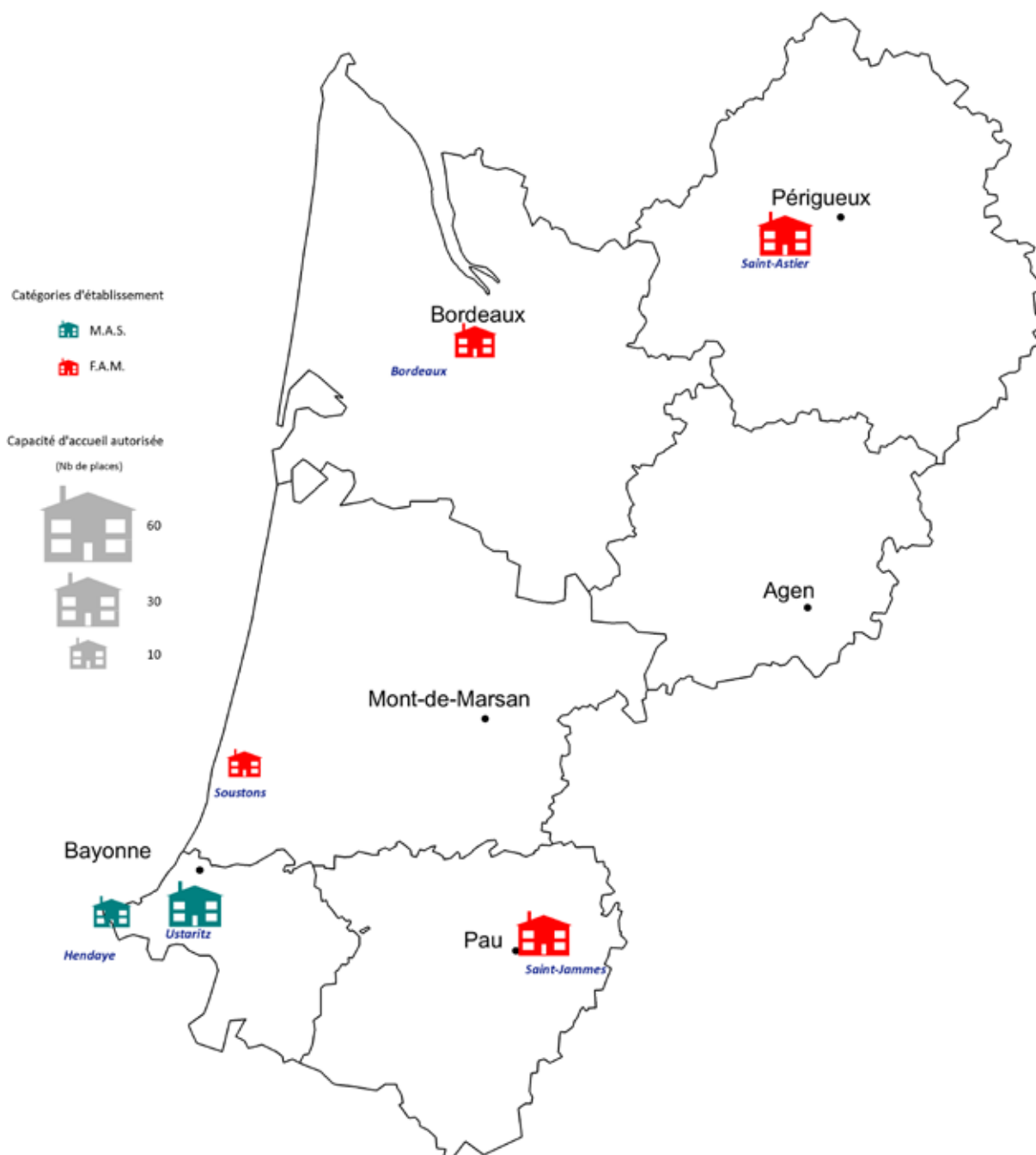
Les MAS et FAM pour autistes en Aquitaine



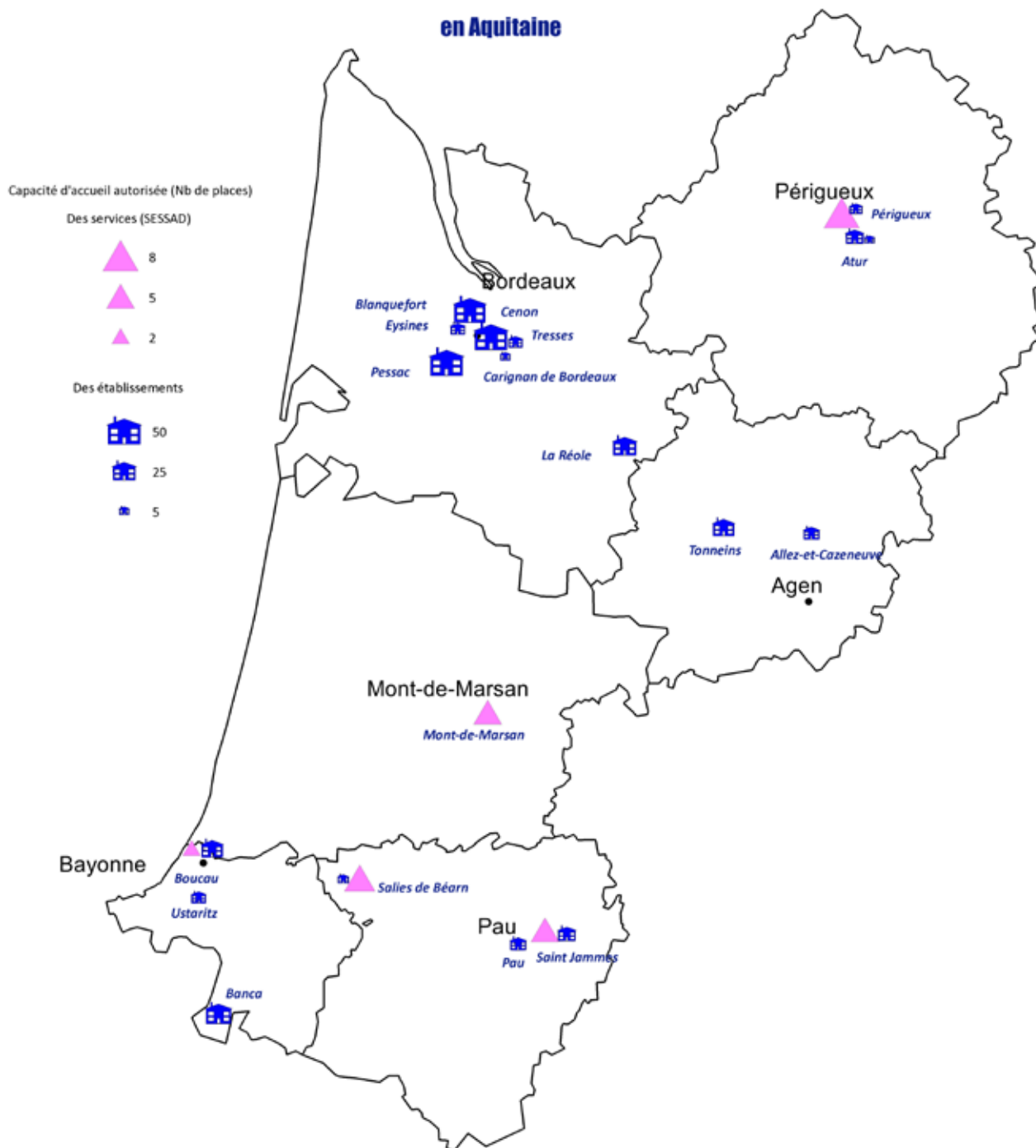
Fonds de carte : Artique ©
Source : FINISS au 28 Octobre 2011
Cartographie : ARS Aquitaine - DS, Service études, statistiques et prospectives

Le 04/11/2011

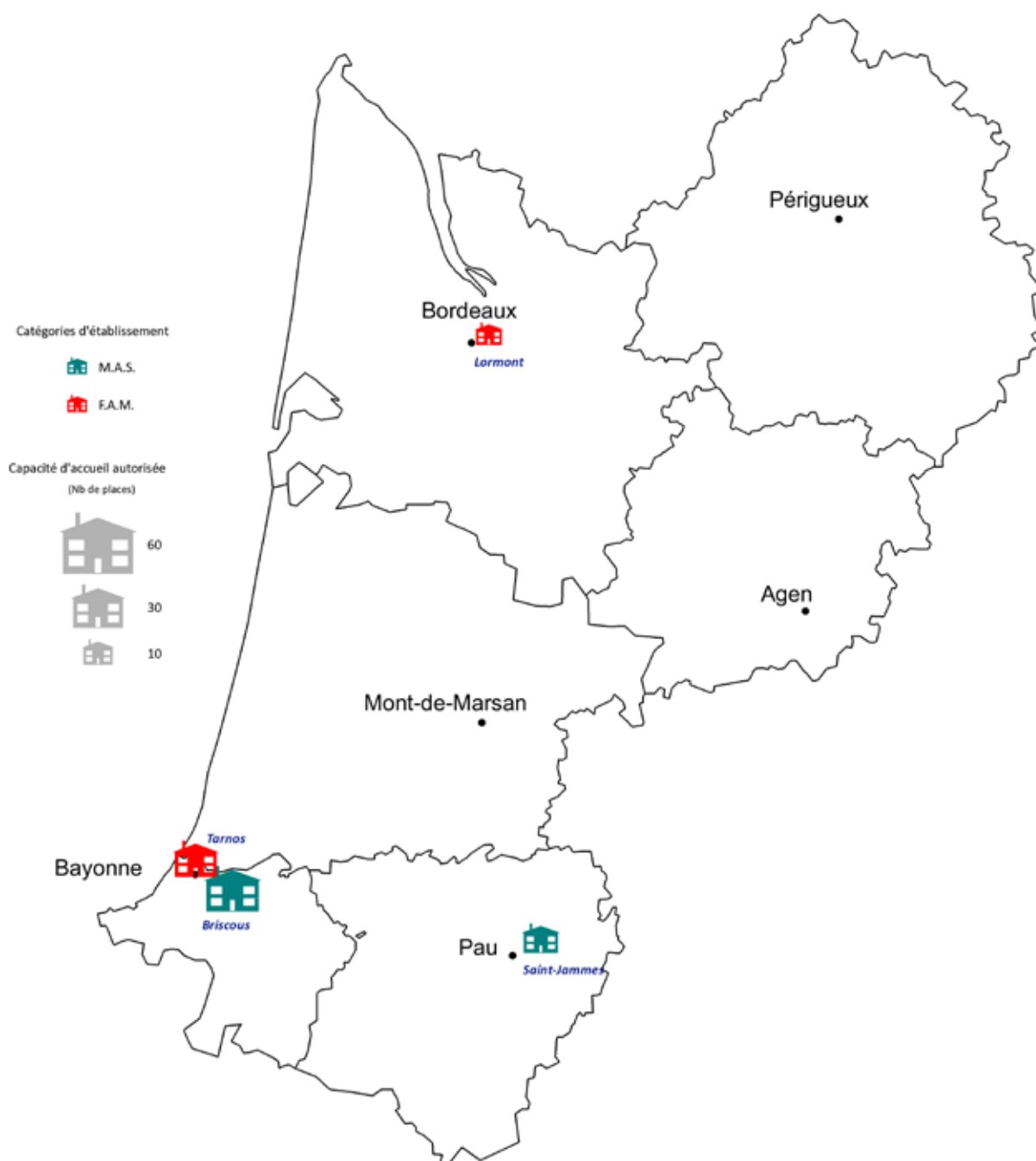
Les MAS et FAM pour déficients moteurs en Aquitaine



Les services et établissements d'hébergement pour enfants polyhandicapés en Aquitaine



Les MAS et FAM pour cérébro-lésés en Aquitaine



LES ACCUEILS DE JOUR EN MAS ET FAM (capacité financée et taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans)

	POPULATION 20-59 ANS PROJECTION 2020	CAPACITÉ AJ FAM	TAUX ÉQUIPEMENT	CAPACITÉ AJ MAS	TAUX ÉQUIPEMENT
DORDOGNE	188 410	10	0,053	4	0,021
GIRONDE	806 699	32	0,040	46	0,057
LANDES	196 311	0	0,000	3	0,015
LOT-ET-GARONNE	156 918	3	0,019	28	0,178
BÉARN-SOULE	198 676	0	0,000	12	0,060
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	136 716	1	0,007	2	0,015
AQUITAINE	1 683 730	46	0,027	95	0,056

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

LES HÉBERGEMENTS TEMPORAIRES EN MAS ET FAM (capacité financée et taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans)

	POPULATION 20-59 ANS PROJECTION 2020	CAPACITÉ AJ FAM	TAUX ÉQUIPEMENT	CAPACITÉ AJ MAS	TAUX ÉQUIPEMENT
DORDOGNE	188 410	5	0,027	0	0,000
GIRONDE	806 699	7	0,009	6	0,007
LANDES	196 311	1	0,005	5	0,025
LOT-ET-GARONNE	156 918	0	0,000	0	0,000
BÉARN-SOULE	198 676	0	0,000	1	0,005
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	136 716	0	0,000	3	0,022
AQUITAINE	1 683 730	13	0,008	15	0,009

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

Les groupes d'entraide mutuelle

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ont été créés par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes souffrant d'un handicap psychique. « Outil d'insertion dans la Cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale, de personnes en situation de grande fragilité, le GEM peut contribuer à assurer un meilleur accompagnement des personnes en souffrance psychique¹⁸ ».

LES GEM EN AQUITAINE AU 31/12/2010

	NOMBRE DE GEM EN FONCTIONNEMENT	MONTANT DES FINANCEMENTS 2010 EN E
DORDOGNE	2	150 000
GIRONDE	6	450 000
LANDES	2	150 000
LOT-ET-GARONNE	3	225 000
BÉARN-SOULE		
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	6	450 000
AQUITAINE	19	1 425 000

Source : ARS – équipement financé au 31/12/13

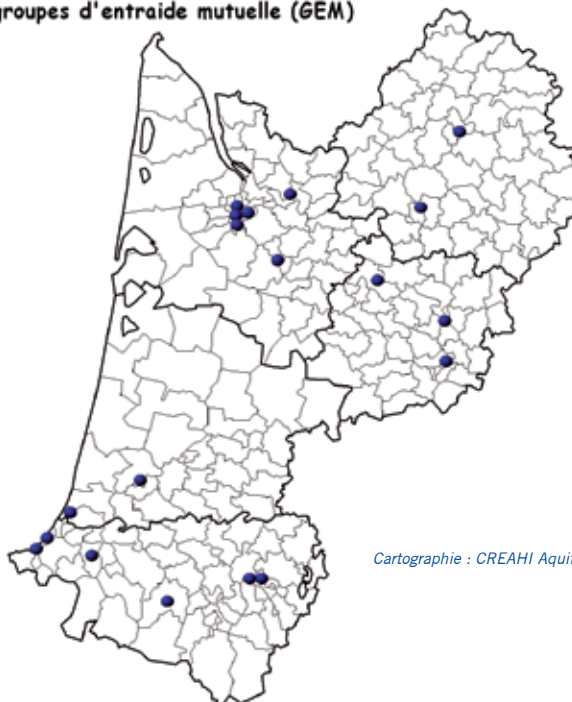
Depuis 2005, 19 projets de GEM ont été financés en Aquitaine.

Depuis 2008, la région Aquitaine n'a bénéficié d'aucun financement pour créer de nouveaux GEM, son taux d'équipement étant considéré comme satisfaisant au regard des autres régions.

Toutefois, cinq projets de GEM sont en attente de financement depuis 2007. Au titre de l'exercice 2011, la création

de 2 GEM est rendue possible en Aquitaine (notification de mesures nouvelles par la CNSA), pour l'accompagnement de personnes traumatisées crâniennes exclusivement, dans les départements des Pyrénées-Atlantiques et de Gironde.

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM)



Cartographie : CREAHI Aquitaine - janvier 2008

Les centres de reconversion professionnelle

Les centres de reconversion professionnelle (CRP), prévus à l'article L.312-1 du CASF, sont des établissements médico-sociaux qui accompagnent vers l'emploi les personnes reconnues « Travailleurs Handicapés » par des périodes de formation professionnelle rémunérées dans un environnement médico-psycho-social adapté.

Cet accompagnement vise à alléger et/ou à résoudre certaines des contraintes liées à la situation de handicap et permettre à la personne accueillie de se centrer sur son insertion professionnelle.

Les CRP en Aquitaine au 31/12/2010

	NOMBRE DE CRP	NOMBRE DE LITS OU PLACES INSTALLÉES
DORDOGNE Clairvivre	1	341 341
GIRONDE Robert Lateulade Tour de Gassies	2	325 229 96
LANDES		
LOT-ET-GARONNE Château Virazeil	1	48 48
BÉARN-SOULE Beterette Les Pyrénées	2	242 122 120
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE		
AQUITAINE	6	956

A.2.2 - Les flux interdépartementaux

Comme pour les enfants, l'objectif de l'enquête régionale auprès des établissements médico-sociaux pour adultes handicapés (MAS, FAM et ESAT) a consisté à rechercher l'origine des adultes accueillis et à identifier la part représentée par ceux originaires d'un autre département.

Les tableaux décrivent donc pour chaque territoire et selon le type d'établissement la répartition des adultes en fonction de l'origine géographique.

Pour cinq territoires aquitains, les personnes accueillies en MAS sont en grande majorité originaires du département d'implantation de la structure (plus de 71 %). En revanche, en Dordogne, elles ne représentent plus que 33,33 %.

La situation est plus contrastée pour les FAM : alors que pour 3 territoires, les adultes en FAM sont majoritairement originaires du département (+ 70 %), dans les 3 autres territoires, c'est la part des personnes prises en charge issues d'autres départements qui est la plus élevée (entre 38 % et 64 %).

Enfin, les ESAT de la région prennent en charge principalement des ressortissants du département où se situe la structure (entre 82 % et 94 %).

Origine des adultes accueillis dans les établissements médico-sociaux de la Dordogne

ORIGINES DES ADULTES EN E.M.S	M.A.S	F.A.M	E.S.A.T
ADULTES DU DÉPARTEMENT	33,33 %	45,04 %	82,41 %
ADULTES D'UN DÉPARTEMENT LIMITROPHE	31,01 %	28,36 %	12,34 %
ADULTES VENANT DE PLUS LOIN	35,66 %	26,60 %	5,25 %
TOTAL	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Source : ARS Aquitaine

Origine des adultes accueillis dans les établissements médico-sociaux de la Gironde

ORIGINES DES ADULTES EN E.M.S	M.A.S	F.A.M	E.S.A.T
ADULTES DU DÉPARTEMENT	97,62 %	91,64 %	90,57 %
ADULTES D'UN DÉPARTEMENT LIMITROPHE	1,98 %	5,02 %	5,58 %
ADULTES VENANT DE PLUS LOIN	0,40 %	3,34 %	3,85 %
TOTAL	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Source : ARS Aquitaine

Origine des adultes accueillis dans les établissements médico-sociaux des Landes

ORIGINES DES ADULTES EN E.M.S	M.A.S	F.A.M	E.S.A.T
ADULTES DU DÉPARTEMENT	82,69 %	36,00 %	90,12 %
ADULTES D'UN DÉPARTEMENT LIMITROPHE	15,39 %	33,00 %	8,38 %
ADULTES VENANT DE PLUS LOIN	1,92 %	31,00 %	1,50 %
TOTAL	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Source : ARS Aquitaine

Origine des adultes accueillis dans les établissements médico-sociaux du Lot-et-Garonne

ORIGINES DES ADULTES EN E.M.S	M.A.S	F.A.M	E.S.A.T
ADULTES DU DÉPARTEMENT	87,50 %	94,44 %	93,44 %
ADULTES D'UN DÉPARTEMENT LIMITROPHE	8,04 %	5,56 %	3,47 %
ADULTES VENANT DE PLUS LOIN	4,46 %	0,00 %	3,09 %
TOTAL	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Source : ARS Aquitaine

Origine des adultes accueillis dans les établissements médico-sociaux de Navarre Côte basque

ORIGINES DES ADULTES EN E.M.S	M.A.S	F.A.M	E.S.A.T
ADULTES DU DÉPARTEMENT	71,19 %	71,79 %	94,31 %
ADULTES D'UN DÉPARTEMENT LIMITROPHE	15,25 %	0,00 %	4,07 %
ADULTES VENANT DE PLUS LOIN	13,56 %	28,21 %	1,62 %
TOTAL	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Source : ARS Aquitaine

Origine des adultes accueillis dans les établissements médico-sociaux de Béarn et Soule

ORIGINES DES ADULTES EN E.M.S	M.A.S	F.A.M	E.S.A.T
ADULTES DU DÉPARTEMENT	95,14 %	61,90 %	90,74 %
ADULTES D'UN DÉPARTEMENT LIMITROPHE	2,08 %	2,38 %	7,15 %
ADULTES VENANT DE PLUS LOIN	2,78 %	35,72 %	2,11 %
TOTAL	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Source : ARS Aquitaine

A.2.3 - L'hébergement et l'accompagnement social

L'OFFRE EN STRUCTURE D'HÉBERGEMENT ET D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL (capacité financée au 31/12/2008 * et taux d'équipement¹⁹) -

	SAVS	FOYER D'HÉBERGEMENT	CAPACITÉ FOYER HÉBERGEMENT /CAPACITÉ ESAT	FOYER OCCUPATIONNEL ²⁰
DORDOGNE Nombre de places Taux équipement	195 0,98	407 2,04	49,8 %	335 1,68
GIRONDE Nombre de places Taux équipement	826 1,07	523 0,68	21,7 %	915 1,19
LANDES Nombre de places Taux équipement	267 1,42	238 1,27	39,7 %	365 1,95
LOT-ET-GARONNE Nombre de places Taux équipement	218 1,35	217 1,34	40,7 %	420 2,59
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES Nombre de places Taux équipement	953 2,85	639 1,91	44,1 %	637 1,90
AQUITAINE NBRE DE PLACES EN 2008 TAUX ÉQUIPEMENT	2459 1,49	2075 1,23	35,7 %	2702 1,64

Sources : Conseils Généraux

* Bien que les données 2010 soient disponibles pour 3 territoires, la capacité indiquée demeure celle de 2008 afin de conserver une information homogène sur l'ensemble de la région.

Les SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale), foyers d'hébergement et foyers occupationnels sont des structures financées par les Conseils Généraux (et ne relèvent donc pas du périmètre du SROMS, ni du PRIAC).

Les SAVS, s'ils adressent en priorité en Aquitaine à des travailleurs d'ESAT (68 % du public), suivent aussi des

usagers sans aucune activité (10 %) selon les résultats de l'enquête ES 2006.

Les foyers d'hébergement accueillent, par contre, en quasi-exclusivité des personnes travaillant en ESAT à temps plein (87 %) ou à temps partiel (10 %).

19. Calculé pour 1000 adultes de 20 à 59 ans

20. Y compris les places d'accueil de jour et section occupationnelle à mi-temps

En Aquitaine, en moyenne, plus d'un tiers de ces travailleurs peuvent bénéficier de ce type d'accueil (mais 2 fois plus souvent en Dordogne qu'en Gironde, qui présente le taux d'équipement régional le plus faible).

En foyer occupationnel, le taux d'équipement varie du simple au double selon les départements. Notons qu'il n'y a pas de corrélation entre les taux d'équipement en foyers occupationnels et en FAM au niveau d'un département (un taux faible dans une des catégories d'établissement n'est pas compensé systématiquement par un taux élevé dans l'autre). En ce domaine, le département de Gironde est également le plus faiblement doté (même constat que sur l'offre médicalisée pour les adultes handicapés).

