

**SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION
MEDICO-SOCIALE**

2012-2016

SOMMAIRE

1	Les éléments de contexte et de cadrage	5
1.1	La place du schéma dans le PRS	5
1.2	Les enjeux et les principes	5
1.3	Les territoires de proximité	5
1.4	Les éléments de référence nationaux	6
1.5	Le cadre réglementaire du schéma	7
1.6	Les leviers de mise en œuvre du SROMS	8
2	Rappel général des priorités et des objectifs généraux du PSRS	9
3	La méthodologie d'élaboration du schéma	9
	VOLETS « ENFANTS, ADOLESCENTS ET ADULTES HANDICAPES »	12
1	Rappel des priorités du PSRS concernant les personnes en situation de handicap	12
2	Contexte régional et diagnostic concernant le volet enfants et adolescents handicapés	14
2.1	La démographie	14
2.2	Quelques données chiffrées	15
2.3	Éléments de définition	15
2.4	La scolarisation	18
2.5	Description de l'offre régionale médico-sociale	19
2.6	Taux d'équipement par type d'établissements et services	24
2.7	Dépense par habitant pour la prise en charge des jeunes handicapés	29
2.8	Les principaux constats et besoins exprimés	30
2.9	Les schémas départementaux	31
3	Contexte régional et diagnostic concernant le volet adultes handicapés	32
3.1	Démographie	32
3.2	Quelques données chiffrées	33
3.3	Éléments de définition	33
3.4	Description de l'offre régionale	35
3.5	Taux d'équipement par type d'établissements et de services	40
3.6	Dépense par habitant	46
3.7	Principaux constats	47
3.8	Les schémas départementaux	48
3.9	Le schéma des Centres de rééducation professionnelle (CRP) en région Centre	48
4	Objectifs opérationnels et actions concernant les volets « enfants, adolescents et adultes handicapés »	49
	Objectif opérationnel 1 : améliorer la connaissance des besoins	49
	Objectif opérationnel 2 : améliorer l'information des professionnels et des usagers	53
	Objectif opérationnel 3 : améliorer le dépistage précoce du handicap (Priorité ARS)	55
	Objectif opérationnel 4 : améliorer l'accompagnement précoce	64
	Objectif opérationnel 5 : adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un trouble du spectre autistique	65
	Objectif opérationnel 6 : favoriser la scolarisation, l'insertion professionnelle et l'insertion sociale des personnes handicapées	68

Objectif opérationnel 7 : adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un handicap psychique dont les troubles du comportement	72
Objectif opérationnel 8 : adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un polyhandicap, plurihandicap et des situations complexes de handicap.....	74
Objectif opérationnel 9 : adapter l'offre de prise en charge au vieillissement des personnes en situation de handicap (Priorité ARS)	76
Objectif opérationnel 10 : contribuer, par territoire, au renforcement des coordinations des acteurs et des professionnels prenant en charge des personnes handicapées afin d'optimiser les compétences et les complémentarités dans un contexte de démographie médicale et paramédicale non favorable dans les 5 ans à venir	78
Objectif opérationnel 11 : renforcer la prévention des complications liées au handicap.....	81
Objectif opérationnel 12 : améliorer l'accès aux soins et faciliter la continuité des soins des personnes en situation de handicap prises en charge en ESMS et à domicile	83
Objectif opérationnel 13 : soutenir les aidants des personnes en situation de handicap par le développement de dispositifs de répit.....	85
Objectif opérationnel 14 : développer l'information et la formation à destination des aidants naturels de personnes en situation de handicap.....	87
Objectif opérationnel 15 : renforcer l'offre médico-sociale destinée à la prise en charge des personnes en situation de handicap à domicile	89
VOLET « PERSONNES AGEES »	93
1 Rappel des priorités du PSRS concernant les personnes âgées.....	93
2 Contexte régional	94
2.1 La démographie.....	94
2.2 Quelques données chiffrées	95
2.3 Etat de santé des personnes âgées.....	96
2.4 Définitions et description de l'offre régionale	97
2.5 Dépenses par habitant	118
2.6 Principaux constats issus des travaux des groupes départementaux.....	120
3 Objectifs opérationnels et actions concernant le volet « personnes âgées »	122
Objectif opérationnel 16 : améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité.....	122
Objectif opérationnel 17 : améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques par la mise en œuvre du plan Alzheimer (priorité ARS).....	128
Objectif opérationnel 18 : contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées à domicile et en EHPAD	133
Objectif opérationnel 19 : améliorer l'accès aux soins et identifier les besoins d'accompagnement pour la population migrante vieillissante	139
Objectif opérationnel 20 : développer les mesures de répit : plateformes de répit et d'accompagnement des aidants, formes innovantes de répit sur les territoires ; former et informer les aidants.....	140
Objectif opérationnel 21 : adapter l'offre en SSIAD au sein des territoires en tenant compte des spécificités.	142