A.3. L'offre médico-sociale pour les personnes âgées

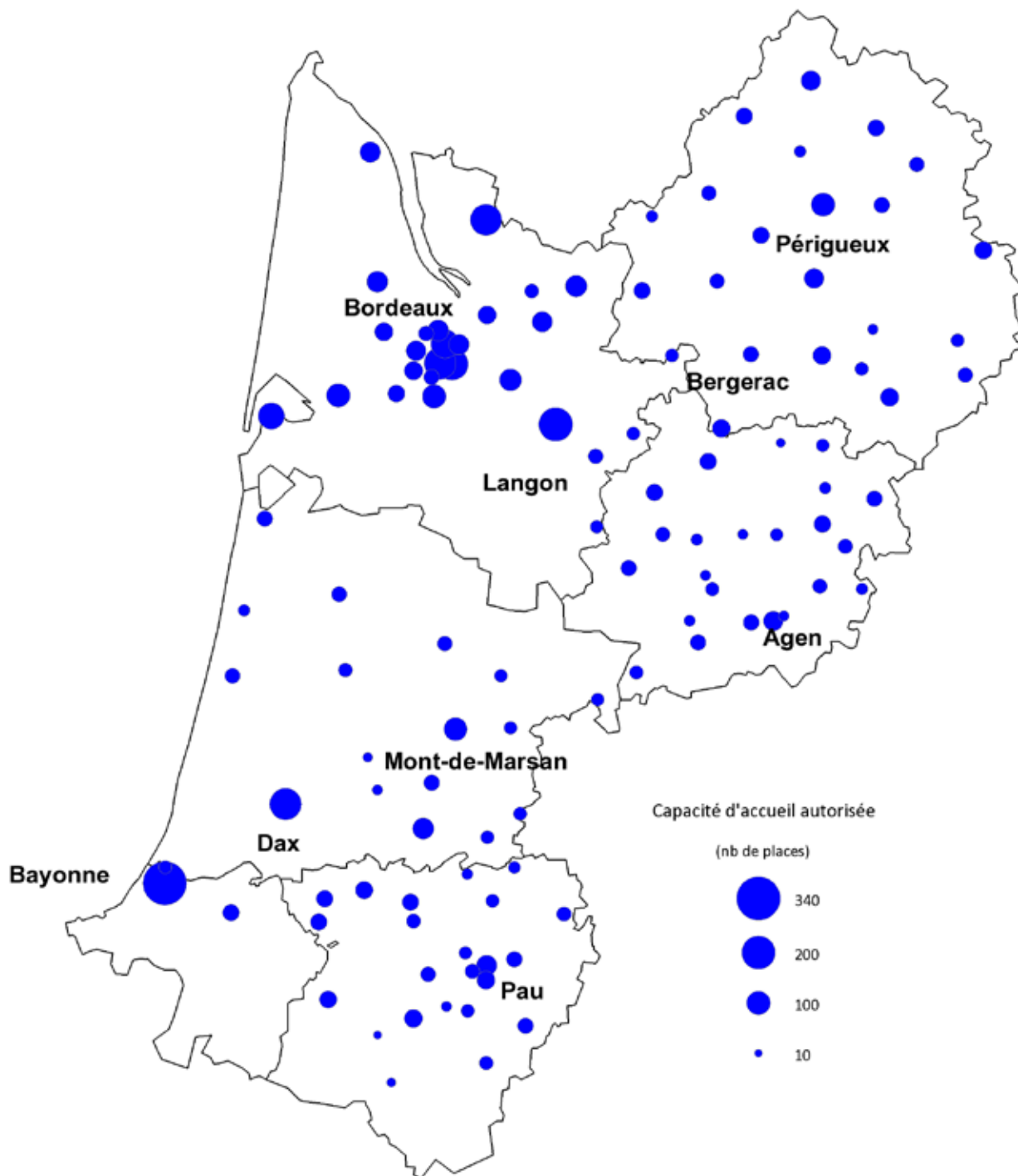
Les dispositifs de maintien à domicile pour personnes âgées Les SSIAD et les accueils de jour pour personnes âgées (capacité financée et taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et +)

	POPULATION 75 ANS ET + PROJECTION 2020	SSIAD	TAUX D'ÉQUIPEMENT	ACCUEIL DE JOUR	TAUX D'ÉQUIPEMENT
DORDOGNE	57 608	1 118	19,41	159	2,76
GIRONDE	139 633	2 468	17,67	412	2,95
LANDES	47 319	913	19,29	125	2,64
LOT-ET-GARONNE	43 459	888	20,43	139	3,20
BÉARN-SOULE	36 151	960	21,79	206	2,57
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	44 056	436	12,06		
AQUITAINE	368 226	6 783	18,42	1041	2,83

Sources : INSEE service stat 15/03/2011, modèle OMPHALE scénario bas + places 64
source DT 64 14/03/2011
ARS : Equipement financé au 31/12/13

- > L'équipement en SSIAD évolue positivement dans l'ensemble des territoires aquitains, à l'exception toutefois du territoire de Navarre- Côte Basque, qui bénéficie d'un niveau élevé d'offre libérale. Malgré cette tendance générale à la hausse, des écarts demeurent, les taux s'échelonnant entre 17,67 en Gironde et 21,79 en Béarn-Soule. Quatre territoires (Béarn-Soule, Lot-et-Garonne, Dordogne et Landes) se situent au-dessus de la moyenne régionale.
- > Le niveau d'équipement des territoires en accueil de jour apparaît relativement homogène, même si le Lot et Garonne et la Gironde, dans une moindre mesure, présentent des taux supérieurs à la moyenne régionale.

Les SSIAD pour personnes âgées en Aquitaine



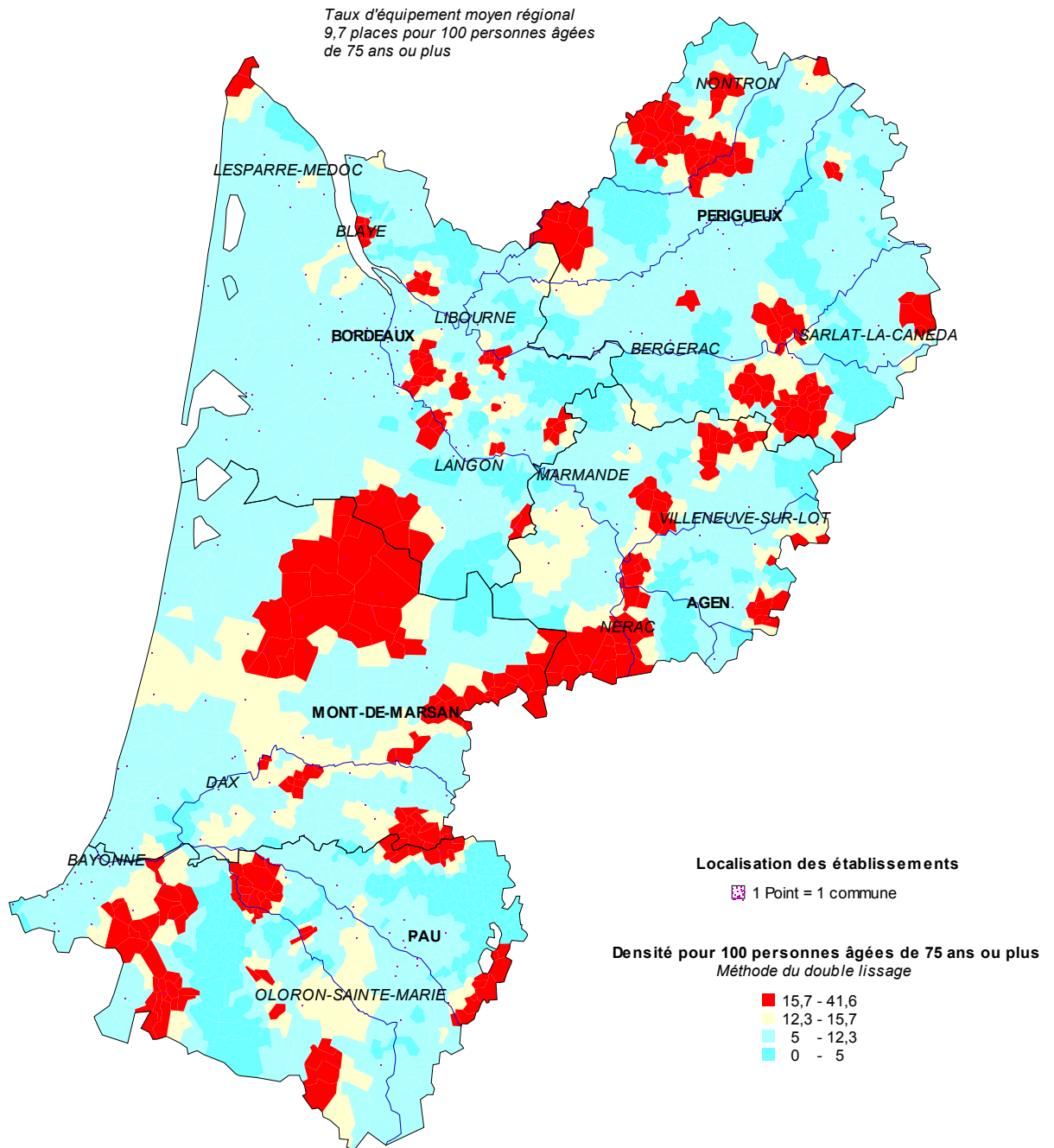
La prise en charge institutionnelle
Les établissements d'hébergement pour personnes âgées
(capacité financée et taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et +)

	POPULATION 75 ANS ET + PROJECTION 2020	NOMBRE DE PLACES (USLD COMPRISES)	TAUX ÉQUIPEMENT	HÉBERGEMENT TEMPORAIRE	TAUX D'ÉQUIPEMENT
DORDOGNE	57 608	6 204	107,69	89	1,54
GIRONDE	139 633	13 190	94,46	305	2,18
LANDES	47 319	4 596	97,13	93	1,97
LOT-ET-GARONNE	43 459	4 180	96,18	122	2,81
BÉARN-SOULE	36 151	4 170	94,65	165	2,06
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	44 056	3 490	96,54		
AQUITAINE	368 226	35 830	97,30	774	2,10

Sources : INSEE service stat 15/03/2011, modèle OMPHALE scénario bas + places 64
source DT 64 14/03/2011
ARS : Equipement financé au 31/12/13

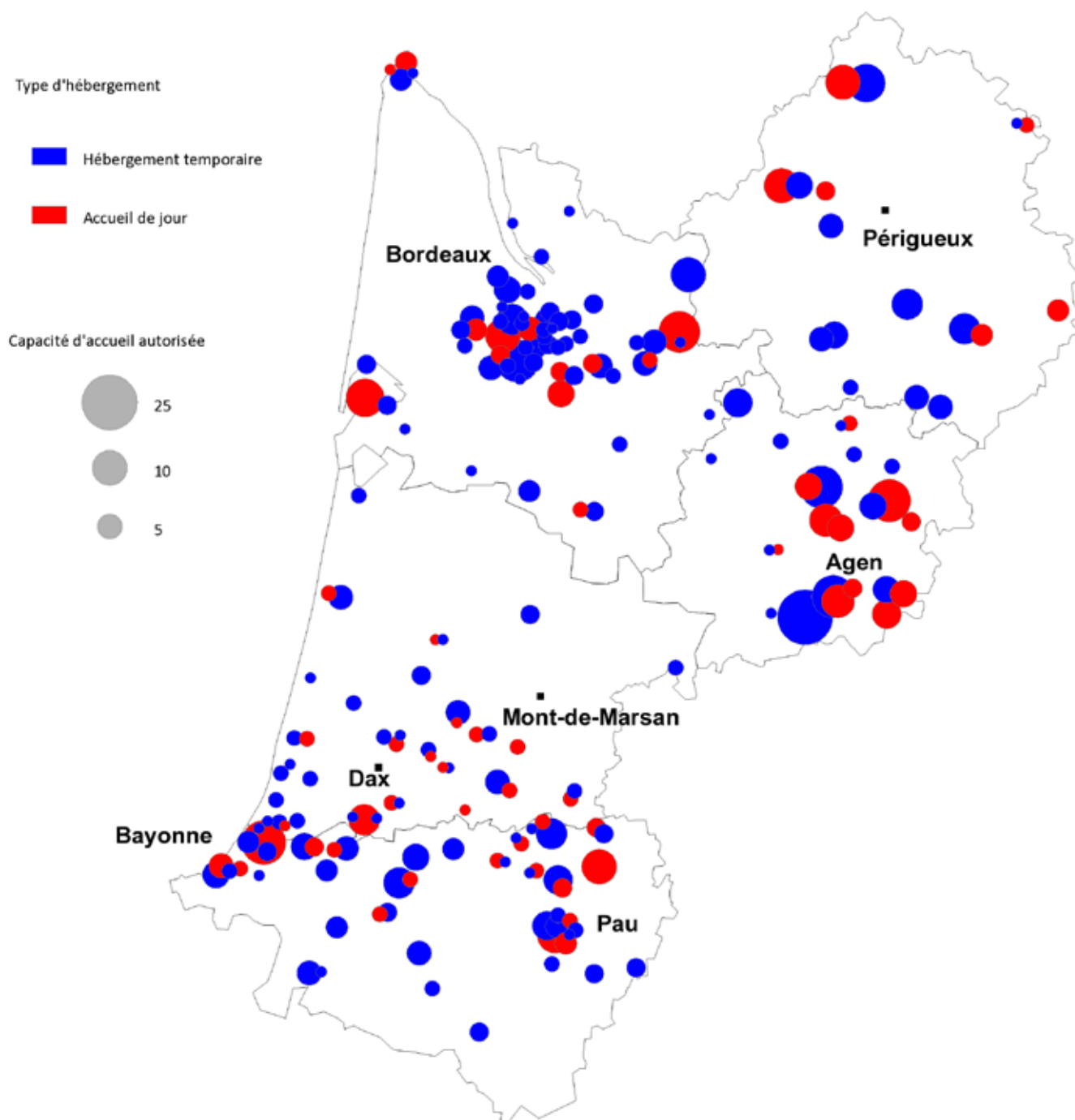
- > Les écarts d'équipement en hébergement permanent se réduisent progressivement entre les territoires. Seul le territoire de Dordogne affiche un ratio très au-delà de la moyenne régionale (107,69 contre 97,30). Les territoires de Gironde et de Béarn-Soule présentent les taux d'équipement les plus éloignés du taux moyen aquitain.
- > Même si l'offre en hébergement temporaire continue à progresser dans l'ensemble des territoires, les écarts se creusent. Les taux les plus faibles sont enregistrés en Dordogne et dans les Landes, respectivement 1,54 et 1,97. Cependant, le taux d'équipement de Dordogne est à analyser au regard du nombre de places en EHPAD et n'implique pas nécessairement de conforter l'offre globale.

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Taux d'équipement par commune



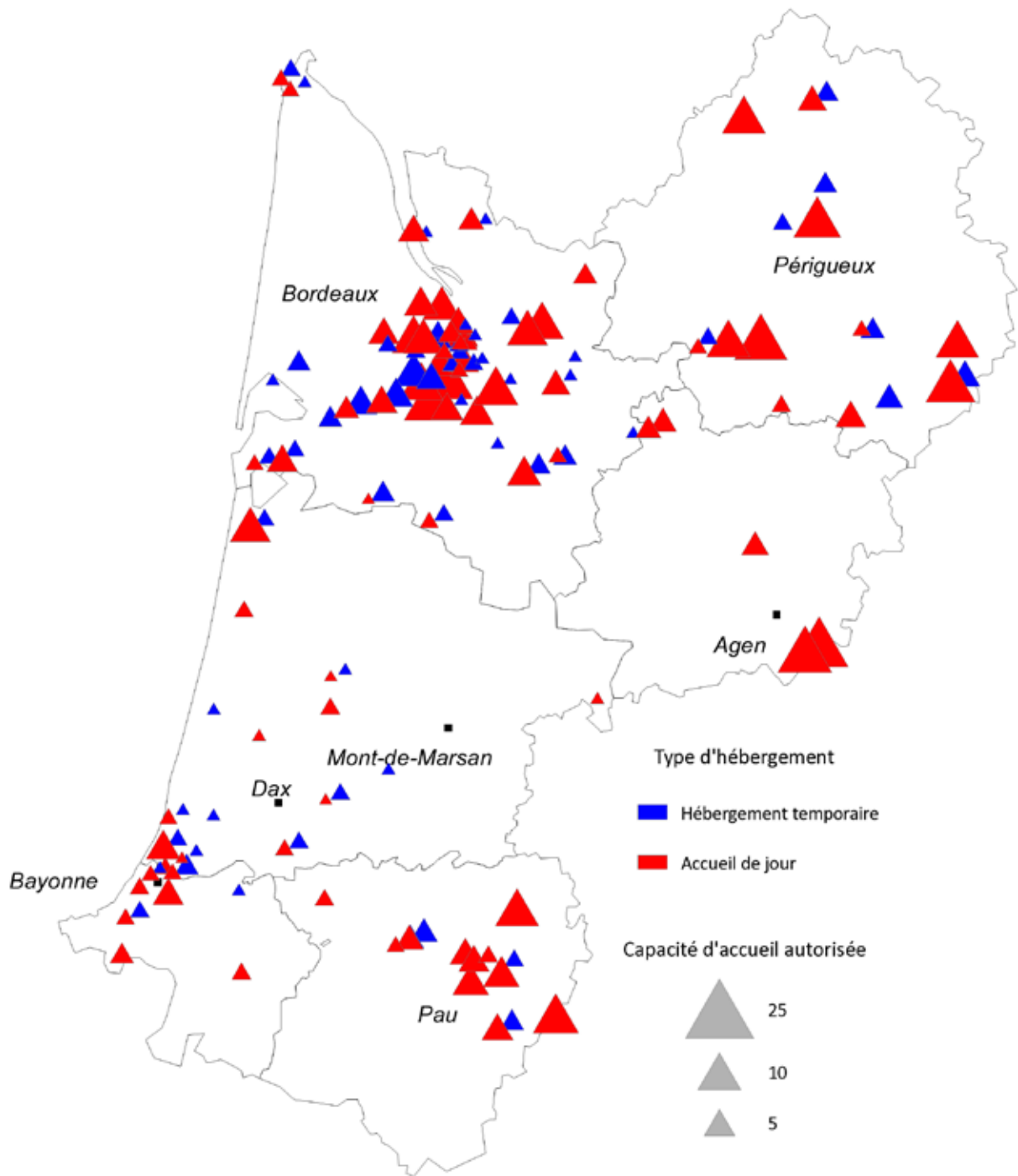
Source : FINSS
INSEE - Recensement de la population 2006
Cartographie : ARS Aquitaine - Service Études, Statistiques

Les alternatives à l'hébergement permanent pour les personnes âgées dépendantes (hors places Alzheimer) en Aquitaine



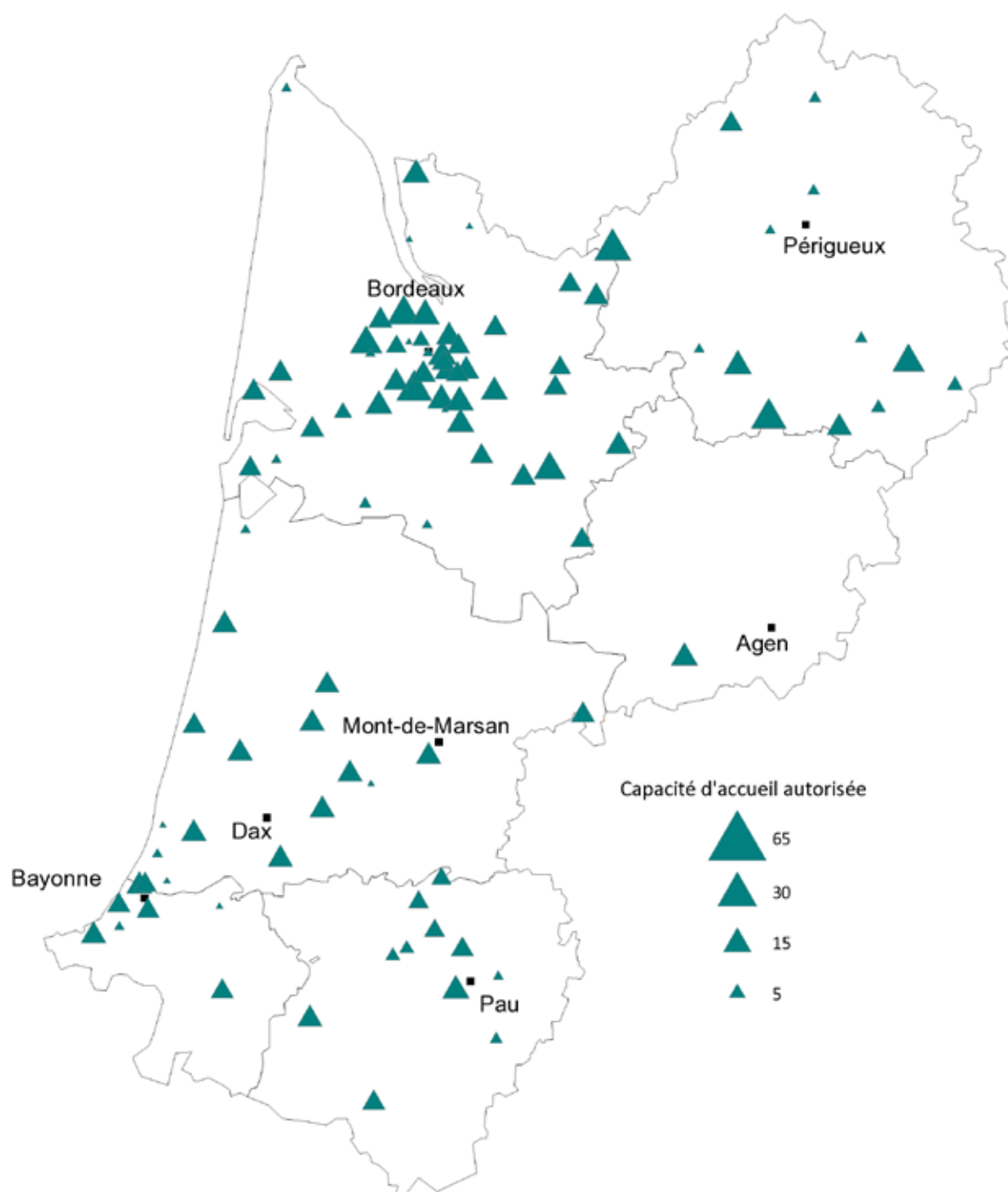
Fonds de carte : Artique ©
Source : FINESS au 30 juin 2011
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études, statistiques et prospectives

Les alternatives à l'hébergement permanent pour les patients aquitains atteints d'Alzheimer ou de maladies apparentées



Fonds de carte : Artique ©
Source : FINESS au 30 juin 2011
Cartographie : ARS Aquitaine - Service études, statistiques

L'hébergement complet des patients aquitains atteints d'Alzheimer ou de maladies apparentées



L'accueil familial pour personnes âgées et adultes handicapés

L'équipement en établissements et en services à domicile pour personnes âgées et adultes handicapés est complété par des accueils en familles agréées, en nombre assez variable selon les départements.

Ainsi, environ 1300 personnes handicapées et personnes âgées bénéficient en Aquitaine de ce type d'accueil : environ 500 en Dordogne, 530 en Gironde, 40 dans les Landes, 180 en Lot-et-Garonne, et 75 dans les Pyrénées-Atlantiques²¹.

A.4. L'offre médico-sociale pour les publics confrontés à des difficultés spécifiques

A.4.1 Les structures d'addictologie

Le dispositif médico-social en addictologie est constitué de diverses structures d'accompagnement des personnes dépendantes, spécialisées soit en toxicomanie soit en alcoolologie.

Ces structures sont animées par des équipes pluridisciplinaires qui participent à l'accompagnement des usagers tout au long de leurs trajectoires, depuis le repérage et l'accueil de la personne et de son entourage, jusqu'au suivi psychosocial et à l'insertion.

Les communautés thérapeutiques

> Les communautés thérapeutiques, définies par la circulaire du 24 octobre 2006, sont des structures expérimentales d'hébergement qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psycho-actives.

> Les objectifs principaux de ces communautés sont l'abstinence et l'insertion sociale des personnes, avec pour spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique.

Deux communautés thérapeutiques existent à ce jour dans la région :

- l'une, dans le territoire du Périgord, en Dordogne, à recrutement national,
- l'autre, sur le territoire de Bordeaux-Libourne en Gironde, à recrutement majoritairement local.

Les consultations jeunes consommateurs de substances psycho-actives

> Ces consultations ont été mises en place en application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Dans la région, elles sont au nombre de 11 et ont été pour une bonne part adossées aux structures médico-sociales spécialisées existantes. Les autres sont le fruit d'une mutualisation de compétences et de moyens d'autres structures et du secteur hospitalier.

> Les consultations jeunes consommateurs de substances psycho-actives ont pour mission :

- de proposer une évaluation de la consommation et un diagnostic en cas de consommation nocive,
- d'offrir une information et un conseil personnalisé aux usagers à risques et une prise en charge brève aux jeunes ayant un usage nocif sans complications sociales ou psychiatriques,
- d'accompagner ou de proposer une orientation aux jeunes en situation d'abus ou de dépendance,
- d'offrir un accueil aux parents en difficultés face à la consommation de leurs enfants, avec la possibilité de séances conjointes parents enfants.

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD)

> Ces centres sont financés par l'Assurance maladie depuis 2006. En Aquitaine, 12 CAARUD ont été autorisés.

> L'objectif de ce dispositif est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives et ainsi, améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins.

21. Sources : annuaires ANDASS des données sociales et de santé, édition n°15 -février 2010

Les appartements de coordination thérapeutiques (ACT)

- > Les appartements de coordination thérapeutiques accueillent des personnes présentant une addiction grave et/ou une ou plusieurs maladies chroniques (VIH, hépatites, maladie mentale...).
- > Ils sont implantés dans tous les départements aquitains. Le bilan des places financées au 31/12/2010 est le suivant :

	CAPACITÉ
DORDOGNE	5
GIRONDE	29
LANDES	8
LOT-ET-GARONNE	10
BÉARN-SOULE	9
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	8
AQUITAINE	69

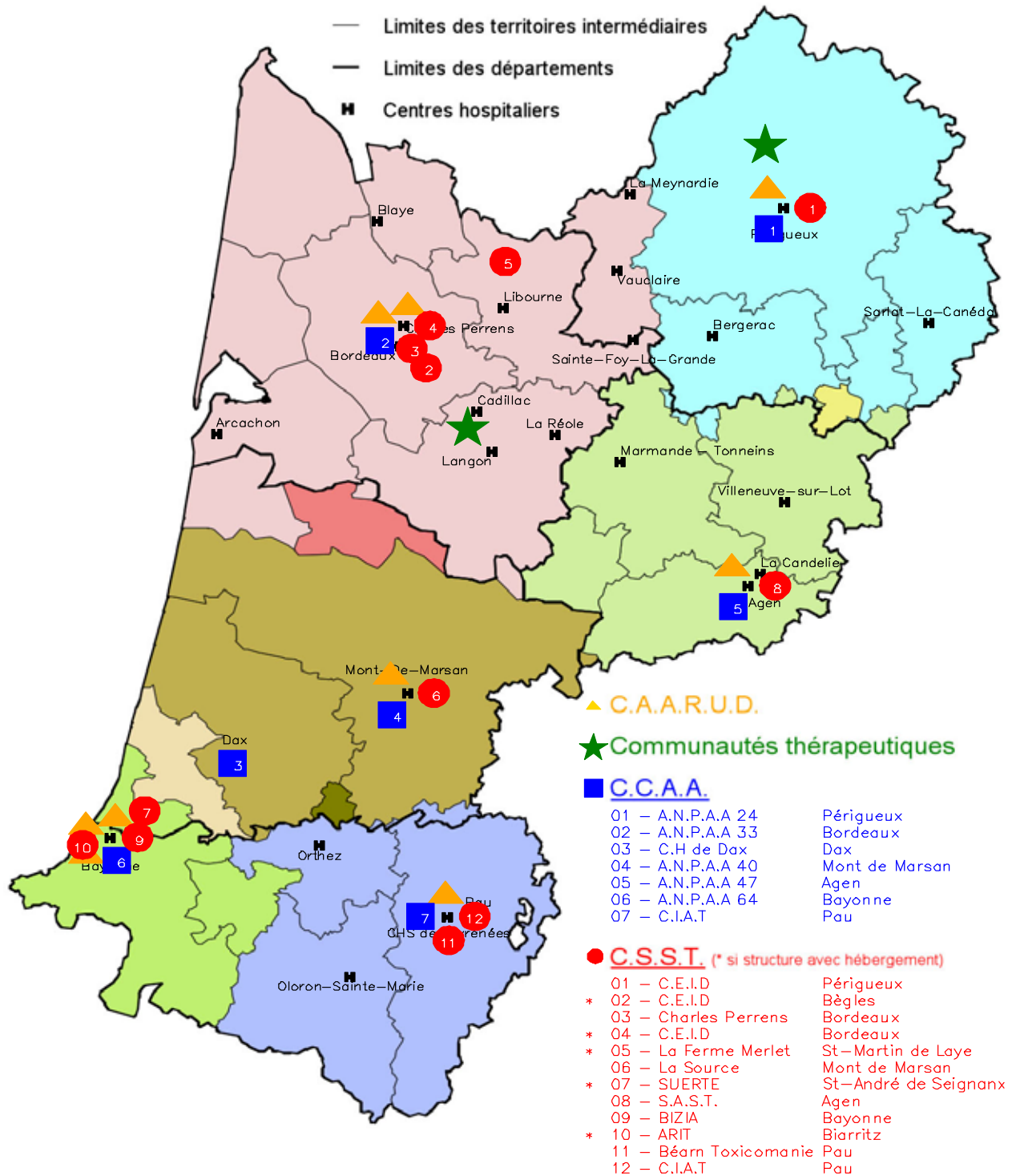
Sources : ARS Aquitaine – situation au 31/12/10

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

- > Les CSAPA, inscrits au 9° de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles, ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, il a été prévu que les CSAPA soient financés par l'assurance maladie. Les missions des CSAPA sont fixées par décret du 14 mai 2007, complété par le décret du 24 janvier 2008.
- > Les CSAPA s'adressent aux personnes présentant une conduite addictive (substances licites ou non, y compris le tabac et médicaments détournés de leur usage). Leurs missions s'étendent aussi aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique).
- > Ils ont pour caractéristiques l'accessibilité territoriale et sociale, la globalité de l'approche sous le concept d'addiction, l'accompagnement pluridisciplinaire et l'accompagnement dans la durée.
- > Par ailleurs, ces structures fédèrent les compétences des acteurs de l'alcoologie, de la tabacologie et de la toxicomanie (CCAA et CSST). En Aquitaine, les CSAPA ont vocation à jouer un véritable rôle de structure pivot de proximité.
- > Les 6 territoires aquitains sont dotés de CSAPA.

Structures supports en addictologie en Aquitaine

Colorisation des pseudos territoires de recours



Cartographie : DRASS Aquitaine et fonds IGN ©

Addictologie Aquitaine emf

A.4.2 Les structures pour personnes en situation de précarité

Les lits halte soins santé (LHSS)

> Le dispositif des lits halte soins santé (LHSS), mis en place depuis 2006, fait suite au dispositif des lits infirmiers qui permettait de répondre au besoin de prise en charge sociale et sanitaire de personnes sans domicile, en situation de précarité, dont l'état de santé ne nécessitait pas d'hospitalisation.

> L'objectif des LHSS est donc de procurer des soins à des personnes sans domicile fixe atteintes de problèmes de santé « bénins », pour prévenir des situations de complication ou de renoncement aux soins.

	CAPACITÉ	LIEU D'IMPLANTATION DES LHSS
DORDOGNE	5	Périgueux
GIRONDE	14	Bordeaux
LANDES	2	Saint-Pierre-du-Mont
LOT-ET-GARONNE	5	Agen
BÉARN-SOULE	5	Pau
NAVARRÉ-CÔTE BASQUE	5	Bayonne
AQUITAINE	36	

Sources : ARS Aquitaine – situation au 31/12/10

B-Les dépenses d'assurance maladie mobilisées

B.1 - Les personnes âgées de 75 ans et plus

Les dépenses régionales sont inférieures à la moyenne nationale, mais présentent selon les territoires des disparités marquées tenant essentiellement au niveau de la dépense libérale.

Les dépenses 2009 en D par habitant de 75 ans et plus

Dépenses d'assurance maladie 2009 en € par habitant des 75 ans et plus	24	33	40	47	64			Aquitaine	France entière
					Navarre Côte Basque	Béarn	Total		
A.I.S 75 ans et plus*	85	494	119	277	558	247	387	332	266
EHPAD + EHPA + SSIAD	1 460	1 305	1180	1 244	1 281	1 350	1 319	1 311	1 343
USLD *	109	84	303	93	151	213	185	138	220
Total personnes âgées hors A.I.S	1 569	1 389	1 483	1 337	1 432	1 563	1 504	1 449	1 563
Total "Personnes âgées"	1 655	1 883	1 603	1 613	1 990	1 810	1 891	1 781	1 829

Sources CNSA (données pop 2008 INSEE - actualisation 2010) ; versement AM 2009 aux ESMS + USLD + AIS 75 ans et + (tous régimes - CNAMTS/SNIIRAM) ; et ARS/DOMS

* hors champ CNSA

Les dépenses 2010 en D par habitant de 75 ans et plus

Dépenses d'assurance maladie 2010 en € par habitant des 75 ans et plus	24	33	40	47	64			Aquitaine	France entière
					Navarre Côte Basque	Béarn	Total		
A.I.S 75 ans et plus*	91	559	127	290	597	262	413	366	290
EHPAD + EHPA + SSIAD	1491	1310	1280	1282	1315	1293	1303	1331	1433
USLD *	129	84	309	90	149	208	181	140	178
Total personnes âgées hors A.I.S	1 620	1 394	1 589	1 372	1 464	1 501	1 484	1 471	1 611
Total "Personnes âgées"	1 711	1 952	1 716	1 662	2 061	1 763	1 897	1 837	1 901

Sources CNSA (données pop 2009, INSEE - actualisation 2011 ; versement AM 2010 aux ESMS + USLD (tous régimes - CNAMTS/SNIIRAM) ; dépenses 2010 en AIS sur les 75 ans et + (régime général extrapolée tous régimes) et ARS/DOMS

* hors champ CNSA

La dépense régionale totale se maintient en deçà de la moyenne nationale (1781 C contre 1829 C en 2009 et 1837 C contre 1901 C en 2010). Cependant, cette réalité recouvre des disparités entre les territoires.

La fourchette régionale des coûts est relativement large, car en 2010 les écarts entre le Lot-et-Garonne (montant de dépenses le plus faible) et les territoires de Navarre-Côte Basque et de Gironde avoisinent respectivement 400 C et 300 C.

Les coûts moyens globaux de Navarre-Côte Basque et de Gironde continuent de progresser de manière significative, en raison principalement de l'accroissement des dépenses d'AIS, reflétant ainsi le niveau élevé de l'offre infirmière libérale dans ces deux territoires (597 C pour le premier et 559 C pour le second, contre une moyenne de 366 C pour l'Aquitaine et 290 C pour la France).

En revanche, en Dordogne (91 C) et dans une moindre mesure dans les Landes (127 C), les possibilités de recours aux infirmiers libéraux sont limitées, mais elles sont en partie compensées par un taux d'équipement en SSIAD plus élevé.

En revanche, la dépense totale du territoire de Béarn-Soule se tasse, et se situe désormais en-deçà du coût moyen régional (1763 contre 1837).

Quant à la dépense médico-sociale stricte, relative au fonctionnement des EHPAD, des EHPA et des SSIAD en Aquitaine, elle connaît une progression plus ou moins marquée selon les territoires, à l'exception de celui de Béarn-Soule, mais se situe toujours en deçà de la moyenne nationale (1331 C en Aquitaine, contre 1433 C au niveau national).

Seul le territoire de la Dordogne, avec une dépense médico-sociale s'élevant à 1491 C, affiche toujours une dépense supérieure aux moyennes régionale et nationale.

La fourchette des coûts est assez large, avec un écart atteignant plus de 200 C, entre les territoires de la Dordogne, dépense la plus élevée, et celle des Landes, la plus faible (1280 C).

B.2 - Les personnes handicapées - enfants et adultes

Dans le champ des personnes handicapées, les dépenses régionales sont en augmentation et dépassent désormais, depuis 2010, la moyenne nationale. Elles présentent toutefois de fortes disparités entre territoires, notamment dans le champ des adultes handicapés.

Les dépenses 2009 en C par habitant

DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE 2009 EN C PAR HABITANT	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES			AQUITAINE	FRANCE ENTIÈRE
					NAVARRÉ CÔTE BASQUE	BÉARN SOULE	TOTAL		
ENFANTS HANDICAPÉS EN C PAR HABITANT (0-19 ANS)	434	396	249	364	403	451	433	388	358
ADULTES HANDICAPÉS EN C PAR HABITANT (20-59 ANS)	145	42	37	62	75	70	72	62	67
PERSONNES HANDICAPÉES EN C PAR HABITANT (0-59 ANS)	230	149	102	154	168	188	180	160	160

Sources : CNSA (données pop 2008 INSEE – actualisation 2010) – Dépenses 2009 : Dotations globales tous régimes et Prix de journée RG; ARS/DOMS

Les dépenses 2010 en C par habitant

DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE 2009 EN C PAR HABITANT	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET- GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES			AQUITAINE	FRANCE ENTIÈRE
					NAVARRRE CÔTE BASQUE	BÉARN SOULE	TOTAL		
ENFANTS HANDICAPÉS EN C PAR HABITANT (0-19 ANS)	456	407	272	411	455	449	451	406	368
ADULTES HANDICAPÉS EN C PAR HABITANT (20-59 ANS)	176	51	42	72	93	73	81	73	72
PERSONNES HANDICAPÉES EN C PAR HABITANT (0-59 ANS)	259	160	112	177	197	189	192	174	167

Sources : CNSA (données pop 2008 INSEE – actualisation 2011) – Dépenses 2010 : Dotations globales tous régimes et Prix de journée RG; ARS/DOMS

La dépense régionale totale augmente sur la période et se situe désormais au-delà de la moyenne nationale.

Comparable à la moyenne nationale en 2009 (160 C), le coût moyen régional progresse en 2010 (174 C contre 167 C). Toutefois, cette réalité recouvre de fortes disparités entre les territoires aquitains.

En effet, on relève une large fourchette régionale, qui se creuse sur la période considérée. Ainsi, les écarts entre le territoire de la Dordogne (montant de dépenses le plus élevé) et le territoire des Landes (montant de dépenses le plus faible) sont proches de 130 C en 2009 et 150 C en 2010.

Pour les enfants handicapés, les écarts enregistrés sont favorables à trois territoires aquitains : Dordogne, Béarn-Soule et Navarre-Côte basque. Le territoire de la Gironde, qui enregistre une dépense par habitant parmi les plus élevées en 2009, se rapproche de la moyenne régionale en 2010.

Les coûts moyens pour les enfants en Lot-et-Garonne évoluent favorablement et se situent désormais au-delà du coût moyen régional (411 contre 406). Quant au département des Landes, il présente la dépense par habitant la plus faible de la région et ce constat persiste sur la période considérée.

Pour les adultes handicapés, tous les territoires se caractérisent par une augmentation de la dépense mais sans modification des écarts antérieurs.

Ainsi, le territoire de la Dordogne et le territoire de Navarre-Côte basque progressent et affichent toujours une dépense supérieure aux moyennes régionales et nationales.

La dépense du territoire Béarn Soule diminue légèrement pour se situer dans la moyenne régionale ; il en est de même pour le territoire du Lot-et-Garonne, qui se maintient à ce même niveau.

Les dépenses des territoires des Landes et de la Gironde demeurent les plus faibles.

3. LES BESOINS IDENTIFIÉS

Ce diagnostic (à l'exception des données quantitatives portant sur la scolarisation et l'emploi) a été établi à partir des réponses des différents organismes et partenaires sollicités par questionnaire (rappel voir détail en annexe), des éléments exprimés lors des réunions territoriales et des contributions écrites complémentaires. Il s'appuie ainsi sur ce que chacun de sa place, sur la base de ses pratiques, de son expérience, des publics qu'il accompagne, de la connaissance qu'il a des territoires, des dispositifs et des autres partenaires, peut formuler comme constats, suggestions et attentes.

A - En termes de parcours de la personne

A.1 - Prévention et diagnostic précoce

La prévention et le diagnostic précoce sont deux axes qui sont largement reconnus comme essentiels dans la mise en place d'une politique médico-sociale efficace avec pour objectifs :

- > La mise en place d'une réponse rapide évitant l'aggravation des troubles ou des déficiences présentés par des enfants, adultes ou personnes âgées
- > Leur maintien en milieu ordinaire de vie grâce à des accompagnements et des soins adaptés

En ce qui concerne les enfants, les missions des CAMSP et des CMPP s'inscrivent tout à fait dans cette logique. Or, des difficultés d'accès à ces dispositifs sont identifiées dans la plupart des territoires et ce, en raison :

- > **d'un maillage du territoire à conforter** : des créations de nouvelles antennes sont souhaitées ou un élargissement des horaires d'ouverture de ces antennes qui sont parfois trop restreints (quelques heures par semaine)
- > **d'un encombrement des services** : les listes d'attente sont importantes ainsi que les délais pour réaliser un bilan. On constate donc un retard de diagnostic et de démarrage de prise en charge qui ont pour conséquence une aggravation des troubles et le découragement des familles.
- > **du non remboursement des frais de transports**, hors ALD, qui a pour conséquence dans certains cas un arrêt de l'accompagnement car des familles sont dans l'impossibilité d'assurer elles-mêmes les trajets.

Ces dispositifs font aussi le constat de l'absence de relais après un bilan ayant mis en évidence la nécessité de réorienter certains enfants. Cette observation concerne plus particulièrement les CAMSP, qui se situent en première ligne de

la chaîne des évaluations et diagnostics. Ils doivent ainsi parfois poursuivre par défaut la prise en charge d'enfants avec des pathologies lourdes, telles que des TED, notamment en raison du manque de structures relevant de la pédopsychiatrie en capacité de prendre le relais.

Certains CMPP indiquent, de la même façon, être contraints de faire des « admissions par défaut » d'enfants présentant des troubles trop lourds, faute d'autres réponses mobilisables. Dès lors, ces CMPP se retrouvent dans l'impossibilité de recevoir le public correspondant vraiment à leurs missions.

Pour faire face à ce type de difficultés, certaines de ces structures envisagent de développer des réponses dans le cadre de partenariat pour favoriser la mise en œuvre de prises en charge précoces. A titre d'illustration, les CAMSP de Dordogne envisagent des actions communes avec d'autres structures médico-sociales comme par exemple, un groupe éducatif et thérapeutique pour les 2-4 ans ayant un retard important du développement avec des troubles de la relation et de la communication (liés à une pathologie génétique).

Dans d'autres départements, une réflexion est en cours autour de la mise en place d'un réseau permettant de développer prévention et consultations en zone rurale (comme par exemple en Gironde).

Par ailleurs, l'élargissement de l'offre médico-sociale actuelle est souhaité au niveau des SESSAD :

- > pour certains troubles pour lesquels il n'existe pas à l'heure actuelle de réponses spécialisées, comme les troubles cognitifs spécifiques, les troubles spécifiques des apprentissages, parfois aussi appelées les troubles « dys »²². Une prise en charge précoce et adaptée de ces troubles éviterait aux enfants concernés de se retrouver en grande difficulté scolaire
- > pour certaines tranches d'âge comme par exemple les tout-jeunes enfants, de 2 à 6 ans, présentant des troubles du comportement afin d'éviter que ces troubles s'installent de façon durable et aient des effets préjudiciables sur l'inclusion scolaire et la socialisation.

Enfin, d'autres réponses de droit commun s'adressant à la toute petite enfance sont encore insuffisantes comme l'accueil en crèche de nourrissons et de jeunes enfants handicapés ou avec des troubles du développement. Cet accueil est encore trop limité et mériterait d'être développé.

22. Dyspraxie, dyscalculie, dysgraphie, dysorthographe...

Pour les personnes âgées, la poursuite du maillage du territoire par les CLIC, dispositifs très appréciés, est souhaitée. Le renforcement des missions de ces dispositifs afin qu'ils puissent proposer une palette complète de services de niveau 3 (cf. ci-dessous) est également jugé opportun.

Par ailleurs, toujours dans cette perspective de prévention et de diagnostic précoce, un accès facilité aux consultations mémoire serait nécessaire (les consultations mémoire permettent aux personnes présentant des troubles de la mémoire de bénéficier d'un diagnostic précis et d'une prise en charge adaptée de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées).

Missions des CLIC déclinées en fonction du niveau de labellisation

Niveau 1

informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux

Niveau 2

Niveau 1 + évaluer les besoins, élaborer un plan d'accompagnement, ou un plan d'intervention

Niveau 3

Niveau 1 + niveau 2 + accompagner, assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, coordonner

A.2 - La scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire

En Aquitaine, en 2010-2011, près de 9 000 élèves handicapés sont scolarisés en milieu ordinaire (écoles, collèges ou lycées, dans les secteurs public ou privé), près des deux tiers de ces jeunes sont dans le 1^{er} degré²³. Cet effectif a augmenté régulièrement au cours de ces dernières années : + 30 % entre les rentrées 2007 et 2010 (avec des écarts très importants entre départements : +10 % en Gironde, + 76 % dans le Lot-et-Garonne). La progression au niveau de la région Aquitaine sur cette période a été sensiblement supérieure à la moyenne nationale qui s'élève à 22 %²⁴.

Nombre de jeunes handicapés scolarisés en milieu ordinaire (2010-2011)

NOMBRE DE JEUNES SCOLARISÉS		DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	AQUITAINE
PREMIER DEGRÉ	Classe ordinaire	451	1499	432	646	811	3839
	CLIS	276	881	241	182	348	1928
	<i>Ensemble</i>	<i>727</i>	<i>2380</i>	<i>673</i>	<i>828</i>	<i>1159</i>	<i>5767</i>
SECOND DEGRÉ	Classe ordinaire	269	874	277	246	626	2292
	ULIS	99	340	109	109	232	870
	<i>Ensemble</i>	<i>368</i>	<i>1214</i>	<i>386</i>	<i>336</i>	<i>858</i>	<i>3101</i>
ENSEMBLE		1100	3594	1059	1164	2017	8934

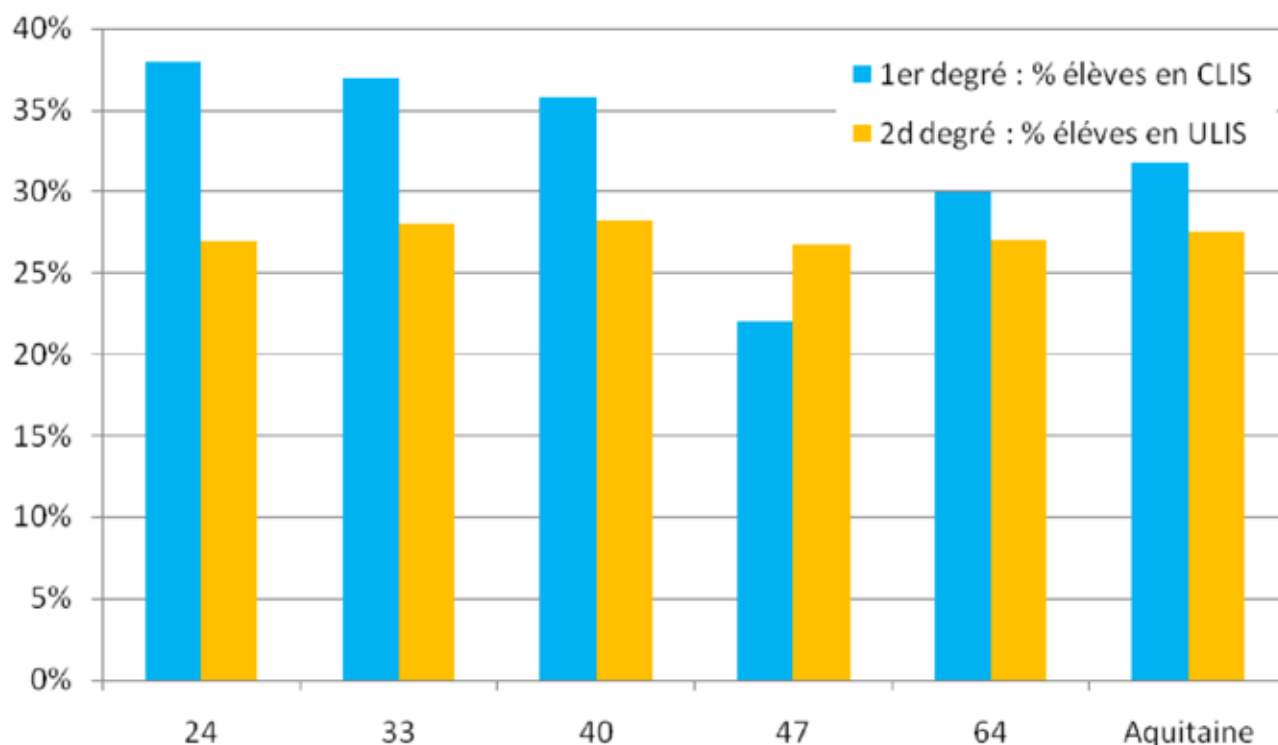
Source : Inspections académiques- Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

23. Proportion identique au niveau national (CNSA : Tableau de la scolarisation et de l'accompagnement médico-social des enfants en situation de handicap – avril 2011).

24. Source : www.education.gouv.fr – Le nombre d'élèves scolarisés en milieu ordinaire est passé de 162.000 à la rentrée 2007 à 197.000 à la rentrée 2010.

Globalement, 33 % des élèves handicapés du primaire sont scolarisés dans des CLIS et 28 % de ceux du secondaire le sont dans des ULIS²⁵. Le Lot-et-Garonne est le département où la scolarisation en primaire en dehors des CLIS est la plus développée.

Proportion d'élèves handicapés scolarisés en CLIS ou en ULIS



Source : Inspections académiques – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Au cours des dernières années, il apparaît que la part des élèves handicapés du 1^{er} degré scolarisés en CLIS tend à diminuer légèrement (37 % en 2007 contre 34 % en 2010)²⁶. Le mouvement inverse est observé pour les élèves scolarisés dans le second degré avec une augmentation également légère de ceux accueillis en ULIS (26 % en 2007 contre 28 % en 2010)²⁷. Notons que sur cette période, le dispositif aquitain s'est considérablement étoffé (37 ouvertures d'ULIS) avec notamment la création d'ULIS Lycée.

Les auxiliaires de vie scolaire individuels (AVS-i) et les emplois de vie scolaire individuels (EVS-i) interviennent auprès de 38 % des élèves handicapés scolarisés dans des classes ordinaires. Ce pourcentage est inférieur à ce que l'on peut observer au niveau national (41 %). En Aquitaine, près des deux tiers de ces élèves handicapés en classe ordinaire ne bénéficient donc pas de cet accompagnement et un certain nombre d'entre eux attendent sa mise en place. Les données transmises par les inspections académiques ne sont pas toujours détaillées par niveau scolaire ; il apparaît néanmoins que dans le secondaire, la part de jeunes accompagnés est nettement plus faible.