VOLET « PERSONNES CONFRONTEES A DES DIFFICULTES SPECIFIQUES »
..... 145

- 1- **Rappel des priorités du PSRS concernant les personnes exposées à des conduites à risques**..... 145
- 2- **Contexte régional et diagnostic concernant le volet personnes en difficultés avec les addictions**..... 145
- 3- **Objectifs opérationnels et actions concernant le volet personnes en difficultés avec les addictions**..... 155
- 4 **Contexte régional et diagnostic concernant le volet personnes en situation de précarité et de vulnérabilité ayant besoin de soins et d'un accompagnement médico-social** 168

OBJECTIFS OPERATIONNELS TRANSVERSAUX A TOUTES LES POPULATIONS DU MEDICO-SOCIAL 178

Objectif opérationnel 37 : contribuer au déploiement des bonnes pratiques professionnelles et à l'efficacité des ESMS..... 178

Objectif opérationnel 38 : contribuer à la promotion de la bientraitance, à la lutte contre la maltraitance et au respect des droits des usagers..... 180

Objectif opérationnel 39 : accompagner la professionnalisation des salariés des ESMS et l'évolution des ressources humaines des ESMS (Priorité ARS)..... 182

LES ANNEXES 187

SROMS 2012-2016 - CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE - volet "Personnes en situation de handicap" 188

SROMS 2012-2016 - CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE - volet "Personnes Agées" 192

SROMS 2012-2016 - CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE - volet "Personnes confrontées à des difficultés spécifiques" 195

SROMS 2012-2016 - CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE – "Volet transversal à toutes les populations du médico-social" 199

1 Les éléments de contexte et de cadrage

1.1 La place du schéma dans le PRS

Fixé pour une durée de cinq ans, le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) est un outil de mise en œuvre et de déclinaison opérationnelle du Projet régional de santé (PRS) introduit par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

Le Projet régional de santé (PRS) constitue l'outil de planification unifié de la politique de l'Agence régionale de santé (ARS). Il privilégie une approche transversale des politiques publiques de santé dans l'objectif d'opérer une meilleure complémentarité des offres, des ressources et des compétences mobilisées pour la santé des citoyens et d'assurer une fluidité des parcours.

Dans cette logique, le PRS prend en compte l'ensemble des dimensions d'une offre de santé : prévention, soins, médico-sociale.

Au sein du Plan stratégique régional de santé, première étape de construction du PRS, l'ARS du Centre a défini six domaines d'actions prioritaires auxquels sont associés des objectifs de santé ou d'organisation devant guider l'action de l'ARS sur les cinq années de mise en œuvre du PRS.

Avec les schémas régionaux de prévention et de l'organisation des soins avec lesquels il s'inscrit en complémentarité, le SROMS organise, pour le secteur médico-social, les réponses opérationnelles aux priorités définies par le PSRS.

1.2 Les enjeux et les principes

Les enjeux du SROMS rejoignent ceux définis globalement par le PRS :

- **améliorer l'espérance de vie en bonne santé** : les diverses missions dévolues au secteur médico-social (prévention, dépistage, orientation, accompagnement, etc.) participent à l'amélioration des conditions de vie, et plus particulièrement à l'amélioration du niveau d'espérance de vie sans incapacité,
- **promouvoir l'égalité devant la santé** : la réduction des inégalités sociales occupe une place centrale dans le PRS, et tout particulièrement au sein du SROMS en raison du public potentiellement vulnérable auquel il s'adresse. La logique de compensation des conséquences d'un handicap à laquelle toute personne handicapée a droit, quelles que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie¹, rejoint cet enjeu de réduction des inégalités. Ce principe d'égalité devant la santé introduit également le principe de subsidiarité, et donc l'accès en priorité au droit commun,
- **développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient** : ces exigences sont applicables au secteur médico-social au travers de la qualité des prestations d'accompagnement dont tout bénéficiaire doit pouvoir bénéficier au sein d'un établissement médico-social². En outre, la question de l'accessibilité est centrale pour le SROMS car elle conditionne une nouvelle fois l'accès au droit commun du plus grand nombre de personnes. Enfin, l'efficience doit être recherchée pour promouvoir une utilisation optimale de toutes les ressources mobilisées sur le territoire régional.

1.3 Les territoires de proximité

L'ARS du Centre a retenu les six départements de la région comme territoires de santé, notion administrative et opposable dans le cadre de la planification de l'offre de soins (article L. 1434-9 du CSP) et de l'installation des conférences de territoires.

¹ Article L.114-1-4 du CASF

² Article L.311-3 du CASF

Au delà de cette définition juridique, le SROMS doit aussi tenir compte des territoires dits « de proximité ».