Nombre de CLIS et d'ULIS en 2010-2011

	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	AQUITAINE
CLIS	25	83	22	16	31	177
ULIS	12	42	11	13	24	102

Source : Inspections académiques – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

25. Proportions très proches de la moyenne nationale respectivement : 34 et 26 % (mais pour l'année 2009-2010).

26. Attention : diminution en pourcentage mais pas en effectifs absolus, qui passent sur cette période de 1799 à 1928.

27. Ce qui correspond en termes d'effectifs concernés à une augmentation beaucoup sensible : 542 en 2007 et 870 en 2010

Accompagnement individuel des élèves handicapés par des AVS/EVS en 2010-2011

	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	AQUITAINE
PREMIER DEGRÉ	312 (43 %)	651 (43 %)	295 (68 %)	395 (61 %)	388 (27 %)	2314 (38 %)
SECOND DEGRÉ		169 (19 %)	63 (19 %)	41 (17 %)		

Source : Inspections académiques- Exploitation : CREAHI d'Aquitaine - nd : données non disponibles

Note : le pourcentage indiqué entre parenthèses correspond à la part des élèves scolarisés dans une classe ordinaire bénéficiant de l'accompagnement d'un AVS/EVS individuel

L'Education nationale possède sa propre classification pour répertorier les différents troubles ou atteintes présentés par les élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire.

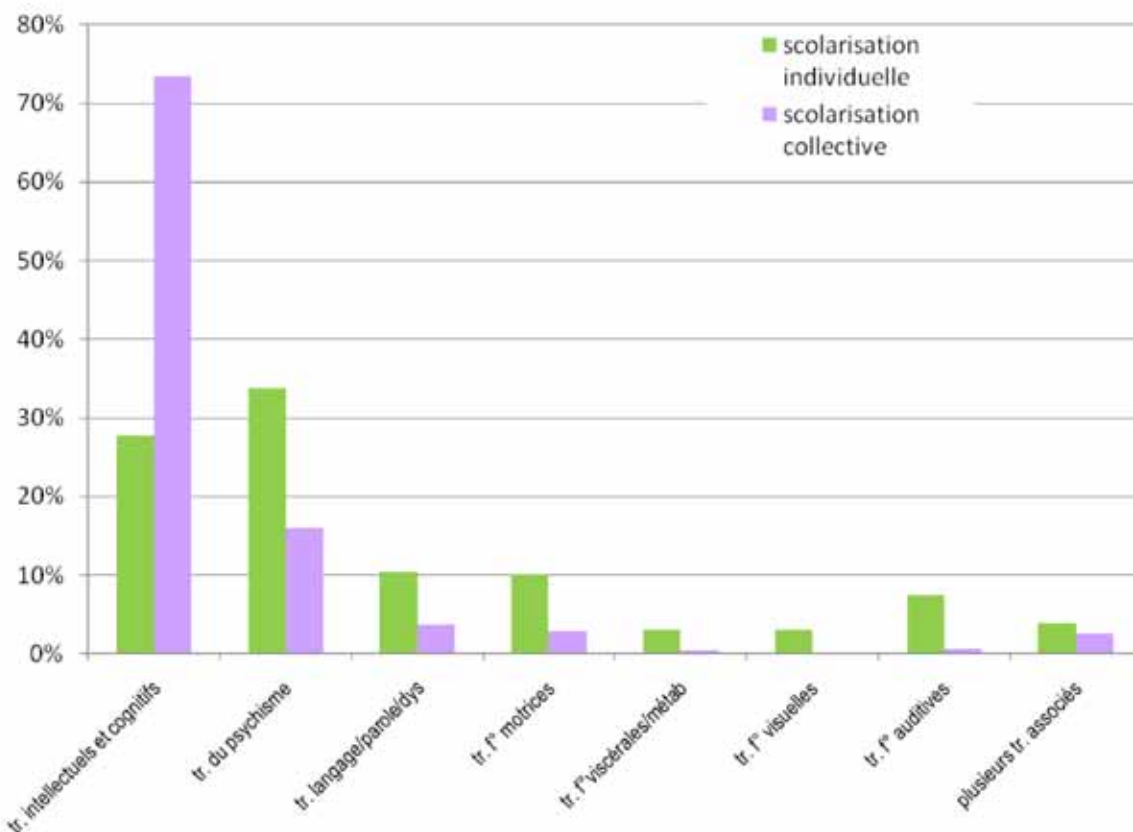
Les graphiques ci-après permettent de comparer en fonction du type de troubles présentés²⁸ :

- > le cadre de scolarisation, scolarisation individuelle ou collective (c'est-à-dire en CLIS ou en ULIS)
- > le niveau de scolarisation (1er degré ou 2d degré)

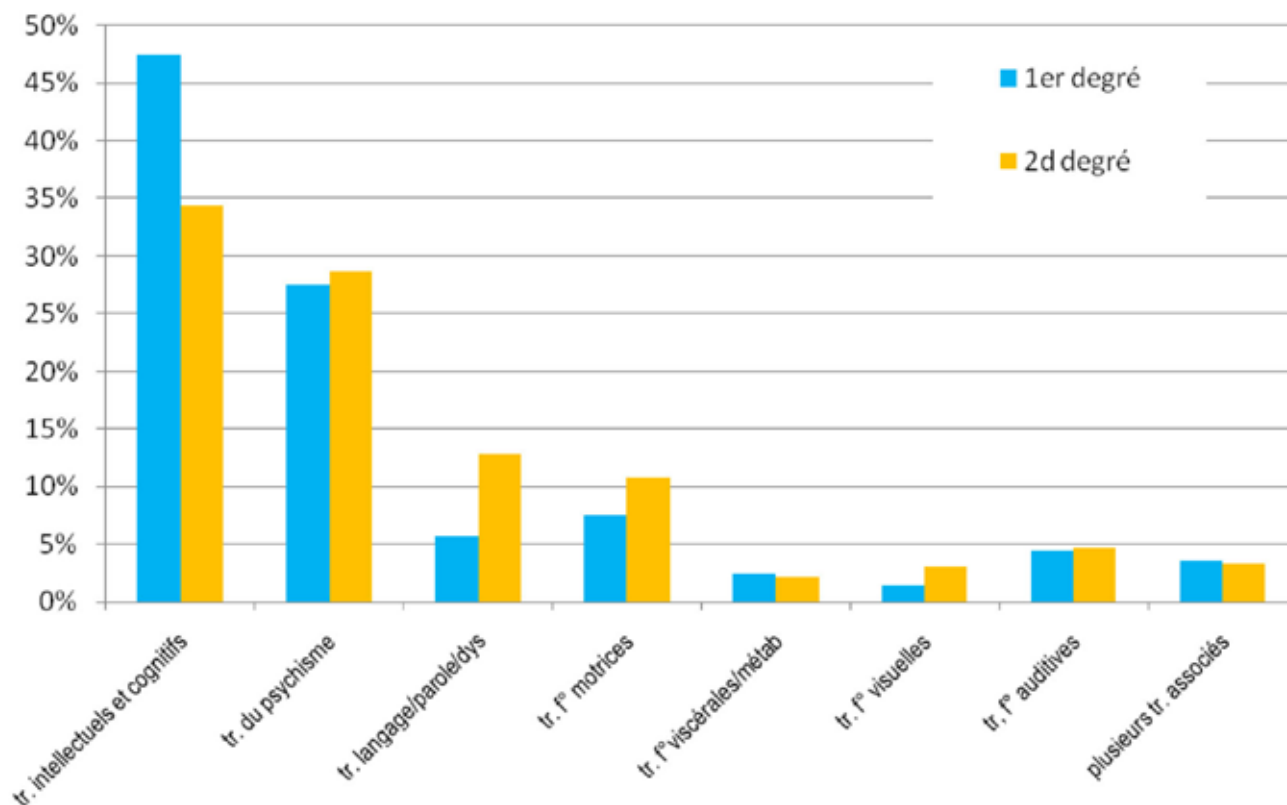
Les troubles des fonctions intellectuelles et cognitives (y compris autisme et TED) sont, de loin, les plus représentés. Ils concernent près de la moitié des élèves dans le primaire et le tiers dans le secondaire. Pour ces élèves, la scolarisation se fait très majoritairement en CLIS ou en ULIS.

Pour les autres types de troubles, la scolarisation, quand elle se déroule en milieu ordinaire, se fait toujours en priorité de façon individuelle (voire quasi-exclusivement pour les élèves avec une déficience visuelle, auditive, viscérale ou métabolique).

Cadre de la scolarisation en fonction du type de troubles présentés



Type de handicap présentés selon le niveau de scolarisation



Source : Inspections académiques – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

L'Education nationale et ses partenaires (MDPH, ASE, associations etc.) ont permis de compléter cet état des lieux en faisant part de leurs attentes et des difficultés constatées.

Une des attentes la plus fréquemment exprimée est de pouvoir, sur chaque territoire, disposer d'une palette de réponses complète : scolarisation individuelle ou collective en CLIS et ULIS (accompagnée si nécessaire par un SESSAD), unités d'enseignements médico-sociaux délocalisées dans le milieu ordinaire, prise en charge globale au sein d'un établissement. « Cette palette permet un réel accompagnement et leur conjugaison permet de s'inscrire dans une logique de parcours en opposition à une logique de filières ».

Le diagnostic qui peut être établi sur la question de la scolarisation est le suivant :

> Des limites liées au dispositif de scolarisation en milieu ordinaire

Quels que soient l'interlocuteur ou le niveau territorial, une insuffisance de l'offre en CLIS ou en ULIS a été déplorée malgré les efforts opérés ces dernières années en faveur des ULIS.

Outre ce manque exprimé de façon globale, la prise en compte insuffisante à travers ces dispositifs de certaines catégories d'élèves handicapés est jugée préoccupante. Il s'agit principalement des enfants atteints de TED, mais également d'enfants déficients sensoriels, d'enfants présentant des troubles du comportement, des troubles spécifiques des apprentissages (les « dys » déjà évoqués) ou encore d'enfants lourdement handicapés.

Certains partenaires font également part de difficultés à accéder à ces dispositifs de scolarisation. Sont évoquées ainsi des situations de jeunes d'IME, considérés comme « non prioritaires » pour une inscription à temps partiel en CLIS. Concernant également ces jeunes issus d'établissements médico-sociaux, notamment des ITEP, il est suggéré que leur inclusion scolaire ne soit pas portée par un seul collège (ce qui ne peut que créer des tensions et difficultés), mais qu'une répartition plus équilibrée sur plusieurs collèges puisse être construite.

> *Des moyens parfois insuffisants
en termes de ressources humaines*

L'importance de personnel assurant les accompagnements individualisés dans les écoles a été soulignée mais ces moyens méritent d'être renforcés. Le rôle des AVS en la matière est largement apprécié, qualifié de « considérable et indispensable ». Il semble donc nécessaire et urgent de pérenniser les emplois des AVS en reconnaissant leur fonction et, proposent certains, en mettant en place une formation diplômante à leur intention.

Qu'elle soit diplômante ou qualifiante, la formation des AVS a fait l'objet de nombreux commentaires. Ces derniers ne peuvent remplir efficacement leur mission que s'ils connaissent les particularités et les spécificités des pathologies des enfants qu'ils ont à accompagner. Une forte demande est exprimée pour l'autisme et les TED mais aussi pour les déficiences sensorielles, en particulier la surdité avec un apprentissage de la LSF²⁹.

Ces demandes de formation qui concernent les AVS sont également fréquemment formulées pour les enseignants.

> *Des services ambulatoires médico-sociaux
ou de soins pas assez nombreux*

Les services de l'Education nationale déplorent que la solution scolaire soit souvent la seule réponse mise en œuvre, notamment pour les jeunes qui présentent d'importants troubles du comportement ; or, cette réponse exclusive leur semble insuffisante.

Les associations de parents expriment aussi de nombreuses attentes sur l'accueil en milieu scolaire à poursuivre/améliorer et à ne pas laisser à la seule détermination des familles.

Les manques concernent en priorité :

- Les SESSAD qui ne sont pas toujours suffisamment d velopp s³⁰, soit dans leur couplage avec les CLIS et les ULIS (notamment en Gironde, en Navarre-Côte basque et dans le Béarn), soit pour certains publics, comme les jeunes avec autisme ou TED³¹ ou encore pour des

jeunes en difficulté d'apprentissage (« dys ») qui ne sont pas dans la déficience intellectuelle. L'intervention des SESSAD au sein même des établissements scolaires est, par ailleurs, jugée indispensable.

- Les services de soins relevant de la pédopsychiatrie avec lesquels les partenariats doivent être renforcés, notamment des CATTP. L  encore, ces attentes concernent les enfants autistes, mais aussi souffrant d'autres troubles psychiques et en risque de déscolarisation.

Par ailleurs, pour les jeunes adultes handicapés psychiques poursuivant leurs études, les moyens d'accompagnement sont quasiment inexistants. La mise en place d'un SAMSAH spécifique associé à une offre de logement adapté serait nécessaire pour permettre à ces étudiants de mener à bien leur projet.

> *La scolarisation par défaut en milieu ordinaire
d'enfants en attente de places dans le médico-social*

Les difficultés de l'Education nationale de maintenir en scolarisation ordinaire des enfants pour lesquels une orientation vers un établissement médico-social a été prononcée, mais qui sont en attente, sont largement évoquées. Ces situations peuvent perdurer, laissant les enfants en souffrance avec des troubles du comportement importants. Les listes d'attente de certaines catégories d'établissements s'allongent en particulier pour les IME et les ITEP³², les enseignants et les parents s'inquiètent.

Les délais pour intégrer un établissement peuvent être importants, parfois supérieurs à un an. Ces difficultés sont amplifiées pour certaines catégories d'enfants, comme les élèves autistes, pour lesquels il n'y a pas de maintien possible en milieu ordinaire au-delà du primaire (comme par exemple dans les Landes) ou encore des enfants avec des handicaps moteurs lourds dans les départements qui n'offrent aucune réponse institutionnelle (Dordogne ou Landes). Pour ces enfants, des orientations par défaut sont souvent refusées par les familles: incompatibilité des projets proposés (rythmes, contenus, distances...) avec les besoins effectifs.

Parfois des orientations sont faites en SEGPA, en ULIS, en CLIS sans qu'il s'agisse de réponses adaptées aux problèmes des jeunes concernés. Parfois aussi, les ULIS sont amenées à accueillir des jeunes qui y aboutissent, faute d'une offre adaptée en SEGPA. Ces scolarisations inadéquates créent des problèmes de cohabitation entre jeunes ayant des profils très différents et accentuent encore le manque de places pour ceux qui en relèvent vraiment.

29. Toutefois, à ce propos, le CAL (centre de l'audition et du langage à Mérignac) indique qu'en Gironde les équipes techniques de la MDPH n'accordent pas d'AVS par rapport à la surdité, l'expérience ayant montré que ce dispositif ne faisait que retarder une prise en charge spécialisée, ce qui est dommageable (l'AVS ne peut différencier si l'origine d'une difficulté est liée à l'audition imparfaite ou à un manque de connaissances, une mauvaise compréhension etc.). Les SESSAD surdité qui interviennent durant le temps scolaire avec des compétences bien spécifiques sont plus appropriés (codeur LPC, interprète LSF, éducateurs, r educateurs et enseignants qui aident l'enfant dans son apprentissage et son intégration à l' cole).

30. Il est demandé par l'Education nationale, les MDPH et l'ASE que leur création ne vienne pas supprimer des places en établissements car ces réponses correspondent à des besoins de nature différente qui doivent aussi être pris en compte

31. L'inspection académique de la Gironde a recensé 445 jeunes avec ces troubles scolarisés en milieu ordinaire.

32. Les SESSAD, dont on vient d'évoquer l'insuffisance, sont aussi concernés.

A.3 - L'emploi et la formation professionnelle des adultes handicapés en milieu ordinaire

Les travailleurs handicapés dans le secteur privé³³

En Aquitaine, en 2008, 10 300 personnes handicapées étaient employées dans les 4 340 entreprises soumises à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés³⁴ (cet effectif de salariés en situation de handicap est en évolution de 30 % par rapport à 2006).

Ces salariés sont en majorité des hommes (63 %) mais la part des femmes augmente. Les plus de 50 ans représentent 36 % des effectifs, contre 40 % au niveau national. Près de 22 % sont employés à temps partiel. Les CDI concernent 93 % des salariés.

Les bénéficiaires de cette obligation d'emploi sont pour 71 % des personnes reconnues handicapées par les CDAPH et pour 21 % des personnes victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (selon les départements cette répartition peut varier significativement, le taux de personnes bénéficiant d'une RQTH allant de 64 % en Gironde à 76 % dans les Pyrénées-Atlantiques).

Caractéristiques des bénéficiaires de l'obligation d'emploi en 2008

	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	AQUITAINE	FRANCE	ENSEMBLE SALARIÉS DES ÉTAB. SOUMIS À L'OETH ³⁵
Sexe								
Hommes	68,6 %	62,2 %	65,1 %	61,4 %	66,8 %	63,1 %	64,0 %	59,0 %
Femmes	33,2 %	37,8 %	34,9 %	38,6 %	33,2 %	36,9 %	36,0 %	41,0 %
Age								
<25 ans	1,9 %	1,7 %	1,2 %	1,4 %	1,9 %	1,6 %	2,0 %	8 %
+ de 50 ans	35,9 %	38,1 %	34,4 %	33,2 %	35,9 %	36,4 %	41,0 %	23 %
Type contrat								
Tps partiel	17,9 %	22,1 %	15,0 %	21,3 %	17,9 %	21,7 %	19,0 %	12 %
CDI	90,4 %	95,2 %	88,3 %	91,1 %	90,4 %	92,9 %	94,0 %	89 %
Statut								
RQTH	75,2 %	63,5 %	75,5 %	73,9 %	76,3 %	70,5 %	68,0 %	
AT-MP	20,5 %	25,7 %	21,6 %	21,0 %	13,2 %	21,1 %	22,0 %	

Source : DRTREFP- DOETH 2008

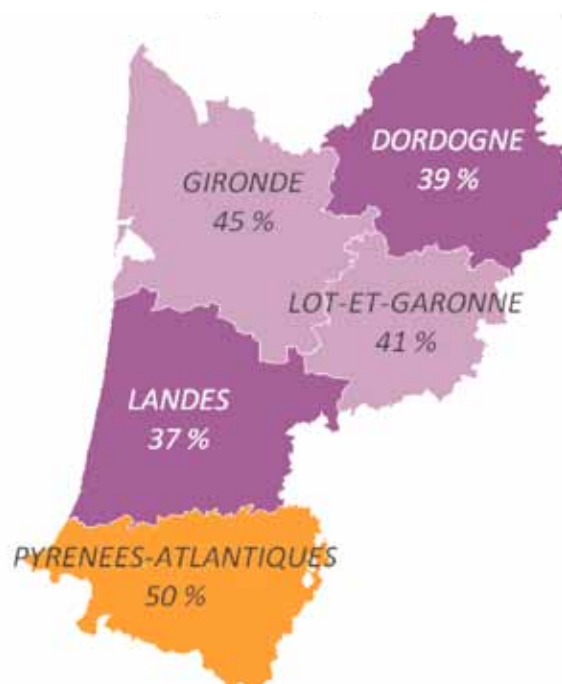
Certaines entreprises, n'employant pas de travailleurs handicapés ou pas le quota exigé par la loi, ont contribué à l'AGEFIPH en 2008 pour un total de 17,1 millions d'euros (ce qui représente 2,9 % de la collecte nationale). En outre 22 % des entreprises ont recours à la sous-traitance.

L'investissement des entreprises du secteur privé concernées par l'obligation d'emploi des personnes handicapées s'est un peu renforcé au cours des deux dernières années, la part des entreprises dites « quotas 0 % » (c'est-à-dire n'employant aucun salarié handicapé) s'élevant en 2008 à 44 % en Aquitaine contre 48 % au niveau national.

33. Source : L'emploi des travailleurs handicapés en 2008 en Aquitaine, Direccte Aquitaine, janvier 2010

34. Loi du 10 juillet 1987 : elle concerne les entreprises de 20 salariées et plus du secteur privé qui doivent employer des travailleurs handicapés à hauteur de 6 % de leurs effectifs. Les entreprises, pour se soumettre à la Loi, peuvent aussi passer des contrats de sous-traitance avec le secteur protégé ou verser une contribution à l'AGEFIPH.

Part des entreprises ne réalisant aucune action en faveur de l'emploi des personnes handicapées



Source : AGEFIPH Aquitaine rapport annuel 2008

Les travailleurs handicapés dans la fonction publique

En 2008, en Aquitaine, 5 255 personnes handicapées étaient employées dans la fonction publique, ce qui représente 4,6 % des effectifs. Ce taux d'emploi est en hausse dans la région (2006 : 4,2 %, 2007 : 4,4 %) et est supérieur à la moyenne nationale : 4,4 %.

Selon le département et la catégorie de fonction publique, le taux d'emploi varie assez sensiblement.

Taux d'emploi de travailleurs handicapés selon le département

DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATL.
3,7 %	4,7 %	5,4 %	4,0 %	5,2 %

Source : rapport activité Aquitaine 2009 du FIPHFP – exploitation CREAHI d'Aquitaine

Taux d'emploi de travailleurs handicapés selon le département

FONCTION PUBLIQUE D'ETAT	FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE	FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
2,8 %	4,5 %	4,8 %

Source : rapport activité Aquitaine 2009 du FIPHFP – exploitation CREAHI d'Aquitaine

Pour atteindre le taux d'obligation légale de 6 %, la fonction publique en Aquitaine devrait recruter 1 840 personnes supplémentaires (155 pour la fonction publique d'Etat, 575 pour la fonction publique hospitalière, 1 110 pour la fonction publique territoriale).

En termes de caractéristiques individuelles, on note que le ratio hommes/femmes (51 % / 49 %) de ces travailleurs est nettement plus équilibré que dans le secteur privé.

Par contre la structure par âge des travailleurs de ces 2 secteurs est plus proche. On compte dans la fonction publique 1 % de moins de 25 ans et 80 % de 40 ans et plus.

Par ailleurs, parmi les situations ouvrant droit au bénéfice de cette obligation d'emploi, on compte 39 % de personnes ayant une RQTH, 26 % d'agents reclassés et 14 % d'agents en invalidité temporaire.

Les demandeurs d'emploi

Fin juin 2009 en Aquitaine, 13 450 personnes handicapées étaient à la recherche d'un emploi³⁶. Cette population représente 10 % de l'effectif total des demandeurs d'emploi en Aquitaine contre 7 % au niveau national.

Le nombre des demandeurs d'emploi handicapés a progressé de 11 % par rapport à fin juin 2008; cette hausse est plus importante dans notre région que celle qu'on peut observer au niveau national (9 %), mais moins marquée que pour l'ensemble des demandeurs d'emploi (18 %). Selon le département, cette évolution est aussi très contrastée : forte hausse dans les Landes et en Dordogne (supérieure à 15 %), plus modérée en Lot-et-Garonne (7 %).

Globalement, 15 700 personnes handicapées travaillent en milieu ordinaire (1 tiers dans le public, 2 tiers dans le privé) en tant que bénéficiaires de l'obligation d'emploi. Ces données ne prennent pas en compte les travailleurs handicapés employés dans des entreprises de moins de 20 salariés (pour lesquels des données statistiques n'ont pas pu être obtenues).

Parallèlement, 13 000 travailleurs handicapés recherchent un emploi en Aquitaine. Le département des Landes est le seul de la région où l'effectif des demandeurs d'emploi handicapés est inférieur à celui des personnes handicapées ayant un emploi dans le secteur privé.

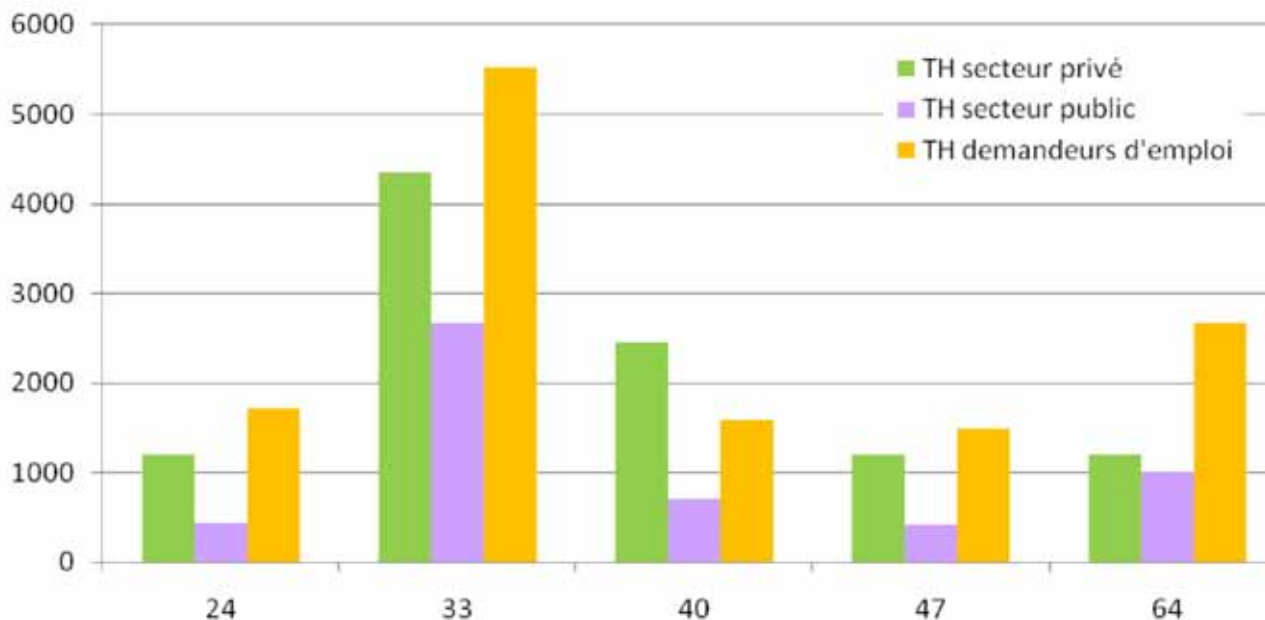
Demandeurs d'emploi – évolution juin 2008/ juin 2009

	24	33	40	47	64	AQUITAINE	FRANCE
DEFM TOUS PUBLICS	16 201	63 078	14 714	13 683	25 930	133 606	3 015 788
EVOL 2008-2009	21,6 %	16,6 %	21,0 %	15, %	19,7 %	18,2 %	21,9 %
DEFM HANDICAPÉS	1 846	5 695	1 637	1 477	2 790	13 445	214 433
EVOL 2008-2009	15,5 %	9,3 %	17,8 %	7,4 %	10,4 %	11,1 %	8,8 %
PART DEFM HANDICAPÉS	11,4 %	9,0 %	11,1 %	10,8 %	10,8 %	10,1 %	7,1 %

Source : AGEFIPH – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

36. Dans la catégorie DEFM – demandeurs d'emploi en fin de mois - ensemble des personnes immédiatement disponibles pour travailler quels que soient la durée et le temps de travail recherchés

Effectifs des travailleurs handicapés en milieu ordinaire et des demandeurs d'emploi



Sources : AGEFIPH-FIPHP – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Outre ces données quantitatives, des contributions des organismes et associations impliqués dans la formation, l'insertion et l'accompagnement dans l'emploi des personnes handicapées ont permis de repérer certaines difficultés ou limites et de faire des propositions ou des suggestions.

La Direccte a produit un diagnostic régional sans déclinaison territoriale. Les réunions territoriales ont montré que parfois, localement, certains de ces constats devaient être modulés, ne s'exprimant pas partout avec la même acuité.

Ces constats sont les suivants :

- > Les établissements médico-sociaux n'utilisent pas suffisamment les formations de droit commun, l'apprentissage ou le dispositif Etape³⁷ (ou méconnaissent les modalités d'accès à ces dispositifs)
- > Des « temps d'errance » sont constatés entre le moment où les jeunes quittent les établissements médico-sociaux et celui où ils entrent en contact avec un « prescripteur » tel que la mission locale, d'où le risque de perte de projet ou de rupture par rapport au parcours initié en IMPro. Dans la même logique, la demande de RQTH, nécessaire pour parvenir à une insertion

professionnelle, n'est pas toujours faite (ou faite avec beaucoup de retard)³⁸

- > Une vigilance est nécessaire autour des choix des formations dans lesquelles s'engagent les personnes handicapées, afin de ne pas se déconnecter des besoins du marché du travail avec le risque de les former à des métiers qui ne suscitent pas d'embauche.
- > Concernant les ESAT : la Direccte juge nécessaire d'apporter une attention particulière aux parcours des travailleurs pour favoriser les passages vers les entreprises adaptées ou vers le milieu ordinaire³⁹
- > Concernant les entreprises adaptées : la Direccte considère que leur développement est freiné par la stagnation des ressources en aide aux postes et que leur fonctionnement est de plus en plus proche du milieu ordinaire, avec donc un risque pour le maintien réel des prestations d'accompagnement. En outre, la répartition territoriale de l'offre est inégale (offre importante dans le Lot-et-Garonne et très faible dans les Landes)⁴⁰.

37. Le dispositif Etape propose à un jeune en situation de handicap, souhaitant s'engager dans un contrat d'apprentissage, de disposer d'une expertise technique individualisée. Cette dernière lui permet d'envisager l'accès à une formation dans un CFA ou dans une section d'apprentissage dans les meilleures conditions possibles.

38. Constat également fait du côté des professionnels « en l'équipe technique de la MLDPH, nous constatons régulièrement que ces jeunes refusant le statut d'handicapé mais demandeurs d'aide se retrouvent en errance et en décalage avec la réalité du monde professionnel ordinaire ».

39. Selon l'enquête ES 2006, cette année-là, en Aquitaine, 20 travailleurs handicapés ont quitté leur ESAT pour intégrer un emploi en milieu ordinaire (sur 5300 travailleurs d'ESAT, soit 0,4 %)

40. Effectif total des travailleurs handicapés employés au 31/12/2008 dans une entreprise adaptée en Aquitaine : 846, répartis ainsi Dordogne : 99, Gironde : 372, Landes : 60, Lot-et-Garonne : 223, Pyrénées-Atlantiques : 92

De leur côté, les associations, gestionnaires ou non, ont formulé des propositions d'amélioration du dispositif d'insertion et d'accompagnement des travailleurs handicapés :

> Nécessité d'adapter l'offre de formation et d'accompagnement en fonction du type de handicap

- pour les personnes handicapées psychiques, prise en compte de leurs besoins spécifiques avec la création dans chaque territoire d'un service d'insertion professionnelle spécialisé
- pour les jeunes issus des ITEP, la même problématique se pose, un projet d'un service d'insertion professionnelle spécifiquement conçu à leur intention est signalé sur Mont-de-Marsan par exemple
- pour les personnes autistes ou avec des TED, le constat est fait que la question de leur activité professionnelle est peu voire pas prise en compte dans les établissements médico-sociaux, peu d'intégration en ESAT (contraints à une exigence plus forte de rentabilité et n'ayant pas de moniteurs d'atelier formés à ce public) et qu'en outre, en amont, il n'y a pas non plus d'éducateurs techniques en IMPro aptes à encadrer ces jeunes. Il semble donc nécessaire que les établissements accueillant des adolescents et des jeunes adultes autistes travaillent en réseau avec des ESAT pour les y intégrer à temps partiel, de façon progressive. De la même manière, pour ces jeunes, un développement de la scolarisation en milieu ordinaire peut constituer un tremplin vers une insertion professionnelle de droit commun. Cette nécessité de pouvoir bien valoriser les compétences de jeunes autistes doit s'appuyer notamment sur des évaluations faites par des professionnels bien en amont (attentes du côté du CRA pour remplir cette mission).

D'autres limites ont également été pointées au niveau de l'offre de formation :

- une palette de choix trop réduite en établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA)⁴¹
- un maillage territorial déséquilibré (comme par exemple dans les Landes : les CFA et le réseau d'employeurs pour des projets d'alternance sont concentrés sur Mont-de-Marsan) ou insuffisant (Lot-et-Garonne)
- des publics pas suffisamment pris en compte comme les déficients visuels (qui, outre le manque de formations adaptées, ne sont que rarement bénéficiaires d'aménagement de leur poste de travail et ne sont que très peu concernés par des offres dans le cadre de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés).

41. Les formations dispensées dans ces établissements régionaux d'enseignement adapté (dont la mission est de prendre en charge des adolescents en grande difficulté scolaire et sociale, ou présentant un handicap) permettent d'acquérir une qualification au moins de niveau V.

> Coordination des acteurs et organisation des parcours

L'attention à porter au partenariat a également été jugée essentielle. Ces partenariats doivent s'organiser au niveau territorial et associer des acteurs de tous les domaines : médico-social, Education nationale, Protection de l'enfance, Pôle emploi, mission locale pour construire des réponses pour les jeunes de 16 à 25 ans permettant d'éviter « la rupture des parcours aux sorties des prises en charges institutionnelles ». Cette notion de parcours, évoquée par la Direccte, est donc également au cœur des préoccupations des professionnels. Toutes les étapes, depuis la formation adaptée jusqu'à l'entrée dans l'emploi, qu'il soit en milieu ordinaire ou en milieu adapté (avec un accompagnement dans la durée), doivent pouvoir être assurées avec des moyens spécifiques. Parmi les dispositifs à développer dans cet objectif, sont notamment cités :

- Des SESSAD pour les 16-25 ans axés sur la pré-formation, la formation et l'accompagnement dans l'emploi
- Des SAT hors les murs qui constituent une passerelle vers le milieu professionnel ordinaire. Il semble nécessaire de donner une impulsion à ce type de formule innovante en sensibilisant les professionnels du milieu protégé à l'intérêt de bâtir de tels projets pour certains de leurs usagers.

> Renforcement de la place des centres de rééducation professionnelle

La question de la formation, notamment au travers du rôle des centres de rééducation professionnelle, a fait l'objet de plusieurs commentaires. Ces dispositifs ont un rôle important à jouer dans la reconversion et l'accompagnement dans la construction d'un nouveau projet professionnel de personnes qui ont été victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (qui sont bien représentées parmi cette population de travailleurs handicapés).

La prestation « préorientation » essentielle pour réussir une reconversion professionnelle n'est pas proposée dans tous les CRP (elle existe uniquement à Bordeaux, Pau ou Salignac en Dordogne), ce qui est considéré comme préjudiciable pour les habitants des autres territoires (Côte basque, Landes et Lot-Garonne).

Par ailleurs, les CRP devraient élargir leur palette de formations à l'intention de personnes présentant certains types de difficultés, comme le handicap psychique ou encore ayant un faible niveau d'études.

> Amélioration des pratiques professionnelles d'accompagnement en milieu ordinaire

Quelques propositions ont, par ailleurs, été faites en vue d'améliorer les pratiques des opérateurs de l'insertion :

- assurer un accompagnement physique des travailleurs handicapés auprès des recruteurs
- renforcer la prospection en milieu ordinaire en améliorant la connaissance des entreprises autour de ce qu'est le handicap
- former davantage de professionnels de ce secteur à la LSF et au LPC, voire former une ou plusieurs personnes sourdes pour qu'elles puissent elles-mêmes accompagner des demandeurs d'emploi sourds
- penser à une remise à niveau systématique des travailleurs handicapés éloignés de l'emploi depuis trop longtemps pour les rendre plus compétitifs sur le marché du travail

A.4 - La vie à domicile

La vie à domicile et sa poursuite, même en situation de handicap ou de montée de la dépendance, nécessite un développement et une évolution de l'offre existante. Les usagers présents lors des réunions territoriales ont tenu à rappeler leur attachement au libre choix du mode de vie.

Les personnes handicapées

> Amélioration de l'offre en termes de maillage, de prise en compte des diversités des publics et de qualité des prestations

L'amélioration du maillage du territoire et l'augmentation des capacités d'accueil en SAVS, SAMSAH et SSIAD⁴² sont considérées comme une priorité en de nombreux territoires de la région.

Outre une offre perfectible sur le plan quantitatif et sur le plan de l'accessibilité géographique, des spécialisations de service sont attendues pour les SAMSAH, notamment pour personnes handicapées psychiques, présentant des TED ou encore cérébro-lésées, même si des réflexions ont également été conduites sur la polyvalence des services dans un souci de maillage territorial optimal.

Pour d'autres publics, l'offre de soutien à domicile pourrait être aussi améliorée, sans qu'ait été précisée la forme qu'elle pourrait prendre. Diverses problématiques sont

ainsi évoquées : les personnes en attente d'une place en établissement médico-social (ou internes dans une structure mais rentrant dans leur famille le week-end), des personnes déficientes visuelles isolées et ne pouvant plus gérer leur quotidien ou encore des personnes sortant de CHRS, très désocialisées et démunies...

Pour les personnes handicapées psychiques, des propositions plus construites sont formulées tenant compte des difficultés d'accès de ces publics aux logements sociaux. Le modèle des « résidences accueil » est ainsi pris en exemple : petites résidences intégrées à la cité avec un hôte et dont les résidents peuvent bénéficier d'un suivi par SAVS ou un SAMSAH.

En outre, pour ces personnes vivant hors institution, il est indispensable qu'un service psychiatrique puisse intervenir rapidement à domicile en cas de crise et assurer si nécessaire le transport à l'hôpital, et ce 24H/24.

Les sorties d'hôpitaux psychiatriques sont aussi évoquées avec la nécessité qu'une équipe mobile de réinsertion / réadaptation puisse travailler en amont ce retour à domicile en s'appuyant sur des appartements thérapeutiques pour une période transitoire.

Un certain nombre d'attentes concernent, par ailleurs, la nature des prestations et l'organisation des interventions :

- un élargissement des plages horaires d'intervention des SSIAD/SAMSAH (ex : en soirée pour des couchers plus tardifs), mais il se heurte au manque d'effectifs
- un renforcement du volet social dans les SAMSAH : accompagnement sur l'hygiène personnelle, entretien de l'habitat, activités de socialisation...
- la possibilité qu'un SSIAD puisse intervenir hors de sa zone fixée dans son autorisation, dès lors qu'il dispose transitoirement de places vacantes et qu'une personne attend une prise en charge à proximité
- une amélioration de la coordination entre SAD et intervenants sanitaires et médico-sociaux (avec des difficultés pouvant être liées à la non-communication d'informations à caractère médical).

> L'aide aux aidants naturels

La question de l'aide aux aidants tient une large place dans la réflexion autour de la vie à domicile des personnes handicapées.

Les proches, la famille se sentent souvent seuls face aux difficultés, beaucoup sont en situation d'épuisement. Parmi les attentes et les suggestions, peuvent être signalées :

42. Localement, il semblerait que les demandes de prise en charge en HAD ne puissent pas toutes être honorées. Toutefois, les services concernés disent pouvoir intervenir sur les zones en question. Il faudrait donc pouvoir évaluer plus précisément ces besoins.

- des solutions de répit pérennes, ne reposant pas que sur le bénévolat, sont à développer, dont l'accueil temporaire.
- des conseils pour faire des choix face à une enveloppe budgétaire limitée (aides techniques, aides humaines...)
- des groupes de parole pour rompre l'isolement, des rencontres conviviales, des formations et débats, une écoute par des psychologues
- la mise en place d'une plate-forme de ressources pour les aidants constituée de professionnels formés aux pathologies spécifiques (ex : TED) pour faire face à l'épuisement des familles

> L'accessibilité financière

Enfin, la question de l'accessibilité financière paraît également cruciale dans la mise en œuvre de ce maintien à domicile :

- la PCH est parfois insuffisante pour l'aménagement du domicile et le financement des aides humaines
- les places « handicapés » de SSIAD sont souvent moins dotées que celles pour les personnes âgées, avec des coûts infirmiers parfois très élevés.
- l'accueil de jour se heurte à des problèmes de transport, coûteux et difficile à mettre en œuvre en secteur rural

Personnes âgées

Les statistiques mettent en évidence une très forte proportion de personnes âgées vivant à leur domicile ordinaire, y compris dans les tranches d'âge les plus avancées.

Les réunions territoriales ont été l'occasion pour les usagers de réaffirmer la nécessité du maintien à domicile accompagné, comme expression du libre choix de la personne âgée. Il apparaît que ce mode de vie est généralement toujours souhaité par la personne elle-même, bien que son avancée en âge et que l'alourdissement de sa dépendance et de ses pathologies interpellent parfois sur les conditions de ce maintien à domicile.

Ce thème a été abordé autour de trois axes :

- l'aide aux aidants ;
- les dispositifs de prise en charge, qu'ils soient ou non médicalisés ;
- la prise en charge sanitaire à domicile, l'accès à la prévention et aux soins.

> L'aide aux aidants

D'une manière générale, la faiblesse de l'information dont dispose les familles sur les dispositifs de maintien à domicile existants prédomine, qu'elle tiennent à la complexité des textes ou encore à l'accessibilité à l'information (CLIC pas présents partout, et, lorsqu'ils existent, pas toujours identifiés par les familles et les professionnels).

Ce constat apparaît encore plus net en zone rurale, où l'accès aux services est moins évident en lien avec la problématique des transports (insuffisance, coût), qui se pose avec davantage d'acuité. Cette difficulté supplémentaire d'accès aux services rend l'offre de répit (accueil de jour, hébergement temporaire) bien souvent théorique.

L'attention à porter aux aidants familiaux est donc, comme pour les personnes handicapées, largement abordée. Les aidants, parfois âgés, sont trop souvent au bord de l'épuisement. Ils pourraient être davantage soutenus dans leur démarche par des professionnels (médecin, travailleur social), formés à l'accompagnement (psychologique, information).

Au-delà de ces aspects généraux traduisant la difficulté dans laquelle évoluent les familles pour disposer des informations permettant d'exercer un libre choix, des préoccupations plus précises ont été exprimées :

- La condition d'une aide aux aidants tient à l'**existence et à la qualité du diagnostic médical** : une situation dans laquelle le diagnostic médical n'est pas posé avec certitude fragilise la famille et évolue défavorablement (multiplication des situations d'urgence, hospitalisations itératives, incompréhension de la famille consécutive à des troubles du comportement, avec risques accrus de maltraitance etc...)
- Les **difficultés de recrutement de personnels** formés dans les services d'aide à domicile contribueraient à la fragilisation du maintien à domicile, en ne permettant pas d'évoluer dans un cadre suffisamment professionnalisé et adapté
- Le **financement des structures de répit** (accueil de jour, hébergement temporaire) est également pointé (avec le financement du transport⁴³ pour l'accueil de jour) comme un frein à l'aide aux aidants, même si l'APA peut financer ces modes de prise en charge
- La nécessité de **préparer ces accueils de jour ou temporaires** à travers une bonne évaluation de la personne, grâce une visite de professionnels à domicile pour mieux connaître ses conditions de vie

43. Il est souhaité qu'en zone rurale les accueils de jour soient de petite taille (2, 3 places) pour éviter de longs et coûteux transports

- La mise en place des groupes de parole / rencontres entre les familles par l'organisation de journées de formation pour les aidants familiaux. L'EHPAD local pourrait jouer le rôle d'animation pour l'aide aux aidants de son secteur, et faire partager ses compétences.

> *Les dispositifs de prise en charge à domicile des personnes âgées*

Les constats communs renvoient à plusieurs réalités :

- **Multitude et éparpillement des intervenants**⁴⁴ qui se méconnaissent trop souvent, méconnaissance qui génère des difficultés en termes de coordination et de continuité des prises en charge, voire des phénomènes de déresponsabilisation préjudiciables aux personnes âgées (on note aussi une méconnaissance de ces dispositifs par les médecins libéraux)
- **Glissement de tâches des IDE vers les aides-soignants** voire vers les auxiliaires de vie : le SAD, qui est la première porte d'entrée dans la prise en charge à domicile, intervient généralement au-delà de son champ de compétence, induisant un financement « indu » par l'APA notamment des toilettes⁴⁵ ;
- **Faiblesse du nombre de services polyvalents à domicile**, qui apporteraient une graduation des prestations en fonction du niveau de dépendance et de soins, sans modification d'interlocuteur pour la famille et la personne âgée ;
- **Manque de places en SSIAD sur certains territoires** (renvoi à l'approche territoriale dans l'accessibilité aux dispositifs).

Parmi les prestations à développer par ces services, et compte tenu du public qui devient plus âgé et plus dépendant, il conviendrait de renforcer l'accompagnement et le suivi individualisé à domicile :

- en augmentant le nombre de passages par jour pour assurer l'aide aux repas, les soins, l'hygiène, la sécurité et le confort des personnes
- en élargissant l'amplitude horaire (soirée, week-end et jours fériés, nuit)
- en prenant en compte l'accompagnement social (en plus du soin)

44. Cette multitude contribue aussi à rendre le dispositif de prise en charge à domicile brouillé, peu visible pour les familles cf. aide aux aidants

45. L'équipe médico-sociale du Conseil Général traite, à l'occasion de la visite à domicile, les aspects relevant de son champ de compétence (dépendance et élaboration du plan d'aide ; adaptation du logement le cas échéant), alors que les questions autour du diagnostic médical et du projet thérapeutique ne sont pas réellement-évoquées.

- en faisant un travail sur l'autonomie dans le logement avec un psycho-gérontologue⁴⁶
- en ayant la capacité de répondre aux crises aiguës à domicile (liées à la subite dégradation de l'état de santé de la personne âgée ou à l'épuisement des aidants)
- en ayant une vigilance particulière pour certains publics vulnérables (par exemple, pour les personnes protégées, s'assurer que les mandataires judiciaires jouent bien leur rôle et soient disponibles).

La **coordination des différents intervenants** est également un point essentiel dans la mise en œuvre du maintien à domicile. Ainsi, sur la question des sorties d'hôpital, pour optimiser les soins et éviter une nouvelle hospitalisation, les SSIAD devraient travailler de façon plus rapprochée avec l'hôpital et en collaboration avec les structures d'HAD. Selon les territoires, ce sont parfois les CLIC ou les réseaux gérontologiques qui font ce travail de lien; parfois rien n'est prévu et cela manque ; certains suggèrent que le SSIAD soit alors doté de moyens pour effectuer ce service avec des places réservées à ces sortants d'hôpital.... Ils procéderaient à une évaluation de la personne afin de définir un projet de vie incluant la dimension prévention/éducation thérapeutique.

La coordination entre SAD et SSIAD peut par ailleurs être favorisée par la création de SPASAD, ce qui permet d'assurer la cohérence des actions des interventions et évite aux aidants d'être confrontés à la multiplicité des interlocuteurs

En outre, pour les personnes âgées, de nombreuses inquiétudes ont été exprimées autour de la **suppression éventuelle de l'APA** pour les personnes évaluées en GIR 4, ce qui mettrait en péril de nombreuses situations à domicile.

> *La prise en charge sanitaire*

L'accès aux soins en milieu rural est évoqué sur la plupart des territoires (comme en Gironde, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques), en lien avec les problématiques de désertification médicale et paramédicale et de formation des médecins généralistes à la gériatrie.

L'accès à des soins dentaires, radiologiques et autres pour des personnes âgées éloignées des centres urbains ou isolées à domicile n'est pas correctement assuré.

46. Concernant l'aménagement de l'habitat, il a été signalé, dans plusieurs départements, une difficulté d'accès à des services/personnels spécialisés pour réaliser une évaluation et le coût élevé de cette évaluation. Il semblerait que les services du Pact-Arim (Protection, amélioration, conservation et transformation de l'habitat) soient à même d'assurer cette mission mais ne soient pas suffisamment connus des partenaires.

D'une manière générale, a été déplorée l'insuffisance de la politique de prévention en direction des personnes âgées vivant à domicile, pour des raisons liées à l'accessibilité ou à l'isolement. Dans le territoire de Béarn Soule, la nécessité pour les équipes de soins d'aller vers la personne âgée a été indiquée, le CHU réfléchissant quant à lui à une équipe mobile en gériatrie dédiée à la prise en charge à domicile, en appui des dispositifs existants.

Enfin, pour les personnes âgées vivant à domicile atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, un renforcement de la prise en charge sanitaire, notamment pour les situations les plus complexes, doit être recherché.

A.5 - Adaptation de l'accueil en institution

En ce qui concerne les jeunes handicapés, plusieurs propositions ont été formulées pour adapter les modes d'accueil en institution aux besoins recensés.

Ces propositions sont relatives :

> **Aux modalités d'accueil** : est souhaitée avant tout une diversification de ces modalités afin de disposer d'une palette de réponses plus complète pour faire évoluer les accompagnements avec souplesse :

- **Des places d'internat** pour lesquelles la demande reste forte et souvent ne peut être satisfaite à hauteur des besoins. Sont concernés les jeunes relevant d'ITEP, d'IMPro, de sections pour polyhandicapés sur certains territoires ou encore présentant des TED
- **Des places d'accueil temporaire**, notamment pour les jeunes polyhandicapés ou avec des TED afin d'offrir des temps de répit aux familles
- **Des formules d'accueil modulées**, « à la carte », comme par exemple l'hébergement modulé en ITEP (notamment en Dordogne) ou les accueils à temps partiel pour les jeunes ayant besoin de prises en charge multiples
- **Une offre en placement familial spécialisé** (voire en familles d'accueil thérapeutique, qui relèvent de la pédopsychiatrie) : cette offre pourrait bénéficier notamment à des enfants connus des services de l'ASE et qui ne peuvent bénéficier au sein des MECS ou avec des familles d'accueil non spécialisées d'un accompagnement adapté
- **Des plages d'ouverture des établissements** mieux adaptées aux activités professionnelles des parents, voire élargies aux week-ends et aux vacances pour assurer une continuité de service (et accorder du répit aux parents)

Notons par ailleurs que dans la mise en œuvre de cette diversification des modalités de prise en charge, il est souhaité que soit conservée une offre institutionnelle suffisante car l'accompagnement en SESSAD ne peut pas répondre à tous les besoins : « *Le manque de places en institution a un impact négatif sur la trajectoire des jeunes présentant des problématiques trop lourdes pour un suivi ambulatoire en milieu ordinaire et qui arriveront dans le secteur adultes avec des problématiques encore plus difficiles* ».

> **Aux autorisations** :

- **En termes d'âge** : les agréments ne semblent plus forcément en adéquation avec les besoins. La MDPH de Gironde constate une très forte pression sur les adolescents et une moindre demande pour les plus jeunes du fait du développement de la scolarisation en milieu ordinaire (ce constat n'est pas propre à la Gironde)⁴⁷. Ce basculement des besoins vers les plus âgés est observé notamment dans les IME/IMPro et un glissement de places d'IME vers les IMPro serait nécessaire pour travailler la question de la formation professionnelle
- **En terme de public** : l'attribution d'un double agrément «IME et ITEP» à certains établissements permettrait d'adapter l'accompagnement et pallierait une absence de places d'ITEP après 16 ans, qui a pour conséquence des orientations en IME pour des adolescents qui relèvent en réalité d'ITEP

En lien avec ces points, il est souligné que cette prise en compte insuffisante des adolescents et la trop grande spécialisation des établissements contribuent à créer des situations de jeunes rejetés par tous les dispositifs.