Le territoire de proximité (ou territoire d'action et de projet) renvoie à un espace de proximité et de coopération, issu de volontés locales. Les contours de ce territoire sont donc variables et mouvants en fonction des acteurs qui le portent et des évolutions du projet dans le temps. Les contours de ce territoire varient également en fonction du sujet traité (offre de premier recours, prévention et promotion de la santé, accompagnement médico-social, etc.) et souvent du degré de spécialité de l'offre concernée.

Ainsi, certaines priorités régionales pourront être déclinées différemment en infra territorial pour répondre au mieux aux besoins identifiés de la population en tenant compte de différents facteurs tels que, par exemple, l'histoire d'un territoire, la démographie des professionnels, les politiques menées par les autres partenaires institutionnels, par les acteurs de terrain...

1.4 Les éléments de référence nationaux

Le SROMS s'inscrit dans les principes généraux et fondements du CASF qui précise que « l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.

L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire ³ ».

Cette définition rejoint en plusieurs points l'acceptation large de la santé promue et portée par le PRS, à savoir « un état de bien être total physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité ».

C'est aussi le sens de la définition du handicap issue de la loi du 11 février 2005 : « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Le SROMS s'inscrit également dans le cadre des plans nationaux structurant l'évolution du secteur tels que :

- le Plan Solidarité grand âge (PSGA) 2007-2012 : permettre le libre choix du maintien à domicile dans de bonnes conditions, adapter l'hôpital aux personnes âgées et développer la recherche,
- le Plan Alzheimer 2008-2012 : améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, développer la recherche et sensibiliser le grand public,
- le programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées pour un accompagnement tout au long de la vie 2008-2014,
- le Plan autisme 2008-2012 : mieux connaître et mieux former les professionnels, améliorer le repérage des troubles et diversifier les approches,
- le schéma national des handicaps rares 2009-2013.

Et plus particulièrement pour le secteur des personnes en difficultés avec les addictions ou en situation de précarité et de vulnérabilité ayant besoin de soins et d'un accompagnement médico-social :

- le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 : développer la prévention des risques, la formation et la recherche, mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé et les établissements médico sociaux,

³ Articles L 116-1 et 2 du Code de l'action sociale et des familles

- le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 qui prévoit notamment des mesures concernant le dispositif de prise en charge sanitaire et social des addictions, en ciblant les populations exposées et vulnérables,
- le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 pour une politique de santé pour les personnes placées sous main de justice,
- le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les Infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014,
- la stratégie nationale de prise en charge des personnes sans-abri ou mal logées 2009-2012.

A noter également que la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 prévoit un dispositif de prévention et de prise en charge des addictions de type « jeux pathologiques ». Ce dispositif s'intègre dans l'ensemble du dispositif de prévention et de prise en charge des addictions, mis en place dans le cadre du plan national de prévention et de prise en charge des addictions 2007-2011.

1.5 Le cadre réglementaire du schéma

Le Code de la santé publique prévoit que le SROMS prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (relevant de la compétence des Conseils généraux) et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le Plan stratégique régional de santé (PSRS).

Le Schéma régional d'organisation médico-sociale :

- apprécie les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, au regard notamment des évolutions démographiques, épidémiologiques, socio-économiques et des choix de vie exprimés par les personnes handicapées, en perte d'autonomie ou vulnérables,
- détermine l'évolution de l'offre médico-sociale souhaitable pour répondre à ces besoins au regard de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante, de sa répartition et des conditions d'accès aux services et aux établissements. Il prend en compte la démographie et les besoins de formation des professionnels,
- précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale.

Le champ d'application du SROMS comprend les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées ou personnes âgées, mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), c'est-à-dire :

- les établissements et services pour enfants et adultes handicapés,
- les établissements et services pour personnes âgées,
- les centres de ressources,
- les établissements ou services à caractère expérimental,
- les Appartements de coordination thérapeutique (ACT), les Lits halte soins santé (LHSS) et les structures médico-sociales d'addictologie que sont les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).

Ces derniers bénéficient d'un financement 100 % assurance maladie sur l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) spécifique. De plus, ils ne sont pas intégrés dans le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), outil de programmation pluriannuel et ne peuvent pas prétendre aux Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Enfin, les LHSS et les ACT sont intégrés dans un des programmes obligatoires du PRS, le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Conformément aux articles L. 313-1 et suivants du CASF, les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services médico-sociaux, ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil, sont autorisés par l'ARS, si ceux-ci sont notamment compatibles avec les objectifs fixés par le SROMS.

1.6 Les leviers de mise en œuvre du SROMS

La réalisation des objectifs du SROMS sera possible par la mobilisation de plusieurs leviers :

- **les autorisations** : la délivrance d'autorisations pour la création, transformation ou extension d'établissement ou service permet de faire évoluer l'offre dans les territoires en fonction des besoins repérés. Les autorisations sont accordées à la suite d'une procédure d'appel à projet fixée aux articles R. 313-1 et suivants du CASF, sur la base d'un cahier des charges élaboré à partir des besoins tels qu'identifiés par le SROMS,
- **la contractualisation** : la négociation de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou de Conventions tripartites entre l'ARS et les établissements et services médico-sociaux permettra de relayer les objectifs du SROMS auprès des opérateurs de ce secteur. Ce levier ne concerne pas les établissements ou services mentionnés au 9° du I de l'article L 312-1 du CASF,
- **l'allocation de ressources** : l'attribution de moyens financiers est directement liée à la délivrance d'autorisation. En ce sens, elle constitue un levier de mise en œuvre des objectifs du SROMS,
- **l'inspection ou le contrôle** : ces deux modes d'intervention sont exercés par l'ARS au titre du contrôle des conditions de la sûreté ou de délivrance des prestations d'accompagnement,
- **l'évaluation** : les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du CASF procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation,
- **l'animation territoriale** : conduite par les délégations territoriales de l'ARS, l'animation territoriale participera à la déclinaison des objectifs du SROMS, en suscitant, accompagnant et coordonnant les actions de plusieurs partenaires au sein du territoire de santé.

2 Rappel général des priorités et des objectifs généraux du PSRS

Plusieurs priorités du PSRS concernent le champ du médico-social.

Les priorités concernant les populations des personnes en situation de handicap (enfants et adultes) et des personnes âgées ont été regroupées dans le domaine de l'Autonomie.

Cependant, d'autres domaines du PSRS impactent également ces deux populations : santé mentale, maladies chroniques, conduites à risques, périnatalité et petite enfance.

Les priorités relatives aux personnes en difficultés avec les addictions ont été regroupées dans le domaine conduites à risques.

Concernant le domaine Autonomie, quatre priorités et 12 objectifs opérationnels ont été arrêtés dans le PSRS.

Parmi ces priorités, une concerne spécifiquement les personnes handicapées (priorité 1) et une concerne spécifiquement les personnes âgées (priorité 2).

Les priorités 3 et 4 de ce domaine sont transversales et s'appliquent aussi bien aux personnes en situation de handicap qu'aux personnes âgées.

L'objectif opérationnel « Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles » concerne quant à lui l'ensemble du champ médico-social.

3 La méthodologie d'élaboration du schéma

Compte tenu du champ couvert et du calendrier fixé pour l'élaboration du PRS, les travaux du SROMS ont été menés dans une approche populationnelle. Dans ce cadre, des groupes de travail par public ont été constitués, ces derniers regroupant à chaque fois des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social.

- un groupe « enfants et adolescents handicapés »,
- un groupe « adultes handicapés »,
- un groupe « personnes âgées »,
- un groupe concernant les personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictions, précarité...).

Pour chaque groupe population, un groupe plénier a été constitué pour restituer les travaux menés.

Animé par l'ARS, chaque groupe, composé de représentants des commissions médico-sociales (commission de coordination des politiques et commission spécialisée de la CRSA), de représentants de professionnels, acteurs et experts de terrain, s'est réuni deux à trois fois en fonction de la population.

Pour le volet « enfants et adolescents handicapés », un constat des points forts et des points faibles a été élaboré spécifiquement dans chacun des six territoires, sur la base d'un état des lieux présenté conjointement par les différents partenaires institutionnels : Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), Conseil général dans le cadre notamment des compétences Aide sociale à l'enfance (ASE) et Protection maternelle et infantile (PMI), Education nationale, enrichi de la participation des acteurs de terrain représentant les différents types d'établissements et services du secteur médico social, de la psychiatrie et de la pédiatrie hospitalière.

Dans chaque territoire, un focus particulier a été effectué sur les thèmes suivants :

- déficience intellectuelle,
- troubles du comportement,
- autisme,
- polyhandicap,
- déficiences sensorielles,
- insertion scolaire,
- insertion professionnelle,
- articulation avec le secteur de la PMI, l'aide sociale à l'enfance et la psychiatrie.

Au total, pour ce volet, neuf réunions ont eu lieu avec les professionnels, les usagers et les différentes institutions regroupant 213 personnes en cumulé.

Pour le volet « adultes handicapés », la réflexion a été menée au niveau régional, trois groupes de travail régionaux ont été constitués sur la base des priorités arrêtées dans le PSRS.

Les thèmes retenus sont les suivants :

- la connaissance des besoins et les informations des acteurs : thématique commune au volet « enfants et adolescents handicapés » et qui renvoie à un des objectifs opérationnels de la priorité 1 du PSRS,
- l'adaptation des réponses aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap : fluidité du parcours de vie dans une dimension de proximité, thème transversal qui renvoie également à un des objectifs opérationnels de la priorité 1 du PSRS,
- la prise en charge de qualité et l'accompagnement du choix d'une vie à domicile des personnes en situation de handicap, qui renvoie aux priorités 3 et 4 du PSRS.

Pour ce volet, huit réunions ont eu lieu sur la période de réflexion avec les professionnels, les usagers et les différentes institutions. Ces réunions ont regroupé en cumulé 178 personnes.