> **A des formules non traditionnelles** :

- **Des lieux d'accueil/séjours de rupture** qui offrent une prise en charge sur une durée limitée pour offrir un autre cadre à des jeunes qui mettent en difficulté les structures qui les accompagnent (ITEP, MECS, structures sanitaires)
- **Des lieux d'accueil parents / jeunes enfants** (moins de 6 ans) qui peuvent être fréquentés librement et anonymement

47. En Dordogne, il est également constaté des difficultés pour les établissements à accueillir des jeunes enfants (moins de 6 ans) compte tenu de la structure par âge de la population accueillie (majoritairement des enfants et des jeunes adultes) qui ne permet pas de constituer des groupes cohérents.

Pour les adultes handicapés, les points d'amélioration concernent :

> **le développement de l'accueil temporaire** en MAS, en FAM ou en foyer occupationnel, qui est considéré comme une alternative pertinente à l'hébergement permanent et permet d'offrir des temps de répit aux aidants familiaux. Une autre modalité également appréciée, et qui contribue à élargir la palette des choix pour ces personnes handicapées, est l'accueil de jour qui est demandé préférentiellement au sein des foyers occupationnels. Concernant ces accueils de jour, il est regretté que leur accès soit parfois limité en raison d'un financement insuffisant, des difficultés de transport et parfois pour les familles assurant les accompagnements par des horaires peu compatibles avec leurs contraintes professionnelles. D'une manière plus générale, est constaté l'écart important entre le fonctionnement des structures pour enfants et adolescents qui ont beaucoup diversifié leurs modalités d'accueil (même si des efforts restent encore à accomplir comme il vient d'être dit) et les structures pour adultes qui laissent encore une large place à l'internat traditionnel. Ces approches très différentes ne manquent pas de générer des problèmes au moment du passage d'un secteur à l'autre.

> **le développement des établissements à double agrément** est recommandé, toujours dans la perspective d'adapter aux mieux les réponses et pour faciliter les glissements en fonction des besoins. Sont cités, dans ce cadre, un foyer d'hébergement couplé avec un foyer occupationnel (qui pourrait ainsi recevoir les travailleurs handicapés qui seraient passés à temps partiel) ou encore un foyer occupationnel couplé avec un FAM (formule qui permet de prendre en compte les besoins de soins des résidents notamment dus à leur avancée en âge). Cette question du vieillissement des personnes handicapées, qui va être reprise au chapitre suivant, a également été abordée en termes d'aménagements des locaux nécessaires pour prendre en compte les limitations de la mobilité qui en découlent.

> **la prise en compte des travailleurs d'ESAT avec des passerelles vers le milieu ordinaire** : Pour les travailleurs d'ESAT, l'offre d'hébergement en foyer est parfois insuffisante (en particulier en Gironde et en zone rurale où sont implantés de nombreux ESAT), insuffisance qui empêche parfois l'orientation vers l'ESAT d'être mise en œuvre ou conduit à faire des orientations hors départe-

ment. Pour ces publics, des dispositifs intermédiaires entre l'hébergement en foyer et l'accompagnement par un SAVS seraient, par ailleurs, jugés utiles pour travailler sur l'autonomie.

Pour les personnes âgées, les attentes d'amélioration sont liées :

> **à la diversification des modalités d'accueil avec notamment l'hébergement temporaire** (comme pour les autres publics), prestation intéressante à divers titres (offrir un répit aux aidants mais aussi préparer/expérimenter la vie en institution ou répondre en urgence à un problème de maltraitance) mais aussi l'accueil de jour ou de nuit ou encore des petites unités de vie en milieu rural pour personnes en perte d'autonomie. Les familles d'accueil sont également une solution intéressante pour les patients ne s'adaptant pas ou ne souhaitant pas vivre en collectif (une modalité de prise en charge en réflexion dans certains départements, dont les Pyrénées-Atlantiques)

> **à la qualité de vie, des soins et des prestations hôtelière** qui doit s'appuyer :

- sur la création d'unités spécifiques au sein des EHPAD (PASA et UHR en faveur des malades Alzheimer) et sur une offre d'accompagnement de fin de vie
- sur la l'amélioration du bâti : soit parce qu'il est inadapté aux publics qui y sont accueillis (absence de lieu sécurisé, pas aménagé pour les personnes en risque d'errance ou en perte d'autonomie / mobilité réduite) soit parce qu'il y a des besoins de rénovation/humanisation
- sur des aides à l'investissement pour installer des équipements permettant d'améliorer l'accueil (salle snoezelen, logiciel soins, matériel de kinésithérapie ou encore groupe électrogène)
- sur les ressources humaines : point qui sera abordé plus loin

> **à l'accès aux établissements médico-sociaux** : sont évoquées ici l'accessibilité financière et géographique, la disponibilité de l'information sur l'offre et les places vacantes (absence de gestion départementale et unique des listes d'attente en EHPAD, les modalités d'admission (multiplication des dossiers d'admission)

B – En termes de réponses spécifiques

Enfants et adolescents handicapés

Les jeunes en difficultés extrêmes sans solution car exclus de toutes les structures

A tous les niveaux géographiques et quel que soit l'interlocuteur, des préoccupations fortes ont été exprimées autour de ce public⁴⁸.

Il s'agit d'adolescents et préadolescents cumulant des difficultés socio-familiales, des troubles psychologiques importants, exprimant parfois leur souffrance par des actes délictueux et en rupture avec une prise en charge « traditionnelle ».

Une des difficultés identifiées pour l'accompagnement des adolescents est la coordination insuffisante entre le secteur sanitaire, le secteur médico-social, l'ASE et éventuellement la justice.

Les MDPH ne trouvent pas de solutions adaptées à ces jeunes et constatent qu'il n'y a pas de « garant » des projets impliquant plusieurs secteurs (la MDPH ne pouvant orienter que vers le médico-social et les décisions CDAPH n'étant pas opposables au sanitaire).

La création d'une cellule ayant pour vocation d'étudier ces situations complexes avec une capacité de réajustement rapide des prises en charge si nécessaire paraît pertinente pour améliorer la coordination⁴⁹.

Outre cette réponse au niveau de l'évaluation de ces situations, l'offre à mettre en œuvre pour ces jeunes reste encore à imaginer. Le concept d'un dispositif alliant soins psychiatriques et accompagnement éducatif pour un séjour transitoire avec, si nécessaire, le retour vers une prise en charge dans un cadre plus classique, doit être creusé.

Les jeunes autistes ou avec des TED

Même si des progrès ont été accomplis, des réponses adaptées manquent pour couvrir tous les territoires, que cela soit en termes de dispositifs d'inclusion scolaire, d'accompagnement en milieu ordinaire avec les SESSAD ou d'accueil en petites unités spécialisées d'IME.

Les parents font le constat que les structures non spécifiques n'ont ni projet pédagogique, ni méthodes éducatives

adaptées, ni personnel formé à l'autisme. Ils déplorent que, faute de réponses adaptées, leurs enfants soient balottés entre une succession de prises en charge (école, hôpital de jour, suivi en libéral, IME, temps à la maison), ce qui implique des coûts de transports importants et une multitude d'interlocuteurs à gérer (situations souvent évoquées dans les Landes et le Lot-et-Garonne).

Le groupe de travail issu du CTRA a identifié plusieurs priorités :

- l'approche doit nécessairement être pluridisciplinaire, thérapeutique, éducative, pédagogique et ouverte sur l'extérieur. L'enfant est au cœur de la prise en charge.
- le projet proposé doit également offrir une palette d'accompagnement diversifiée pour notamment répondre au besoin de répit familial et de manière la plus adéquate aux difficultés spécifiques propres à chaque jeune : les formules à renforcer sont l'internat modulable, le semi-internat ou encore les familles d'accueil et thérapeutiques.
- l'intégration la plus large possible en milieu ordinaire doit aussi être recherchée avec les dispositifs collectifs de scolarisation en école primaire, en CLIS et au collège, en ULIS
- les méthodes de prise en charge dites comportementales (ABA, Teacch, Pecs) doivent être rendues accessibles.

Les jeunes avec plusieurs troubles associés

A de nombreuses reprises, les situations de jeunes présentant plusieurs types de handicaps ont été citées comme préoccupantes en particulier par les MDPH qui se heurtent à la trop grande spécialisation de l'offre existante. Il peut s'agir d'enfants souffrant de déficience intellectuelle et de troubles psychiques, ou encore de déficience motrice et de troubles du comportement. Compte tenu de ces difficultés d'orientation et d'absence d'offres adaptées, la prise en charge d'un de ces troubles se fait au dépend de l'autre.

Les jeunes avec des troubles cognitifs spécifiques / troubles spécifiques du langage

Ce public est encore mal identifié, ces troubles sont mal connus, le diagnostic n'est pas toujours fait et les réponses mobilisables très peu développées.

48. Il a parfois fait l'objet d'un essai de quantification comme par la MDPH de la Gironde, qui dénombre une cinquantaine de situations de ce type

49. Dans le Lot-et-Garonne, une commission des situations difficiles a été créée réunissant MDPH, Education nationale, PJJ, ASE, pédopsychiatrie et est reconnue comme une excellente réponse en termes d'analyse partagée et de coordination

Les jeunes en situation de grande précarité

Dans tous les départements, on observe de plus en plus de précarité, des familles confrontées à des grandes difficultés sociales qui constituent des freins à la prise en charge des enfants en situation de handicap : pas de moyens de déplacement, isolement géographique, situation financière très complexe, mères seules avec plusieurs enfants... Ces familles ne sont pas assez ou pas du tout accompagnées, ne connaissent pas leurs droits, n'entreprennent pas les démarches pour obtenir une prise en charge de leur enfant.

Adultes handicapés

Les personnes handicapées vieillissantes

C'est un des problèmes majeurs du secteur pour adultes handicapés. Les personnes qui y sont accueillies avancent en âge et l'accompagnement, qui leur était proposé jusqu'alors, ne correspond plus à leurs besoins.

Globalement en Aquitaine, lors de l'enquête ES 2006, on comptait environ un millier d'adultes handicapés de 55 ans et plus accompagnés dans le secteur médico-social (dont plus de 20 % des résidents des foyers occupationnels et de FAM)⁵⁰.

Deux types de profils se dégagent :

- les travailleurs d'ESAT partant à la retraite (ou n'ayant pas encore l'âge de la retraite, mais pour lesquels la poursuite d'une activité professionnelle n'est plus envisageable). La fin d'activité à l'ESAT entraîne la perte du logement quand la personne résidait en foyer d'hébergement. Pour autant, l'entrée dans une autre catégorie d'établissement s'avère difficile. Ainsi, si la MDPH prononce une orientation en foyer occupationnel pour une personne de 58 ou 59 ans, celle-ci n'aura jamais d'effectivité et une entrée en EHPAD n'est pas souhaitée par ces personnes encore jeunes et ayant encore une bonne vitalité
- les résidents de foyer occupationnel qui voient leur dépendance s'aggraver dans une structure pas nécessairement adaptée (que cela soit en termes de projet, d'aménagement des locaux, de ressources humaines) avec, en outre, une cohabitation parfois difficile avec les plus jeunes. Parmi ces personnes vieillissantes, celles présentant certains types de déficiences laissent les équipes encore plus démunies, comme les personnes handicapées psychiques ou souffrant de TED.

50. A noter, une étude de besoins concernant les publics handicapés âgés a été réalisée en juin 2010 par le Conseil général des Pyrénées-Atlantiques pour les établissements sous leur compétence ainsi qu'en Dordogne.

Les FAM et les MAS, s'ils ne sont pas confrontés de la même manière à ces difficultés, voient quand même leurs résidents avancer de plus en plus en âge, freinant l'admission d'adultes plus jeunes.

Plusieurs propositions déjà mises en œuvre dans la région sont à développer : créer des sections spécifiques dans les établissements pour mieux adapter les accompagnements en termes de projets de vie avec un personnel formé et plus nombreux (pour l'aide à apporter dans les actes de la vie quotidienne), médicaliser les foyers de vie pour prendre en compte les problèmes somatiques ou de dépendance, proposer des accompagnements spécifiques des retraités d'ESAT...

Les personnes handicapées psychiques

Une meilleure prise en compte des personnes handicapées avec l'amélioration des réponses destinées à ce public est très attendue.

Le premier constat, généralement partagé, est que l'offre actuelle est très insuffisante par rapport aux besoins. L'UNAFAM évalue le nombre de places manquantes à 1500 au niveau régional⁵¹, évaluation qui mériterait d'être affinée et validée par des investigations approfondies.

51. L'UNAFAM prend comme référence une prévalence des maladies psychiques (schizophrénie et troubles bipolaires graves) de 1 % (taux plancher puisque celui-ci ne concernerait que la schizophrénie selon l'OMS). Sur cette base, l'UNAFAM s'est appuyée sur des éléments regroupés par ses services au niveau national, connaissance des publics en fonction de leur trajectoire, palette de réponses possibles entre vie institutionnelle et vie à domicile, ratios d'équipement observés dans certaines régions...

Nombre de places à créer à pour les adultes souffrant de troubles psychiques

	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	AQUITAINE
MAS	50	100	50	50	100	350
FAM	50	100	25	50	100	325
SAMSAH	60	240	40	30	60	430
CENTRE D'ACTIVITÉ MÉDICO-PÉDAGOGIQUE	75	100	40	75	100	390
TOTAL	235	540	155	205	360	1495

Source : UNAFAM

D'autres dispositifs n'ont pas fait l'objet d'une estimation quantitative, mais ont été cités comme devant être développés : les GEM, les maisons-relais (notamment dans leur variante spécifique pour personnes handicapées psychiques, les « résidences accueils ») ou d'autres formes d'habitat en milieu ordinaire. Il est aussi recommandé de s'inspirer d'expériences ayant fait leurs preuves à l'étranger⁵².

Faute de réponses spécifiques, les personnes handicapées psychiques sont accueillies dans des structures conçues pour d'autres publics... Et on ne peut que constater une cohabitation difficile entre résidents handicapés psychiques et mentaux (renforcée par l'inadaptation des accompagnements et le manque de formation des professionnels...).

L'absence de réponses adaptées apparaît avec une acuité particulière à certains âges :

- pour les jeunes adultes qui trouvent difficilement une place en institution
- pour les étudiants en grande détresse psychique⁵³ pour lesquels il faudrait plus d'offre en unité de réhabilitation psycho-sociale
- ou encore pour les personnes de 55 à 59 ans à qui serait opposé un refus systématique de dérogation pour entrer en EHPAD (au moins en Gironde)

52. Comme par exemple en Angleterre : des appartements type T1 dans un lotissement de 40 logements pour personnes ayant des difficultés (de tous ordres y compris sociales) avec espaces verts et un bâtiment commun avec électroménager (machine à laver, sèche-linge etc...) et salle de jeux. L'encadrement est assuré par un «travailleur social/ accompagnateur» qui vient voir la personne chaque semaine pour faire le point sur ses besoins et demandes. Chaque mois, le résident va chercher ses médicaments et faire une prise de sang dans un centre médical. Chaque appartement dispose d'un système d'alarme, des caméras sont installées à l'extérieur... Les résidents se sentent en sécurité, ne sont pas livrés à eux-mêmes dans la cité ni à leur solitude. Une vie de voisinage est possible.

53. Etat de détresse qui pourrait être en partie évité si une offre en logement adapté avec un accompagnement par un SAMSAH était développée, comme cela a déjà été évoqué

Les personnes autistes ou souffrant d'autres TED

L'accompagnement des adultes atteints d'autisme doit pouvoir se faire sur la base d'une palette de réponses adaptées en ESAT, en foyer occupationnel, en FAM, en MAS... Le maintien en milieu ordinaire doit aussi pouvoir être favorisé avec la création de SAMSAH spécifiques.

Les travaux pour le SROMS n'ont pas permis de quantifier de façon précise ces besoins mais, à titre indicatif, est rapportée ici l'estimation faite dans le cadre de l'étude préalable au Plan régional autisme d'Aquitaine 2007-2011. Notons que depuis le moment où a été réalisée cette étude, de nouvelles structures pour ce public ont ouvert en Aquitaine mais qu'aussi des jeunes encore adolescents à l'époque sont maintenant arrivés à l'âge adulte et sont en attente d'une réponse adaptée.

Besoins de places en Aquitaine par type de structures pour adultes présentant des TED compte tenu des flux de sortie potentiels

CATÉGORIE DE STRUCTURES	ESTIMATION GLOBALE DES BESOINS (A)	PLACES POUVANT SE LIBÉRER SI LES ORIENTATIONS SOUHAITÉES SE RÉALISENT (B)	DÉFICIT DE PLACES DANS L'HYPOTHÈSE OÙ TOUTES LES ORIENTATIONS SOUHAITÉES SERAIENT EFFECTIVEMENT RÉALISÉES (C = A-B)
ESAT	92	31	61
ESAT OU FOYER OCCUPATIONNEL	13		13
FOYER OCCUPATIONNEL	162	71	91
FAM	167	30	137
FAM / MAS	13		13
MAS	206	2	204
MÉDICO-SOCIAL NON PRÉCISÉ	19		19
TOTAL	672	134	538

Source : DRASS, Etude TED 2005-2006 – Exploitation CREAHI d'Aquitaine

Comme pour les enfants, le CTRA a fait des préconisations concernant la prise en charge des adultes :

- développer des aménagements spécifiques des locaux existants et concevoir de nouveaux projets d'établissements adaptés sur le plan architectural
- promouvoir des réponses adaptées et diversifier le projet de vie en facilitant le passage des structures pour enfants vers celles pour adultes, en initiant des prises en charge innovantes (notamment en proposant des allers-retours possibles entre les différentes structures de prise en charge), en intégrant dans les projets d'établissement des ateliers d'apprentissage tout au long de la vie
- penser une offre pour les personnes les plus autonomes en développant des SAMSAH et en soutenant la vie en logement indépendant aménagé⁵⁴.

Les personnes cérébro-lésées et traumatisées crâniennes

A l'instar des autres publics que l'ont vient d'évoquer, il est souhaité pour ces personnes le développement d'une offre diversifiée prenant en compte l'éventail des besoins.

Sont ainsi jugées nécessaires des places en GEM, en SAMSAH spécifiques (les particularités d'un public cérébro-lésé font qu'il ne peut pas être bien pris en charge

par un SAMSAH polyvalent), en logements adaptés, type maison collective pour 4/5 personnes (personnes ne pouvant être autonomes mais désireuses de vivre en milieu ordinaire), en ESAT (en particulier SAT hors les murs), en accueil de jour de type FAM (avec une approche très adaptée aux handicaps cognitifs et aux troubles du comportement) ou encore en MAS.

Les personnes sortant d'hôpitaux

Les établissements hospitaliers sont très fréquemment confrontés à des difficultés pour trouver une solution adéquate pour certains de leurs patients au moment de leur sortie. Ils font le constat que les procédures d'orientation passant par la MDPH sont lourdes et que les délais sont souvent supérieurs à 6 mois, voire de plusieurs années pour obtenir une place.

Ces difficultés concernent les patients souffrant de troubles psychiatriques mais aussi de pathologies lourdes notamment neurologiques (suites d'accident vasculaire cérébral ou d'atteintes de la moelle épinière, états végétatifs) ou des problèmes de comorbidité⁵⁵.

Par ailleurs, les patients cumulant handicap et situation de précarité (isolement, pas d'aidants naturels, moyens financiers limités) peuvent être maintenus en hospitalisation prolongée sans raison proprement médicale dans l'attente d'une solution.

54. Une étude commanditée par la DGCS « L'habitat des personnes avec TED : du chez soi au vivre ensemble » et conduite par 3 CREAHI dont celui d'Aquitaine sera publiée à l'automne 2011 et présentera les leviers d'actions et les conditions indispensables pour promouvoir une offre diversifiée à destination des personnes avec TED en matière de logement et d'hébergement.

55. Ex : schizophrénie avec une Chorée de Huntington ou des troubles cognitifs avec une pathologie cardiovasculaire

Les publics précaires présentant des problèmes de santé

La grande précarité, la vie dans la rue ont des effets très préjudiciables sur l'état de santé physique et mentale de ceux qui y sont confrontés.

La Direction départementale de la cohésion sociale des Pyrénées-Atlantiques dresse ainsi ce tableau :

« Pour tous les publics isolés, le constat fait par les opérateurs de terrain est le suivant :

- 50 % de souffrances psychiques, avec 40 à 50 % de conduites addictives (toxicomanie et alcool), 25 % d'états dépressifs, 25 % des troubles mentaux
- 50 % de souffrances somatiques digestive, cardiovasculaire, pneumologique, cancer ou troubles de la mobilité.

La plupart des personnes sont concernées par les deux états de souffrance »

Les travaux conduits par le groupe de travail « santé/précarité » de la commission spécialisée de la CRSA sur les accompagnements médico-sociaux, en complément à la démarche globale du SROMS, ont permis de faire des constats qui rejoignent ce 1^{er} état des lieux :

- Les établissements sociaux qui accueillent des personnes précaires constatent une augmentation des problèmes de santé importants (+80 % des usagers de CHRS, +60 % en maisons relais). La prise en compte des problématiques de santé devient donc une nécessité pour ces structures (interventions de personnels médicaux au sein des institutions et/ou partenariats avec les acteurs de santé dans les territoires)
- Les structures d'accueil (notamment CHRS) font face à de grandes difficultés pour financer ces actions qui débordent leur champ d'action originel et déplorent le manque de places et de solutions de relais pour l'accueil de personnes précaires souffrant de problèmes de santé (EHPAD, hôpitaux et lieux de convalescence, établissements spécialisés médico-sociaux)⁵⁶

Il est également rappelé que la difficulté d'accès aux soins est aussi une question de mobilité (ex. Landes Partages : transport social).

Le groupe santé-précarité, comme des représentants des DDCS préconise le développement :

> **d'actions de prévention et d'éducation à la santé** avec des expériences à valoriser comme celle du SAFED (évaluation de la situation de santé et accompagnement vers le soin de bénéficiaires du RSA), le centre d'écoute thérapeutique gratuit de Périgueux (CCGL), les PASS Permanences d'accès aux soins pour accompagner les personnes en situation de précarité d'accéder au système de soin, les CAARUD Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.

> **de dispositifs implantés dans les CHRS** sont jugés très pertinents pour répondre aux besoins de ces publics :

- les Lits Halte Soins Santé qui permettent d'améliorer l'état somatique des résidents qui y séjournent. A la sortie, l'insertion dans le logement ordinaire s'en trouve facilitée. Pour répondre aux besoins, il faut renforcer l'offre existante⁵⁷.
- les Lits d'accueil médicalisés : structures expérimentales qui permettent l'accueil de personnes soit trop désocialisées pour intégrer une MAS ou un FAM ou trop jeunes pour entrer en EHPAD. Il est souhaité que cette expérimentation puisse se généraliser.

Il est également proposer de :

- mener un **diagnostic fin des besoins** en termes de santé des plus démunis sur chaque département afin de pouvoir proposer un « schéma départemental Santé »⁵⁸. Ce travail pourra être une synthèse des études préalablement établies.
- revenir aux **missions premières du secteur psychiatrique** et hospitalier
- **soutenir les équipes sociales** par la mise à disposition ou l'embauche de personnel adapté (psychologue, psychiatre, infirmier, médecin)
- faciliter l'**accès aux EHPAD** pour les personnes les plus précaires

56. Des exemples rapportées de situations singulières mettent en lumière ce « gâchis financier » lorsque des personnes sont maintenues dans des structures de soins inadaptées et coûteuses faute de solutions : Mme B. 609 jours de présence au sein d'une clinique : +100.000 euros facturés à l'assurance maladie

57. La DDCS des Pyrénées-Atlantiques signale que cette perspective est inscrite dans son plan départemental de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion.

58. Pour ce qui concerne l'ARS, ces questions relèvent du PRAPS

Une animation régionale « précarité/santé » est préconisée :

- Identifier l'offre de santé de chaque territoire (département ou infra-département) et la synthétiser sous forme d'annuaire diffusable aux acteurs sociaux (en partenariat avec télésanté)
- Favoriser les rencontres entre acteurs sociaux et acteurs médicaux lors de temps d'échanges en département ou en région
- Développer la formation des professionnels sociaux, médicaux et paramédicaux sur la question de l'accès aux soins des plus précaires
- Accompagner la mise en place de conventions ou de protocoles entre secteurs social, médical et médico-social; accompagner les mutualisations.

Personnes âgées

Les personnes atteintes de maladies Alzheimer et maladies apparentées

La problématique des personnes âgées est dominée par la question de la montée de la dépendance et plus particulièrement des besoins liés à l'accompagnement des malades d'Alzheimer ou de maladies assimilées.

Le développement et l'amélioration des conditions d'accueil de ces personnes en EHPAD, avec la mise en place des PASA et des unités Alzheimer, est attendue dans tous les territoires. Quand les personnes sont accueillies en dehors de ces dispositifs, des difficultés sont pointées : risques liés à la déambulation (voire à des fugues) et à la perte de repères, pas de possibilité de prise en charge par petits groupes, absence de formation des équipes aux troubles et manifestations consécutifs aux MAMA, pas de soins spécialisés, difficulté à faire cohabiter différents publics.