Pour le volet « personnes âgées », les aspects sanitaires et médico-sociaux ont été abordés concomitamment sur chacun des six territoires avec élaboration d'un état des lieux de l'offre de maintien à domicile, de l'offre en hébergement social et médico-social en lien avec chaque Conseil général, de l'offre sanitaire avec notamment le descriptif des filières gériatriques, l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan Alzheimer, l'organisation de la psychiatrie.

Comme pour les autres groupes, les professionnels des trois champs : social, médico-social et sanitaire, ont contribué à enrichir le constat et à élaborer des propositions.

Au total, pour ce volet, huit réunions ont eu lieu avec les professionnels, les usagers et les différentes institutions regroupant 296 personnes en cumulé.

Pour le volet « personnes en difficultés avec les addictions », la réflexion s'est inscrite dans une démarche de transversalité entre les différents acteurs des champs sanitaire, médico-social et de la prévention. Ce décloisonnement optimise l'efficacité de la filière de soins en facilitant la coordination des acteurs.

Cette transversalité est un atout majeur pour les années à venir, quels que soient les territoires où elle sera mise en œuvre.

Le groupe de travail s'est appuyé sur le diagnostic établi dans le cadre du Plan stratégique régional de santé mais aussi sur sa connaissance des enjeux territoriaux, notamment en termes de complémentarité dans les prises en charge entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Le Schéma régional d'addictologie 2009-2013 et le volet Addictions du SROS 3 ont souvent servi de support à la réflexion du groupe.

Pour ce volet, six réunions ont eu lieu sur la période de réflexion avec les professionnels, les usagers et les différentes institutions. Le groupe de travail était composé de 30 personnes.

Les différents groupes ont contribué à enrichir les constats effectués lors des travaux du PSRS et proposé des objectifs opérationnels et actions déclinant les priorités et objectifs généraux retenus dans le PSRS pour le champ médico-social.

Le SROMS est présenté par volet populationnel : « personnes en situation de handicap », « personnes âgées » et « personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictions, précarité...) ».

Pour chaque volet, après un rappel synthétique des priorités et objectifs généraux du PSRS concernés par la population, et une présentation des éléments du contexte régional et du diagnostic, les actions et objectifs opérationnels sont déclinés par priorités du PSRS.

Cette présentation a pour finalité de favoriser une approche par parcours de vie et de faciliter la lecture des actions de chaque population.

Un volet transversal présente également, en dernière partie, les différents objectifs opérationnels et actions qui impactent l'ensemble des trois populations du SROMS.

Volet « enfants, adolescents et adultes handicapés »

1 Rappel des priorités du PSRS concernant les personnes en situation de handicap

Au sein du PSRS, les objectifs généraux concernant les publics « enfants, adolescents et adultes handicapés » ont été regroupés principalement dans la priorité 2 du domaine Autonomie du PSRS. D'autres priorités influent cependant sur ces publics.

Priorités du domaine de l'autonomie concernant les « enfants, adolescents et adultes handicapés »

Améliorer les réponses aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap :

- améliorer l'information et la connaissance des besoins des personnes atteintes de handicap,
- dépister et accompagner précocement le handicap,
- contribuer à la fluidité du parcours de vie des personnes handicapées dans une dimension de proximité.

Promouvoir une prise en charge de qualité et sécurisée :

- améliorer la coordination des acteurs,
- promouvoir les bonnes pratiques professionnelles,
- organiser l'accès et la continuité des soins.

Favoriser le choix de vie à domicile :

- apporter des solutions de répit et des alternatives à l'institutionnalisation,
- améliorer l'information et la formation à destination des aidants naturels,
- adapter l'offre médico-sociale à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie à domicile.

Priorités du domaine de la santé mentale concernant les « enfants, adolescents et adultes handicapés »

Diminuer la mortalité par suicide.

Améliorer la réponse aux situations de crise :

- optimiser le circuit de l'urgence et mieux faire connaître ce circuit,
- améliorer la coordination et l'accompagnement dans la phase de post crise.

Améliorer la qualité des prises en charge en santé mentale :

- mieux connaître et faire connaître les besoins en santé mentale,
- reconnaître la place de l'entourage,
- assurer la continuité et le suivi des prises en charge dans les territoires de proximité.

Adapter les réponses aux spécificités de certains publics dont les enfants adolescents.

Priorités du domaine des conduites à risques concernant les « enfants et adolescents et adultes handicapés »

Prévenir les conduites à risque :

- éviter ou retarder l'apparition des premières conduites addictives.

Réduire les conséquences des conduites à risque :

- dépister précocement les conduites à risque,
- organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité.

Priorités du domaine des maladies chroniques concernant également les adultes handicapés

Améliorer la qualité de vie des malades chroniques :

- soutenir la personne dans son projet de vie,
- limiter les complications,
- prévenir et dépister les maladies chroniques.

Renforcer la lutte contre les maladies chroniques ayant le plus fort impact en termes de mortalité et de morbidité :

- réduire l'incidence et la prévalence des cancers,
- réduire l'incidence et la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires,
- réduire l'incidence et la prévalence du diabète.

Priorités du domaine de la périnatalité et de la petite enfance

Améliorer la santé de l'enfant :

- réduire la part d'enfants atteints d'obésité et de surpoids,
- réduire la prévalence et l'incidence de l'asthme.

2 Contexte régional et diagnostic concernant le volet enfants et adolescents handicapés

2.1 La démographie

Répartition de la population régionale (enfants et adolescents) par zone géographique et par tranche d'âge

Libellé	Ensemble population	0-3 ans	En %	4-6 ans	En %	7-19 ans	En %
Bourges	181 173	8 035	4,44	6 296	3,48	27 674	15,27
Vierzon	47 795	2 068	4,33	1 663	3,48	6 979	14,60
Saint-Amand-Montrond	48 094	1 922	4,00	1 616	3,36	6 451	13,41
Aubigny	37 538	1 453	3,87	1 236	3,29	5 101	13,59
Total Cher	314 600	13 479	4,28	10 812	3,44	46 205	14,69
Chartres	199 928	10 487	5,25	7 898	3,95	33 338	16,68
Dreux	126 445	7 189	5,69	5 560	4,40	22 505	17,80
Châteaudun	58 452	2 765	4,73	2 108	3,61	8 597	14,71
Nogent-le-Rotrou	37 585	1 792	4,77	1 317	3,50	5 520	14,69
Total Eure-et-Loir	422 410	22 232	5,26	16 884	4,00	69 959	16,56
Châteauroux	117 289	4 951	4,22	3 920	3,34	17 107	14,59
Argenton-sur-Creuse	50 341	1 894	3,76	1 508	2,99	6 464	12,84
Issoudun	36 087	1 578	4,37	1 199	3,32	5 174	14,34
La Châtre	29 075	993	3,41	899	3,09	3 430	11,80
Total Indre	232 791	9 415	4,04	7 525	3,23	32 175	13,82
Tours	400 446	18 262	4,56	14 261	3,56	65 933	16,46
Amboise	74 192	3 790	5,11	3 154	4,25	12 030	16,22
Loches	49 911	2 078	4,16	1 681	3,37	7 338	14,70
Chinon	58 534	2 547	4,35	2 051	3,50	8 975	15,33
Total Indre-et-Loire	583 084	26 677	4,58	21 147	3,63	94 277	16,17
Blois	185 300	8 993	4,85	6 708	3,62	28 943	15,62
Vendôme	69 711	3 020	4,33	2 403	3,45	10 196	14,63
Romorantin	71 279	3 050	4,28	2 507	3,52	10 302	14,45
Total Loir-et-Cher	326 290	15 064	4,62	11 619	3,56	49 441	15,15
Orléans	398 591	21 051	5,28	15 437	3,87	66 455	16,67
Montargis	122 669	5 870	4,79	4 576	3,73	19 701	16,06
Pithiviers	60 239	3 133	5,20	2 472	4,10	10 065	16,71
Gien	66 229	3 321	5,01	2 516	3,80	10 014	15,12
Total Loiret	647 727	33 376	5,15	25 001	3,86	106 236	16,40
TOTAL REGION CENTRE	2 526 902	120 243	4,76	92 987	3,68	398 293	15,76

Source : INSEE par zone d'emploi 2007

La répartition géographique des jeunes âgés de 0 à 19 ans suit la tendance de l'ensemble de la population régionale. Ainsi, la majorité de la population régionale des enfants et adolescents se concentre sur l'axe ligérien (Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret) et à proximité de la frange francilienne (nord de l'Eure-et-Loir).

Ces territoires se développent à un rythme supérieur à la moyenne régionale. Ils creusent ainsi les écarts avec les autres territoires de la région. L'Eure-et-Loir et le Loiret ont une population plus jeune que les autres départements de la région.

2.2 Quelques données chiffrées

Chaque année, un peu moins de 1 % des enfants qui naissent sont porteurs d'une déficience sévère, soit environ 300 enfants (un peu plus de 30 000 naissances vivantes en 2009).

Le taux de prévalence du handicap tout confondu pour les enfants est compris entre 13 et 19 pour 1 000 (*source : DRESS*).

Depuis une vingtaine d'années, on note une augmentation du nombre de naissances prématurées et de faibles poids. L'analyse des certificats du 8^e jour montre des taux plus élevés dans le Cher (10,7 %) et le Loiret (9,2 %) pour un taux régional de 8,9 %.

Les données publiées en 2008 pour la région Centre issues de l'enquête ES 2006 (enquête en cours de réactualisation en 2011) ont permis de mettre en évidence 5 863 enfants ou adolescents handicapés (hors Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) pris en charge au cours de l'année 2006 par les Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) de la région avec 95 % d'enfants et adolescents originaires de la région Centre.