Les personnes présentant des troubles psychiatriques

Ces personnes ne sont pas toujours les bienvenues en EHPAD, faute de moyens adaptés et en raison de comportements parfois agressifs ou violents, rendant délicate la cohabitation avec les autres résidents. L'offre de structures géronto-psychiatriques devrait être étoffée sous diverses modalités : hospitalisation complète, CATTP, hôpital de jour, équipes mobiles psychiatriques pour permettre d'adapter les réponses et un appui aux EHPAD par des professionnels de ce secteur d'intervention.

Les personnes handicapées devenues âgées

Les EHPAD ont relativement peu souvent abordé la question de l'accueil de ce public en leur sein. Les professionnels de la Dordogne se démarquent néanmoins, étant depuis plus longtemps sensibilisés aux rapprochements possibles entre le secteur des personnes âgées et celui des personnes handicapées. Il apparaît que si l'accueil de personnes handicapées âgées doit se faire en EHPAD, c'est sur la base d'un projet spécifique et dans une section distincte, même si des activités communes peuvent concerner les deux publics. Des réserves sont néanmoins émises sur la pertinence d'un tel accueil, surtout pour des personnes encore jeunes, comme celles qui viennent de prendre leur retraite d'ESAT, qui sont trop en décalage avec les autres résidents.

Autre publics en EHPAD

La diversification de l'offre en EHPAD pourrait être étendue à d'autres publics pas toujours bien pris en compte : des personnes atteintes de certaines pathologies invalidantes (comme la maladie de Parkinson), des personnes sourdes ou malentendantes qui ne peuvent communiquer sans personnel maîtrisant la LSF ou se repérer sans aménagement spécifique.

La question de la fin de vie apparaît également fréquemment dans les préoccupations et doit être mieux organisée pour avoir lieu de préférence en EHPAD plutôt qu'en milieu hospitalier si aucune raison médicale ne le justifie.

Comme pour les personnes handicapées, deux autres catégories de publics posent également des difficultés particulières :

Les personnes sortant d'hôpitaux

Cette difficulté concerne plus particulièrement les personnes chez qui la dépendance s'est installée. Que la sortie soit envisagée sous forme d'un retour à domicile ou d'une entrée en EHPAD, il apparaît nécessaire de pouvoir la préparer en amont et d'offrir un accompagnement plus rapproché à ces personnes âgées fragilisées. Un séjour dans un hébergement temporaire, sur des places réservées, pour ces personnes lors de leur sortie d'hôpital pourraient permettre d'évaluer sereinement leurs besoins en vue du choix du mode de vie le plus approprié.

Pour celles qui peuvent réintégrer directement à domicile, des places pourraient également être réservées en SSIAD pour assurer un suivi adapté à ces situations.

Les hôpitaux souhaiteraient que davantage d'assistantes sociales soient mobilisées sur cette mission d'organisation des sorties, surtout quand il s'agit de personnes âgées isolées et démunies.

Par ailleurs, pour les personnes dont l'état de santé est très dégradé, l'orientation se heurte au manque de lits en SSR (sur certains territoires) ou en soins palliatifs.

Les publics précaires âgés

Les CHRS font les mêmes constats que pour les adultes plus jeunes avec des besoins, pour ces personnes ayant avancé en âge, plus centrés sur des EHPAD, des SSR ou, pour les plus autonomes, sur une vie dans un domicile adapté avec des aides humaines pour gérer le quotidien et éventuellement prodiguer des soins.

C – En termes d'accessibilité aux dispositifs

Le questionnaire adressé aux différents partenaires abordait la question de l'accessibilité des structures médico-sociales et des autres ressources de l'environnement qui pouvaient manquer ou être insuffisantes localement. Lors des réunions de présentation de ces diagnostics, certains constats/manques ont pu être jugés en décalage avec la réalité d'équipement des territoires. Ces constats, tels qu'ils sont exprimés, peuvent traduire parfois une méconnaissance de l'offre existante par les partenaires (qui peut être due à un défaut d'information et une mauvaise diffusion de cette information).

Quel que soit le territoire, l'amélioration de l'accessibilité matérielle aux locaux recevant du public est attendue avec en particulier des aménagements pour les personnes à mobilité réduite ou déficientes sensorielles.

D'une manière transversale également, le maillage du territoire pour permettre une réelle offre de proximité est à compléter. Il n'est pas, bien sûr, envisageable de proposer sur chaque bassin de vie une palette complète de services pouvant prendre en compte tous les types de situations, mais il convient de réfléchir à deux types de difficultés qui sont évoquées de façon récurrente :

- le temps de transport pour accéder aux établissements médico-sociaux pour les enfants et les adolescents
- l'accès aux soins, en particulier en zone rurale

Par ailleurs, en ce qui concerne plus particulièrement les enfants, il convient de rappeler les inquiétudes largement exprimées autour du non-remboursement des frais de transports pour les trajets domicile-CAMSP/CMPP, lorsque la prise en charge ne s'inscrit pas dans la cadre d'une affection longue durée. Cette limite de prise en charge peut entraîner pour les enfants concernés un arrêt des soins quand les familles sont démunies ou éloignées des lieux de consultations.

Les personnes handicapées

Le tableau ci-dessous présente une synthèse des difficultés et limites qui ont été signalées⁵⁹ et qu'il faut donc analyser en prenant en compte la réserve indiquée dans l'introduction de ce chapitre.

	MÉDICO-SOCIAL	SOINS HOSPITALIERS	SOINS AMBULATOIRES	SOCIAL, CULTURE, LOISIRS, LOGEMENT	TRANSPORTS
DORDOGNE	<p>Temps de transport excessif en IME (de 3 à 5 h par jour).</p> <p>Maillage en ESAT insuffisant sur le Nord</p> <p>SSIAD pour personnes handicapées sur le Bergeracois parfois saturé...</p> <p>Maillage en CMPP à améliorer</p> <p>Manque CAMSP pour troubles dys et moteurs</p>	<p>Difficultés à mettre en place des soins psychiatriques en complément d'une prise en charge médico-sociale (tous secteurs de la Dordogne).</p> <p>Pas d'offre pour les grands prématurés, ni de consultations pluridisciplinaires</p>	<p>Difficultés à trouver, des prestataires extérieurs : médecins spécialistes, IDE, orthophonistes... pouvant intervenir dans les établissements médico-sociaux</p>	<p>Besoin de partenaires pour lutter contre l'illettrisme des travailleurs d'ESAT, Eloignement des équipements de loisirs</p>	<p>Manque de transports en commun. Transports scolaires refusant parfois les jeunes des IME</p> <p>Gare pas adaptée aux voyageurs handicapés.</p>
GIRONDE	<p>Manque de CMPP sur le Bassin Arcachon et le Médoc</p> <p>Dispositif trop centré sur la CUB au détriment du secteur rural (ex : manque places d'ITEP sur le Blayais, Médoc, Nord-Libournais) > longueur des circuits de ramassage des IME/ITEP (jusqu'à 5 heures par jour)</p> <p>Manque de familles d'accueil spécialisées pour jeunes d'ITEP</p>	<p>Manque de réponses en pédopsychiatrie (délais d'attente pour les consultations et les soins, incompatibles avec une prise en charge de qualité).</p> <p>Besoin de plus de lien entre psychiatrie et EMS</p>	<p>En zone rurale, pas de psychiatres libéraux, ni d'orthophonistes ou de psychomotriciens</p> <p>Manque d'intervenants à domicile (IDE) pour adultes lourdement handicapés.</p> <p>Accès difficile aux soins (hôpital/ville) pour certains publics (TED, trisomie21, sourds)</p>	<p>Loisirs, culture : éloignement des équipements, accueil des jeunes d'ITEP parfois mitigé</p> <p>A développer : GEM pour personnes cérébro-lésées</p> <p>Manque de solutions d'hébergement en milieu rural (notamment pour les travailleurs d'ESAT Entre-Deux-Mers)</p>	<p>Manque de transports adaptés en commun en zone rurale (Blaye, Libourne...) > frein à l'accueil de jour</p>
LANDES	<p>Certains territoires sont mal équipés en EMS (ex : IME ou FO au Nord des Landes)</p> <p>Secteur de recrutement très large (jusqu'à 3 h de transport par jour) > coût des transports très élevé, frein à la participation de certaines familles (réunions, CVS etc).</p> <p>Pas de prise en charge institutionnelle pour les enfants handicapés moteurs ou polyhandicapés</p>	<p>Manque de dispositifs de soins psychiatriques pour jeunes et adultes (hospitalisation, séjour de rupture).</p>	<p>Accès aux soins courants difficile (médecin, kiné, IDE, pédicure, soins dentaires)</p> <p>Pas d'intervention de ces professionnels à domicile ou en EMS</p> <p>Difficulté d'accès aux soins ophtalmiques en cas d'urgence</p>	<p>Manque de conseils en aménagement du domicile (ou méconnaissance de l'existence de ces dispositifs)</p> <p>Besoins de résidence accueil pour personnes handicapées psychiques</p>	<p>Transports : manque de transports en commun > possibilité d'autonomie des personnes handicapées réduite</p>

59. Ce qui est relatif à la scolarité, l'emploi et la formation a été intégré dans ces rubriques

<p>LOT-ET-GARONNE</p>	<p>Temps de transports trop importants Développer l'offre en SAMSAH polyvalents Développer l'offre en appartements de coordination thérapeutique</p>	<p>Manque de dispositifs de soins psychiatriques pour jeunes et pour adultes (hospitalisation, accueil de jour, séjour thérapeutique)</p>	<p>Accès aux soins courants (soins dentaires, ophtalmo) difficile, pas d'intervention à domicile.</p>	<p>Manque d'offre de loisirs et de sports adaptés (hors EMS)</p>	<p>Manque de transports en commun (Moyenne Garonne, Villeneuveois, Fumelois) Pas de gare à Villeneuve</p>
<p>NAVARRÉ-CÔTE BASQUE</p>	<p>Absence d'offre pour les jeunes polyhandicapés des Landes qui crée une forte pression sur la structure de la côte basque avec une liste d'attente importante et des délais d'attente longs. Besoin d'une antenne de SES-SAD pour déficients visuels sur Bayonne Renforcer l'offre en ITEP sur Bayonne Renforcer l'offre en SSIAD (recours par défaut à des SAD et favoriser l'accès aux SSIAD pour les résidents de foyers occupationnels</p>	<p>Accès au PASS à renforcer pour les publics précaires. Manque de dispositifs de soins psychiatriques</p>	<p>Pression foncière sur la côte qui pousse la population vers l'intérieur > nécessité de mettre en place des équipes mobiles pour des interventions de proximité et création maison de santé pluridisciplinaire en milieu rural</p>		<p>Manque de transports en dehors de la côte > isolement, pas d'accès à la socialisation et aux loisirs</p>
<p>BÉARN-SOULE</p>	<p>Temps de transports trop importants car zones de recrutement étendues et usagers dispersés Développer les LHSS pour les publics précaires Renforcer offre en SSIAD-SAD pour personnes handicapées motrices</p>	<p>Manque de dispositifs de soins psychiatriques</p>	<p>Accès aux soins courants difficile, temps d'accompagnement vers les lieux de consultations importants</p>	<p>Souci autour de l'accès à la culture pour les travailleurs d'ESAT Services sociaux débordés, ne peuvent faire face à la demande Adaptation des logements au handicap moteur Élargir la compétence des CLIC au handicap</p>	<p>Manque de transports en commun</p>

Personnes âgées

Pour les personnes âgées, une des préoccupations majeures est l'accès financier aux EHPAD. Dans des nombreux territoires, le nombre de places habilitées à l'aide sociale dans les EHPAD est trop réduit et beaucoup de personnes n'ont pas les moyens d'assumer le financement de leur place, compte tenu de moyens très modestes pour la majeure partie d'entre eux⁶⁰. Les délais d'admission en EHPAD peuvent être très longs dans l'attente d'une place habitée à l'aide sociale et des personnes restent à domicile dans un état de dépendance avancé avec des aides qui ne suffisent plus et des aidants épuisés. Parfois, des personnes entrées en EHPAD sont contraintes de quitter l'établissement, n'ayant plus au bout de quelques temps les ressources pour payer leur séjour.

Les autres difficultés les plus fréquentes sont liées à la ruralité (où les habitants âgés sont plus représentés), à l'éloignement de l'offre de soins et au manque de dispositifs de prévention et d'information comme les CLIC.

	MÉDICO-SOCIAL	SOINS HOSPITALIERS	SOINS AMBULATOIRES	SOCIAL, CULTURE, LOISIRS LOGEMENT	TRANSPORTS
DORDOGNE	Délai d'attente pour entrer en EHPAD (Sarladais, Nord-est, secteur Périgueux) Nombre d'unités Alzheimer jugé insuffisant Besoins d'une MAIA mais MAIA labellisée récemment à Bergerac	Accueil en gériatrie-psy-chiatrie difficile surtout en urgence (Périgueux) Besoins d'interventions d'infirmiers psychiatriques en EHPAD.	Manque de places en HAD (Bergerac), ce qui constitue un frein à une prise en charge globale jour et nuit Manque de médecins traitants (bergeracois) Besoins d'équipes mobiles pour soins dentaires, ophtalmologie, cardiologie, consultation mémoire...	Pas de CLIC sur Mussidan mais une antenne va y être implantée Manque d'animations et d'activités collectives Besoins de moyens techniques et de conseils en matière d'équipement ou d'ergonomie	Manque de transports et notamment de transports adaptés > impact sur l'accès aux soins (taxis à la charge des personnes pour soins dentaires, kiné, etc...)
GIRONDE	Insuffisance de l'offre en EHPAD habilitée aide sociale, délai d'attente important Manque d'accueil de jour (Hte Gironde ⁶¹ et Hte Lande). Manque de places en SSIAD (Sud Gironde, rive droite, CUB nord-ouest). Renforcer coordination dans le cadre du maintien à domicile	Accès aux soins psychiatriques difficiles (zone rurale) en particulier en cas de crises. Lien entre EHPAD et CH Perrens à renforcer Créer un réseau de soins palliatifs (en priorité sur le bassin et Blaye)	Manque de médecins libéraux notamment psychiatres et neurologues, et de kinésithérapeutes Accès difficile aux soins dentaires (coût/transport), à la radiologie Besoins d'un service SOS Médecins sur le nord du Bassin d'Arcachon Développer la télémédecine Manque de services en zone rurale : consultations mémoire, MAIA...	Besoins d'un CLIC sur le Bassin Arcachon sud et sur la Haute Gironde Développer l'animation en EHPAD	Manque de transports en commun en dehors de la CUB > problèmes pour accéder aux accueils de jour (développement bloqué pour cette raison) > frein au partenariat avec les centres de formation (IDE et AS)

60. La secrétaire d'Etat auprès de la Ministre des Solidarités de la cohésion sociale indique que le reste à charge pour les résidents d'EHPAD est en moyenne de 1 500 euros par mois (pour des retraites moyennes de 1 200 euros pour les hommes et de 900 euros pour les femmes).

61. Le CH de Blaye signale qu'il a une consultation mémoire non labellisée à ce jour (en cours pour 2011-2012)

<p>LANDES</p>	<p>Nécessité de développer des unités Alzheimer sécurisées ainsi que l'accueil de jour et l'accueil temporaire</p> <p>Localement, manque de places en SSIAD mais maillage satisfaisant</p>		<p>En EHPAD, la grande dépendance de certains résidents vers les soins (dentaires, kiné, spécialistes) > besoins d'équipes mobiles. Des secteurs du département ont une offre insuffisante en médecins, kiné, IDE ou encore pédicures</p> <p>Besoin de consultation-mémoire</p>	<p>Besoin de conseillers en aménagement du domicile pour prendre en compte la dépendance (le Pact n'est pas suffisamment connu semble-t-il)</p> <p>Besoins en logements-foyers pour les personnes souhaitant garder leur indépendance et une vie sociale</p> <p>Besoin d'animations en EHPAD</p>	
<p>LOT-ET-GARONNE</p>	<p>Insuffisance de l'offre en EHPAD habilitée aide sociale (Fumelois/Villeneuveois)</p> <p>Besoin d'unités Alzheimer d'UHR, d'USLD, d'accueils de jour et temporaires.</p> <p>Manque de SSIAD (Agenais-Néracais) + service assurant une permanence de nuit sur la Moyenne Garonne</p> <p>Besoin de coordination SSIAD/SAD</p>	<p>Manque de coordination pour la gestion des crises, manque de clarté sur l'acteur compétent : l'UHR ? l'unité cognitive comportementale ?</p> <p>Pas assez d'offre en SSR</p>	<p>Suivi des soins n'est pas toujours assuré (dentiste, kiné...) à domicile ou en EHPAD.</p> <p>Nécessité de créer une maison de santé pluridisciplinaire pour attirer les jeunes médecins.</p> <p>Inquiétudes liées aux départs à la retraite de médecins libéraux (Marmandais).</p>	<p>Manque d'animations et d'activités collectives, de dispositifs pouvant travailler sur le maintien de l'autonomie</p> <p>Capacité trop réduite en logements-foyers sur le Marmandais</p>	<p>Manque de transports en commun, pas de prise en charge financière</p>
<p>NAVARRE-CÔTE BASQUE</p>	<p>Insuffisance de l'offre en EHPAD et de structures Alzheimer accessibles financièrement (BAB et St Palais) – Besoin d'unité de soins palliatifs en EHPAD</p> <p>Nécessité de maintenir un accueil de jour de moins de 6 places en milieu rural (avec le transport)</p>	<p>Manque de SSR de proximité, Eloignement des services psychiatriques</p> <p>Accès USLD difficile (temps d'attente et critères d'admission)</p>	<p>Manque de consultations mémoire</p> <p>Besoin d'équipes mobiles pour les soins courants</p>	<p>Manque de crèches avec de larges créneaux d'ouverture pour le personnel des EHPAD</p> <p>Familles d'accueil à développer</p>	<p>Insuffisance des transports en dehors des zones côtières et urbaines</p>
<p>BÉARN-SOULE</p>	<p>Insuffisance de l'offre en EHPAD et des structures Alzheimer en particulier habilitée aide sociale (sur la Soule, Oloron, Pau et Vic-Bilh)</p> <p>Insuffisance de l'offre en SSIAD sur Lescar et la vallée d'Ossau</p> <p>Manque un SSIAD spécialisée Alzheimer</p>	<p>Accès USLD difficile (temps d'attente et critères d'admission)</p>	<p>Manque de médecins généralistes sur le secteur Salies/Sauveterre, projet maison de santé rurale – Besoin équipes mobiles en zone rurale</p> <p>Besoin de HAD (secteur Piémont et sud de Pau)</p>	<p>Peu d'offre d'activités de loisirs en dehors des secteurs urbains</p> <p>Besoins en logements-foyers pour les personnes souhaitant garder leur indépendance et une vie sociale</p> <p>Familles d'accueil à développer</p>	<p>Transports en commun insuffisants sur la Soule et le Haut Béarn</p>

D – En termes de leviers d’actions

D.1 - Diffusion de l’information/Connaissance des populations, des besoins et des dispositifs

Des informations éparpillées, morcelées, partielles voire partiales constituent un obstacle :

- pour les personnes handicapées ou âgées et leur famille pour accéder à leurs droits, savoir quel est l’interlocuteur pertinent, savoir dans leur secteur de résidence qu’elle est l’offre existante
- pour les acteurs professionnels pour comprendre les missions de chacun, pour conseiller et orienter de façon adéquate les publics qui leur sont adressés (le constat est fait, en particulier, d’une méconnaissance de l’offre sociale et médico-sociale par le secteur hospitalier, d’une part, et les praticiens et rééducateurs libéraux, d’autre part).

Par ailleurs, au delà de la question de l’accès à l’information et de sa diffusion, sur de nombreuses thématiques, les partenaires et acteurs régionaux ont émis le souhait que des investigations et des études complémentaires puissent permettre de mieux comprendre les caractéristiques de certains publics et les réponses mises en œuvre à leur intention pour mesurer leur adaptation et préciser les évolutions nécessaires.

Plusieurs propositions ont été formulées :

> *Mettre en place d’un système d’informations autour des ressources existantes*

Un système d’informations permettrait une meilleure connaissance réciproque des acteurs entre eux, de leurs missions et rendrait l’information sur ces offres plus lisible et compréhensible par le public

Le champ pourrait être les activités et les offres de services dans le champ médico-social et voire aussi celles des champs partenaires : éducation, emploi, social, santé, logement, loisirs...

Ce système pourrait s’appuyer sur :

- la mise en place d’un annuaire (avec une version électronique) des structures médico-sociales avec des informations sur les publics accueillis, les modalités d’accueil, les prestations offertes, les contacts, les référents réseaux. Cet annuaire serait étendu progressivement aux autres champs énoncés ci-dessus
- une mise à jour régulière pour signaler des modifications dans l’offre et pour communiquer sur les projets...

- des lettres d’information émanant des financeurs, ARS et conseils généraux sur les nouveaux dispositifs, les ouvertures de services etc...

> *Favoriser les rencontres entre acteurs et les visites sur site*

Des rencontres formelles régulières sont attendues par l’ensemble des acteurs qui ont participé au diagnostic régional.

Ces échanges doivent se mettre en place, à partir de chaque territoire selon des logiques transversales (sanitaire, médico-social, social) afin de favoriser l’adaptation régulière des réponses aux besoins, de mieux faire connaître les particularités de chaque structure, de favoriser la gestion des « situations complexes ».

Au-delà des acteurs de terrain, des réunions régulières sont aussi souhaitées avec la MDPH, l’Education nationale et les financeurs (ARS et conseils généraux).

> *Améliorer la lisibilité de l’offre et des besoins*

Les difficultés rencontrées dans le croisement des données et leur actualisation mettent en évidence l’intérêt d’un observatoire régional avec des déclinaisons territoriales, en particulier dans le secteur du handicap de manière à identifier les besoins et les réponses à apporter.

Cet observatoire, à bâtir autour des MDPH⁶² mais associant l’ensemble des partenaires, devrait permettre :

- la mise en place d’un fichier centralisé pour suivre les flux d’entrées et de sorties dans les établissements et services médico-sociaux, permettant de repérer rapidement **les places disponibles** et d’anticiper les besoins en places dans les catégories de structures où les tensions sont les plus fortes
- une identification **des personnes en attente d’une orientation** (en précisant que cette orientation doit être faite selon les réels besoins⁶³ de ces personnes et non en fonction de l’offre disponible)

62. Les MDPH, créées pour conduire ces missions d’observation, sont en fait centrées sur le l’instruction et la gestion des dossiers individuels de demande de compensation et d’orientation. Elles n’ont pas pu mobiliser les moyens nécessaires au recueil de données sur les demandes non satisfaites, ni sur l’écart entre les besoins des personnes et le type de réponses effectivement mises en œuvre.

63. Une meilleure connaissance, sur chaque territoire, des dispositifs, leurs modalités de fonctionnement (projet, modes d’accueil, conditions d’accès, spécificités et limites...) notamment grâce à la création de l’annuaire évoqué ci-dessus, permettra d’affiner le choix des orientations

- un suivi du **devenir de ces personnes** sur un rythme régulier : toujours en attente, orientées par défaut, orientées vers la bonne réponse...

> *Accéder à une meilleure connaissance des publics*

- **Les jeunes accueillis en ITEP** : Quels publics avec quels troubles ? Quels sont les critères d'orientation utilisés par les MDPH ? Quelle est l'offre de ces établissements en termes de modalités d'accueil, de scolarisation et de formations professionnelles, de travail sur l'autonomie, de travail avec les familles ?

- **Les jeunes suivis par les CMPP** : Ces dispositifs ont fait le constat que les demandes qu'ils recevaient émanaient de jeunes présentant des troubles de plus en plus lourds (notamment des TED), compte tenu de l'absence de réponses plus adéquates. La montée en charge de ces publics crée ainsi un décalage avec les missions initiales de ces CMPP. Une étude des caractéristiques des publics suivis, en regard des agréments de ces services, permettrait de mieux préciser les besoins et de préciser comment l'offre des CMPP pourrait être ajustée, en partenariat avec d'autres services (SESSAD, pédopsychiatrie etc...), dans une logique de complémentarité sur chaque territoire

- **Les jeunes déficients auditifs** : réactualiser le Plan régional 2007-2011, premier en son genre en Aquitaine et qui avait permis de faire évoluer le dispositif de façon très positive et de mener à bien des actions en faveur des enfants et adolescents souffrant de déficience auditive

- **Les enfants polyhandicapés ou handicapés moteurs** : définir des indicateurs pour dresser une typologie de ces publics et mesurer leurs besoins éducatifs et médicaux afin de préciser les moyens à mettre en œuvre

- **Les jeunes et les adultes avec troubles psychiques** : réaliser un état de lieux des dispositifs d'accompagnement en institution ou en milieu ordinaire à l'attention de ces publics (sanitaire, médico-social, social), recenser l'éventail de besoins à prendre en compte (soins, accompagnement, logement, emploi/formation...) et dégager des axes d'évolution

- **Les personnes atteintes d'autisme ou d'autres TED** : réactualiser l'étude de besoins conduite dans le cadre du Plan régional d'action sur l'autisme 2007-2001 et travailler à un cahier des charges portant sur la prise en charge de l'autisme, commun à tous les établissements et partenaires.

- **Les travailleurs relevant d'ESAT** : évaluer les besoins de places en ESAT pour les mettre en regard avec l'offre actuelle : listes d'attente, projections de départs à la retraite, nécessité d'une réorientation vers un établissement médico-social (en foyer occupationnel, en FAM...) ou vers le milieu ordinaire, besoins d'hébergement ou d'accompagnement social, répartition des places sur les différents territoires de la région...

- **Les personnes handicapées vieillissantes** : conduire une étude sur le vieillissement des personnes handicapées, mentales (en priorité), et le type de réponses à leur proposer, réaliser un état de lieux des accueils existants pour ces personnes et bâtir un cahier des charges des conditions nécessaires pour permettre un accompagnement de qualité (en institution ou à domicile)

- **Les personnes très dépendantes maintenues à domicile** : repérer les conditions de vie et d'accompagnement des personnes âgées très dépendantes continuant de vivre à domicile. L'APA est actuellement attribuée en Aquitaine à 1000 personnes vivant à domicile et classées en GIR1 et à 7000 en GIR2, ces groupes iso-ressources impliquant un lourd niveau de dépendance (confinement au lit ou au fauteuil). Une étude pourrait donc examiner de quelle manière ce mode de vie s'organise (choisi ou contraint) et comment les plans d'aide mis en place le soutiennent.

> *Poursuivre la réflexion autour de l'adéquation entre les besoins et les réponses à un niveau local*

Continuer à affiner le diagnostic conduit dans le cadre du SROMS, dans un esprit de concertation, en s'appuyant sur les conférences de territoire paraît indispensable à de nombreux partenaires (certains jugeant que ces conférences n'ont pas été, jusqu'à maintenant, suffisamment mobilisées).

Le travail au sein de ces instances devrait permettre d'évaluer et d'analyser les besoins à un niveau infradépartemental (à ce sujet, il est souhaité que le critère du « taux d'équipement » ne soit pas le seul utilisé pour évaluer le niveau de réponses, ce critère ne tenant pas toujours compte des besoins particuliers de la population et de l'histoire locale⁶⁴).

64. Sont évoqués ici certains départements ayant une tradition de « terre d'accueil » et dont une proportion importante de personnes hébergées en établissements médico-sociaux vient d'une autre région.

D.2 - Les ressources humaines

Quels que soient le public et le cadre d'intervention (institution/domicile), trois types de difficultés ont été fréquemment identifiés concernant les ressources humaines :

- des ratios d'encadrement insuffisants
- des difficultés de recrutement
- des besoins de formation pour pouvoir mieux intervenir auprès de publics présentant des pathologies ou des difficultés particulières.

> *Des ratios d'encadrement jugés insuffisants pour permettre une prise en charge de qualité*

Les personnes handicapées

Afin de mettre en place une prise en charge individualisée de qualité et face à la montée de la complexité des situations (surhandicaps, troubles psychiques, situations de crise) générant des besoins d'intervention croissants, les organismes gestionnaires estiment parfois que leurs moyens humains sont insuffisants.

Certaines pathologies requièrent, en outre, des taux d'encadrement plus élevés que les taux moyens utilisés comme référence. Sont ainsi citées, les personnes présentant des TED, les personnes cérébro-lésées dans le cadre d'un suivi par un SAMSAH ou encore les personnes handicapées vieillissantes.

Compte tenu de ces carences, les personnels sont obligés de travailler dans l'urgence, voire d'établir des priorités dans la prise en charge des publics accueillis. Certaines périodes sont encore plus difficiles, lors de congés ou d'arrêts maladie, où les structures sont confrontées à de réelles difficultés pour assurer la continuité des accompagnements.

Les manques les plus souvent évoqués concernent :

- les psychiatres et les infirmiers psychiatriques
- les personnels éducatifs : éducateurs spécialisés, aides médico-psychologiques et moniteurs-éducateurs
- les professionnels de rééducation : surtout orthophonistes et psychomotriciens puis, dans une moindre mesure, kinésithérapeutes
- les assistantes sociales
- les psychologues, que cela soit pour intervenir auprès des usagers ou faire de la supervision d'équipe

De manière moins fréquente, sont signalés des besoins en médecins généralistes, pédiatres ou chargés d'insertion en ESAT.

Les personnes âgées

Plus encore que pour les personnes handicapées, les manques d'effectifs constituent un problème très préoccupant dans le secteur des personnes âgées. Les partenaires, ayant participé à l'enquête, sont très nombreux à estimer que les ratios de personnel sont insuffisants pour assurer une prestation de qualité et répondre aux demandes des résidents ou des personnes à domicile pour les actes de la vie quotidienne (soins, repas, marche) et pour leur accompagnement (écoute, autonomie, projet de vie). Ces carences en personnel créent un décalage entre les pratiques recommandées dans le cadre des formations ou dans les textes réglementaires (droit des usagers, bien-être, participation des usagers...) et les moyens effectivement disponibles sur le terrain.

Les manques en personnel concernent très majoritairement les aides-soignants et les IDE (notamment, pour ces dernières, de nuit ou pour assurer des soins palliatifs).

Les professions de la rééducation sont citées ensuite (psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes) et aussi les animateurs, les AMP et les assistantes en gérontologie. Lors des congés, cette tension en personnel est encore plus forte.

Il semble également manquer de temps de psychologues (et plus particulièrement de psycho-gérontologues), de médecins, de compétences psychiatriques (qu'elles reposent sur des médecins psychiatres, des infirmières ou sur une offre organisée en réseau) et enfin de cadres de santé.

> *Des difficultés de recrutement*

Les personnes handicapées

Pour plusieurs types de postes, les difficultés de recrutement sont récurrentes et sont présentes sur tous les territoires aquitains.

Les professions les plus concernées sont aussi celles pour lesquelles les budgets sont insuffisants pour créer des postes et dont il vient d'être question :

- les psychiatres et les pédopsychiatres notamment à cause de la structure par âge de ces médecins entraînant de nombreux départs à la retraite
- les personnels paramédicaux : les aides-soignants et les infirmiers pour toutes une série de raisons liées aux conditions de travail : temps partiels, travail de nuit, horaires d'internat ou encore durée des trajets pour les postes en milieu rural (avec une difficulté accrue pour des remplacements)

- les rééducateurs : orthophonistes qui, avec les psychomotriciens et les kinésithérapeutes, sont difficiles à attirer et fidéliser en raison de temps de travail très partiels.

Les autres difficultés de recrutement concernent les professions éducatives (notamment pour trouver des professionnels masculins), les surveillants de nuit ou les assistantes sociales...

De façon plus pointue, ces difficultés de recrutement sont aussi à mettre en lien avec les compétences attendues de ces professionnels et les besoins de formation autour de l'autisme, du handicap psychique ou encore de techniques propres aux déficiences sensorielles (ex : instructeurs en locomotion pour les non ou malvoyants).

En outre, à ces difficultés de recrutement, est associé un phénomène d'usure professionnelle, plus ou moins prononcé selon les secteurs, révélé par un absentéisme et un turn-over importants.

Pour faire face à ces difficultés et pour tenter de fidéliser davantage le personnel, des propositions ont été formulées :

- développer l'accueil de stagiaires dans les structures pour personnes handicapées ainsi que les contrats en alternance (avec un financement en dehors des enveloppes de tarification)
- valoriser le travail auprès des personnes handicapées et le travail à domicile
- proposer à des médecins généralistes une formation professionnelle pour acquérir des compétences en matière de psychiatrie par convention entre établissements médico-sociaux et structures hospitalières

Les personnes âgées

Selon le territoire, 40 à 60 % des établissements rencontrent des difficultés de recrutement pour l'ensemble des métiers de la filière.

En premier lieu, sont concernées les infirmières et les aides soignantes (surtout s'il s'agit de postes à temps partiel car les salaires sont bas) mais aussi les AMP et les rééducateurs (ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, kinésithérapeutes) ainsi que les médecins coordonnateurs et les aides à domicile formées.

Pour réduire ces difficultés largement partagées, les partenaires suggèrent de :

- créer un « pool » d'AS et d'IDE mutualisé entre EHPAD, ce qui pourrait permettre de proposer des temps pleins en particulier aux AS et de mieux gérer la question des remplacements

- de centraliser les demandes d'emploi dès la sortie des écoles, de remonter les quotas de formation pour ces métiers en tension ou encore de proposer des formations qualifiantes aux demandeurs d'emploi
- de réfléchir à la transformation de certains postes d'agents de service hospitalier en postes d'aides-soignants (mais la VAE est difficile d'accès et souvent décourageante)
- de penser à des plages horaires adaptées en crèches pour prendre en compte les horaires décalés des personnels en EHPAD mais aussi en SSIAD
- de développer la coopération avec les écoles pour valoriser le travail auprès de personnes âgées⁶⁵

Plus généralement, les partenaires estiment qu'il faut améliorer l'image et les salaires des métiers du grand âge, en EHPAD ou à domicile, mutualiser les postes à temps partiels voire très partiels pour les AS et les IDE mais aussi pour les métiers de la rééducation ou des postes de médecins (dont ceux de psychiatres qui pourraient faire l'objet d'un partage entre EHPAD et hôpitaux).

> Des formations à compléter

Les personnes handicapées

Dans l'ensemble des départements, les établissements et services font part de leurs besoins de formation sur certains handicaps, en priorité :

- les TED, certains souhaitant harmoniser les pratiques, d'autres désirant aborder les différentes approches pour une adaptabilité des modes d'accompagnement
- le handicap psychique
- le polyhandicap ou le plurihandicap (cumul de handicaps physiques et psychiques)
- le vieillissement des personnes handicapées.

D'autres demandes concernent par ailleurs les troubles cognitifs et neuromoteurs, la trisomie 21, les déficiences sensorielles... Des besoins concernent aussi des connaissances plus transversales : notions juridiques, travail avec les familles, projet personnalisé, travail en réseau et analyse des pratiques. D'autres encore sont ciblés sur certaines catégories de personnels comme les surveillants de nuit.

65. Ex : la coopération entre EHPAD et le centre de formation ADES en Lot-et-Garonne permet de favoriser le maintien sur le territoire des futurs diplômés

Quelques attentes sont formulées autour de la mise en place de ces formations :

- les organismes financeurs doivent prévoir des financements plus larges, englobant le remplacement des professionnels absents et permettre un report du budget sur l'année suivante en cas de formation annulée
- les centres de formations devraient être plus à l'écoute des besoins du terrain.

Un questionnement apparaît aussi autour des formations diplômantes et qualifiantes. Sur lesquelles doit-on mettre l'accent ? Certains suggèrent de privilégier les formations qualifiantes, plus spécialisées, aux formations diplômantes, longues et coûteuses, mais le financement de ces formations qualifiantes ne serait pas toujours facilement accessible.

Les personnes âgées

Là encore, les besoins s'expriment majoritairement autour de la formation des infirmières et aides-soignantes. Les établissements et services soulignent la nécessité d'adapter le contenu de leurs formations à l'activité en EHPAD ou des services intervenant à domicile.

Ces besoins en formation concernent bien évidemment la gérontologie et les pathologies liées au grand âge comme la maladie d'Alzheimer mais aussi l'accueil et la relation d'aide, la mise en place d'un projet personnalisé, l'accompagnement à l'autonomie, les questions d'humanité et de bienveillance, les troubles psycho-comportementaux, les problématiques sociales, l'accompagnement à la fin de vie... Les soins/suivi bucco-dentaire et la iatrogénie médicamenteuse sont considérées par ailleurs comme deux points requérant une vigilance toute particulière pour ce public âgé.

En termes de formation initiale, les métiers d'aide médico-psychologique et d'aide soignant sont plusieurs fois évoqués, certains suggérant d'envisager des modules de formation communs autour de l'accompagnement de la personne âgée.

Pour les personnes accueillies en EHPAD et présentant des troubles psychiatriques, le concours de l'hôpital psychiatrique pour assurer des formations autour de ces troubles est souhaité. Il permettrait aux équipes des EHPAD d'élaborer des stratégies de réponses face aux situations complexes et pourrait peut-être éviter le turn-over massif de ces personnels et leur burn-out.

Enfin, comme dans le secteur des personnes handicapées, les partenaires posent la question du coût des formations, du manque de temps pour les organiser dans un contexte de ratios personnel/résident déjà insuffisants et du financement du remplacement des personnels suivant ces formations.

D.3 – Coordinations et partenariats

La question de l'amélioration des coordinations et des partenariats est apparue en fil conducteur tout au long de ce diagnostic.

Deux points se dégagent avec une acuité toute particulière :

- le partenariat psychiatrie/médico-social
- la coordination des intervenants à domicile

> *Partenariat entre psychiatrie et médico-social à organiser et à renforcer*

Pour l'ensemble du champ médico-social, des progrès dans la coopération avec le secteur sanitaire sont attendus tout au long du parcours de vie de l'usager pour assurer la continuité des soins pendant l'accompagnement et lors d'entrée et de sortie d'hospitalisation. Cet aspect de coordination nécessaire est particulièrement ressenti en matière psychiatrique⁶⁶.

De nombreux commentaires viennent illustrer cet état de fait : « *la collaboration avec l'hôpital de jour est très longue et difficile à mettre en place* », « *peu de disponibilité du secteur psychiatrique* », « *certains partenariats nécessaires (articulation médico-social et secteur sanitaire, psychiatrique plus particulièrement) ne sont pas effectifs car rencontrant d'énormes difficultés de mise en œuvre et de suivi* ». Les complémentarités entre ces deux champs doivent donc être développées et renforcées pour assurer cohérence et efficacité dans la mise en œuvre du projet personnalisé de l'usager.

66. Et, singulièrement, en ce qui concerne l'élaboration de protocoles d'urgence entre les établissements médico-sociaux et le secteur psychiatrique pour des hospitalisations d'urgence.

> Coordination des interventions à domicile pour un accompagnement cohérent

La vie à domicile, choix préférentiel de nombreuses personnes handicapées ou âgées, nécessite souvent l'intervention de plusieurs catégories de services et professionnels, selon les cas : SSIAD, SAD, médecins, infirmier psychiatrique... SAMSAH ou SAVS (quand il s'agit de personnes handicapées), mandataire judiciaire pour les personnes bénéficiant de mesure de protection.

Il est donc essentiel, pour permettre une réelle prise en charge globale de la personne et assurer la cohérence des actions mises en œuvre, que ces services puissent se coordonner pour éviter que les missions des uns et des autres ne se superposent, voire que des aspects de la vie de la personne nécessitant une aide ne soit pas du tout pris en compte.

> Des pistes autour de la mutualisation et la coopération

En parallèle des projets actuels de GCSMS, certains existent déjà, d'autres sont en cours de création sur l'ensemble des territoires de santé, un certain nombre de pistes sont proposées pour initier de nouvelles réponses locales grâce à des partenariats ou des mutualisations à mettre en place :

- Développement de l'accueil temporaire mutualisé entre plusieurs structures, aussi bien dans le champ des personnes handicapées que des personnes âgées
- Développement de structures mobiles de soins avec des capacités d'expertise, d'évaluation, de diagnostic et de suivi (dans plusieurs spécialités : ophtalmologie, soins buccodentaires, gynécologie...) pouvant intervenir dans le lieu de vie habituel de la personne handicapée ou âgée, à domicile ou en institution
- Utilisation des temps médicaux ou paramédicaux cumulés et non pourvus dans structures médico-sociales afin de pouvoir proposer des postes plus attractifs

> Pilotage et organisation des partenariats et des coordinations

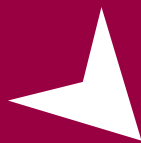
Pour favoriser la mise en place d'accompagnements cohérents et permettant d'éviter des ruptures dans le parcours des personnes, il apparaît donc nécessaire d'organiser et soutenir les partenariats.

Les formes de coopération (conventions, groupements, réseaux d'acteurs...) doivent pouvoir trouver une légitimité à travers le pilotage de rapprochements d'acteurs et de coordinations au regard des besoins des usagers au niveau territorial, ainsi que dans la valorisation de la fonction d'expertise.

Toutefois, force est de constater que le travail en réseau est chronophage et fragile et qu'il reste souvent dépendant de la volonté et de l'engagement des personnes impliquées. Il faut aider à la professionnalisation des réseaux et à leur pérennité en dégagant des moyens internes (temps de travail liés aux partenariats à financer) et externes (des spécialistes de l'accompagnement et de la coordination des réseaux qui pourraient être financés par l'ARS et les conseils généraux). Ce soutien aux partenariats pourrait passer par la création d'un référent sur un territoire donné, qui pourrait initier des partenariats pérennes, organiser le rapprochement entre structures et favoriser le regroupement d'acteurs sur le territoire pour mettre en place des actions communes s'appuyant sur la mutualisation des compétences

La question du contournement des « cloisonnements » financiers pour favoriser des expérimentations de dispositifs d'articulation sanitaire, sociale et médico-sociale est également posée.

Plus généralement, les futurs appels à projets devront s'adosser à l'expression des besoins recensés et s'ouvrir à des projets d'actions innovantes prenant en compte le parcours de l'utilisateur et la réalité de l'offre territorialisée.



Un document complémentaire au schéma est également accessible à l'adresse suivante :

www.ars.aquitaine.sante.fr/index.php?id=127618

Ce document comprend :

- > des données socio-démographiques de la région Aquitaine
- > les comptes-rendus des groupes de travail régionaux mis en place dans le cadre de la commission spécialisée de la CRSA pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et du comité technique régional autisme (CTRA) :
 - groupe personnes âgées
 - groupe personnes handicapées
 - groupe santé précarité
 - groupe autisme
- > les résultats de l'enquête conduite par le CREAHI
- > ...les réunions territoriales de concertation
 - invités et participants
 - les diagnostics territoriaux présentés lors des réunions territoriales, accessibles sur le site de l'ARS et du CREAHI
 - les comptes-rendus des réunions territoriales réalisés par les délégations territoriales de l'ARS
- > la synthèse régionale de l'état des lieux présentée lors du COPIL du 14 juin 2011



Glossaire

A

AAH :	Allocation aux adultes handicapés	CCAS :	Centre communal d'action sociale
ACT :	Appartement de coordination thérapeutique	CDAPH :	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
ACTP :	Allocation compensatrice pour tierce personne	CDCPH :	Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
AEEH :	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	CDD :	Contrat à durée déterminée
AFSSAPS :	agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé	CDI :	Contrat à durée indéterminée
AGEFIPH :	Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées	CFA :	Centre de formation d'apprentis
AHI :	Accueil/hébergement/insertion	CG :	Conseil général
AIS :	Actes de soins infirmiers	CH :	Centre hospitalier
ALD :	Affection longue durée	CHRS :	Centre d'hébergement et de réadaptation sociale
AMP :	Aide médico-psychologique	CHS :	Centre hospitalier spécialisé
ANAP :	Agence nationale d'appui à la performance	CHU :	Centre hospitalier universitaire
ANCREAI :	Association nationale des CREAI	CIAPA :	Comité départemental d'information et d'action en faveur des personnes âgées
ANESM :	Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale	CISSA :	Collectif inter associatif sur la santé aquitaine
APA :	Allocation personnalisée d'autonomie	CLIC :	Centre local d'information et de coordination gérontologique
ARS :	Agence régionale pour la santé	CLIS :	Classe d'intégration scolaire
ARS/DT :	Agence régionale pour la santé / délégation territoriale	CMPP :	Centre médico-psycho-pédagogique
AS :	Aide-soignant	CNSA :	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
ASE :	Aide sociale à l'enfance	CODERPA :	Comité départemental de retraités et des personnes âgées
ASH :	Agent de services hospitaliers	CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
AT-MP :	Accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (MP)	CRA :	Centre de ressources autisme d'aquitaine
AVC :	Accident vasculaire cérébral	CREAHI :	Centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations
AVS :	Auxiliaire de vie scolaire	CRF :	Centre de réadaptation fonctionnelle
AVS-i :	Auxiliaire de vie scolaire-individuel	CRP :	Centre de rééducation professionnelle

B/C

BAB :	Bayonne Anglet Biarritz	CRUQPC :	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CAF :	Caisse d'allocations familiales	CRSA :	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CAMSP :	Centre d'action médico-sociale précoce	CTRA :	Comité technique régional sur l'autisme
CARSAT :	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail	CUB :	Communauté urbaine de Bordeaux
CATTP :	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	CVS :	Conseil de la vie sociale

D

DDCS :	Direction départementale de la cohésion sociale
DGCS :	Direction générale de la cohésion sociale
DIRECCTE :	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DOMS :	Département d'offre médico-sociale (ARS)
DRJSCS :	Direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale

E

EA :	Entreprise adaptée
EEAP :	Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMS :	Établissement médico-social
EMOG :	Equipe mobile de gériatrie
EN :	Éducation nationale
EREA :	Établissement régional d'enseignement adapté
ES :	Educateur spécialisé
ESAT :	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS :	Établissement social et médico-social
ETAPE :	Expertise technique préalable à l'entrée en apprentissage des jeunes en situation de handicap
EVS :	Emploi de vie scolaire

F

FAM :	Foyer d'accueil médicalisé
FEGAPEI :	Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées
FEHAP :	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FINESS :	Fichier national des établissements et services sanitaires et sociaux
FH :	Foyer d'hébergement
FHF :	Fédération hospitalière de France

FIPHFP :	Fonds d'insertion pour les personnes handicapées dans la fonction publique
FNARS :	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
FO :	Foyer occupationnel

G/H

GCSMS :	Groupements de coopération sociale ou médico-sociale
GEM :	Groupe d'entraide mutuelle
GIR :	Groupes iso-ressources
GMP :	Groupe iso ressources (GIR) moyen pondéré
HAD :	Hospitalisation à domicile
HAS :	Haute autorité de santé
HCSP :	Haut comité de santé publique

I/J

IDE :	Infirmier diplômé d'état
IEA :	Institut d'éducation auditive
IEM :	Institut d'éducation motrice
IEV :	Institut d'éducation visuelle
IME :	Institut médico-éducatif
IMPRO :	Institut médico-professionnel
INSEE :	Institut national de la statistique des études économiques
INSERM :	Institut national de la santé et de recherche médicale
ITEP :	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

L

LAM :	Lit d'accueil médicalisé
LEP :	Lycée d'enseignement professionnel
LHSS :	Lit halte soins santé
LPC :	Langage parlé complété
LSF :	Langue des signes française

M

MAIA :	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAMA :	Maladie d'Alzheimer et maladies associées
MAS :	Maison d'accueil spécialisée
MDPH :	Maison départementale des personnes handicapées
MDSI :	Maison départementale de la solidarité et de l'insertion
ME :	Moniteur éducateur
MECS :	Maison d'enfants à caractère social
MSA :	Mutualité sociale agricole

O

OETH :	Obligation d'emploi des travailleurs handicapés
OMPHALE :	Outil méthodologique de projection d'habitants, d'actifs, de logements et d'élèves
OMA :	Organisation mondiale de la santé
ONDAM :	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPCA :	Organisme paritaire collecteur agréé

P

PA :	Personnes âgées
PASA :	Pôle d'activités et de soins adaptés
PASS :	Permanence d'accès aux soins de santé
PCH :	Prestation de compensation du handicap
PH :	Personnes handicapées
PHV :	Personnes handicapées vieillissantes
PJJ :	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI :	Protection maternelle infantile
PMP :	Pathos moyen pondéré
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPA :	Projet personnalisé d'accompagnement
PPS :	Projet personnalisé scolaire
PRAPS :	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRIAC :	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRICE :	Programme régional et interdépartemental d'inspection, contrôle et évaluation
PRITH :	Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
PRS :	Projet régional de santé
PSRS :	Plan stratégique régional de santé

R/S

RASED :	Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté
RQTH :	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAD :	Services d'aide à domicile
SAMSAH :	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAT :	Service d'aide par le travail
SAVS :	Service d'accompagnement à la vie sociale
SEGPA :	Section d'enseignement général et professionnel adapté
SESSAD :	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SPASAD :	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROMS :	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS :	Schéma régional d'organisation des soins
SSIAD :	Services de soins infirmiers à domicile
SSR :	Soins de suite et de réadaptation
SYNERPA :	Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées

T/U

- TED :** Troubles envahissants du développement
- TH :** Travailleur handicapé
-
- UHR :** Unités d'hébergement renforcées
- ULIS :** Unités localisées pour l'inclusion scolaire
- UNAFAM :** Union nationale des amis et familles de malades mentaux
- UNCASS :** Union nationale des centres communaux d'action sociale
- UPI :** Unité pédagogique d'intégration (remplacée par les ULIS)
- URIOPSS :** Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux
- URMLA :** Union régionale des médecins libéraux d'aquitaine
- USLD :** Unité de soins de longue durée
- UT :** Unité territoriale
- VAE :** Validation des acquis de l'expérience

ars

» Agence Régionale de Santé
Aquitaine

www.ars.aquitaine.sante.fr

Agence Régionale de Santé d'Aquitaine

Espace Rodesse
103 bis rue Belleville - CS 91704
33063 Bordeaux Cedex

Tél : 05 57 01 44 00 / Fax : 05 57 01 47 85

ars-aquitaine-contact@ars.sante.fr