Par ailleurs, la région Centre se caractérise par une proportion de bénéficiaires de l'Allocation d'éducation d'enfant handicapé (AEEH) sensiblement équivalente à celle du territoire national : **7,9 ‰ jeunes de moins de 20 ans (contre 8,2 ‰ en France)**. La région Centre se place ainsi au 11^e rang des régions.

2.3 Eléments de définition

Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

Mis en place en 2006, ce dispositif de proximité est conçu comme un guichet unique pour les personnes handicapées.

Les MDPH « **exercent une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil, ainsi qu'une sensibilisation de tous les citoyens au handicap** ».

Chaque MDPH est structurée sous forme d'un Groupement d'intérêt public (GIP), dont le Conseil général assure la tutelle administrative et financière. Elle est administrée par une commission exécutive, présidée par le Président du Conseil général, qui nomme également le directeur de cette MDPH.

Amendement Creton

Il s'agit d'un dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en ESMS dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes. La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) se prononce sur l'orientation de ces jeunes vers un type d'établissement pour adultes, tout en les maintenant, par manque de places disponibles, dans les ESMS dans lesquels ils étaient accueillis avant l'âge de 20 ans.

Etablissements et services intervenant dans le cadre de la prévention, du dépistage, de l'accompagnement précoce

- **CAMSP** (Centres d'action médico-sociale précoce) : les CAMSP interviennent auprès des enfants de 0 à 6 ans présentant ou susceptibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuromoteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées.

Les CAMSP exercent des actions de dépistage des déficits ou handicaps, de prévention de leur aggravation et de rééducation par cure ambulatoire. Ils jouent également un rôle dans l'accompagnement et le soutien des familles lors du processus de révélation du handicap et dans la mise en œuvre des soins et des actions éducatives requis par l'état de l'enfant.

L'ensemble de ces actions cherche à favoriser l'insertion du jeune enfant dans son milieu familial et social et à soutenir son développement harmonieux. Les CAMSP sont constitués d'équipes pluridisciplinaires.

Les CAMSP bénéficient d'un accès direct, c'est-à-dire sans notification d'orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

- **CMPP** (Centres médico-psycho-pédagogiques) : ils sont destinés à accueillir des enfants et adolescents, en général âgés de 6 à 20 ans, présentant des difficultés d'adaptation, des troubles psychomoteurs, psychoaffectifs ou orthophoniques, des troubles du comportement ou de l'apprentissage, des difficultés neuropsychologiques ou comportementales, ainsi que des troubles du développement.

Les équipes pluridisciplinaires des CMPP assurent une fonction d'accueil, d'écoute et de soins auprès des enfants et de leur famille, sous forme de consultation ambulatoire. L'inscription en CMPP ne fait pas l'objet d'une notification d'orientation de la CDAPH. Les CMPP bénéficient d'un accès direct.

Les CMPP sont des établissements médico-sociaux aux frontières du médico-social et de la psychiatrie.

Etablissements et services intervenant dans le cadre de l'accompagnement en milieu ordinaire de vie

Il s'agit principalement de services d'éducation spéciale qui assurent un soutien à l'inclusion scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie aux enfants et adolescents jusqu'à 20 ans, en liaison avec les familles. Ils sont spécialisés par handicap.

- **SESSAD** (Services d'éducation spéciale et de soins à domicile) : les SESSAD accompagnent dans leur environnement naturel des enfants et adolescents porteurs d'une déficience mentale, atteints d'autisme ou de troubles apparentés, ou polyhandicapés. Ils interviennent à domicile et au sein des établissements auprès d'enfants et adolescents handicapés scolarisés en milieu ordinaire ou dans un dispositif d'inclusion collective (Classes pour l'inclusion scolaire (CLIS), Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS)).

Les établissements intervenant dans le cadre de l'accompagnement en institution

Les établissements d'éducation spéciale accueillent des enfants et adolescents handicapés.

Lorsque l'inclusion scolaire en milieu ordinaire n'est pas envisagée, ces établissements assurent une prise en charge éducative, pédagogique et thérapeutique adaptée à l'ensemble des besoins de chaque jeune.

Ils sont organisés différemment selon l'âge et les enseignements dispensés et proposent des modalités d'accueil variées : internat, semi-internat, externat, placement familial et regroupent les dispositifs suivants :

- **JES** (Jardins d'enfants spécialisés) : établissements qui sont agréés pour la prise en charge des jeunes enfants handicapés. L'objectif de ces structures est de favoriser la socialisation des enfants handicapés et leur scolarisation en école maternelle,
- **IEM** (Instituts d'éducation motrice) : ces établissements accueillent des enfants présentant une déficience motrice importante entraînant une restriction extrême de leur autonomie,
- **IME** (Instituts médico-éducatifs) : les IME sont agréés pour dispenser une éducation et un enseignement spécialisés pour des enfants et adolescents atteints de déficience à prédominance

intellectuelle. Les tranches d'âges varient selon les établissements. Les IME sont spécialisés selon le degré et le type de handicap du public accueilli,

Les IME regroupent les anciens Instituts médico-pédagogiques (IMP) et les Instituts médico-professionnels (IMPro).

- **ITEP** (Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques) : ces établissements médico-éducatifs accueillent des enfants ou des adolescents présentant des troubles du comportement important sans déficience intellectuelle mais perturbant gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

L'enseignement est dispensé soit dans l'établissement par des enseignants spécialisés, soit en inclusion partielle ou totale dans des classes d'établissements scolaires proches.

Certains établissements sont également spécialisés dans l'accueil des enfants polyhandicapés.

Par ailleurs, un réseau d'établissements proposant une prise en charge spécifique pour l'autisme existe en région Centre. Ce dispositif est complété par le **CRA** (Centre de ressources autisme), qui a une vocation régionale, et qui accueille et oriente les personnes et leur famille. Il peut aider à la réalisation de bilans et d'évaluations approfondies. Il participe à la formation et au conseil auprès de l'ensemble des acteurs impliqués dans le diagnostic et la prise en charge de l'autisme et des troubles apparentés.

Il existe également des établissements d'éducation sensorielle pour déficients visuels et pour déficients auditifs.

Déficiences auditives sévères

- **SAFEP** (Services d'accompagnement familial et d'éducation précoce) : pour les enfants de 0 à 3 ans, qui assurent le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic et de l'adaptation prothétique, l'éveil et le développement de la communication de l'enfant et dont les interventions peuvent avoir lieu dans les locaux du service et par des visites à domicile,
- **SSEFIS** (Services de soutien à l'éducation familiale et à la scolarisation) : pour les enfants de plus de 3 ans qui suivent par ailleurs une scolarité à l'école ordinaire ainsi que pour les enfants de 3 à 6 ans qui ne peuvent bénéficier d'une telle scolarité,
- **CRAPI** (Centre régional d'audiophonologie infantile) : service de soins d'accompagnement soutenant la scolarisation d'enfants sourds sévères et profonds avec la méthode de Langage Parlé Complété, moyen de compensation du handicap auditif pour personnes sourdes éduquées en langue française vocale,
- **CAIS** (Centre d'accueil et d'information sur la surdité) : a une vocation régionale. Il a pour mission d'informer sur la surdité, gérer un observatoire sur la surdité, assurer la mise en réseau et la coordination de ses partenaires, proposer un fond documentaire, effectuer des actions de sensibilisation.

Déficiences visuelles graves

- **SAAAIS** (Services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire) : pour les déficiences visuelles graves des enfants de plus de 3 ans,
- **SAFEP** (Services d'accompagnement familial et d'éducation précoce) : pour les enfants de 0 à 3 ans, qui assurent le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic et de l'adaptation prothétique, l'éveil et le développement de la communication de l'enfant et dont les interventions peuvent avoir lieu dans les locaux du service et par des visites à domicile.

2.4 La scolarisation

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées pose le principe de scolarisation prioritaire des élèves handicapés en milieu scolaire ordinaire, la scolarisation en milieu spécialisé étant l'exception.

Les modalités de scolarisation d'un élève handicapé peuvent prendre des formes variées, en application de son Projet personnalisé de scolarisation (PPS).

Les MDPH reconnaissent le handicap et proposent un plan personnalisé de compensation qui inclut le Projet personnalisé de scolarisation (PPS). L'Éducation nationale met en œuvre les mesures décidées par la MDPH, en partenariat avec les établissements sanitaires ou médico-sociaux et les collectivités territoriales.

La scolarisation sera effective en milieu scolaire ou en établissement médico-social.

En région Centre en 2006, près de 85 % des enfants et adolescents handicapés étaient scolarisés (enquête ES 2006). Le nombre d'enfants handicapés scolarisés progresse : un peu plus de 6 000 enfants adolescents lors de la rentrée 2007-2008 et plus de 7 000 lors de la rentrée 2010-2011. La progression concerne les enfants scolarisés en milieu ordinaire.

Dès l'âge de 3 ans, si leur famille en fait la demande, les enfants handicapés peuvent être scolarisés à l'école maternelle. La scolarisation peut être individuelle ou collective, en milieu ordinaire ou en établissement médico-social.

Scolarisation individuelle

Les conditions de la scolarisation individuelle d'un élève handicapé dans une école élémentaire ou dans un établissement scolaire du second degré varient selon la nature et la gravité du handicap. Selon les situations, la scolarisation peut se dérouler sans aucune aide particulière, ou faire l'objet d'aménagements lorsque les besoins de l'élève l'exigent. Le recours à l'accompagnement de vie scolaire et à des matériels pédagogiques adaptés concourent à rendre possible l'accomplissement de la scolarité.

Accompagnement de vie scolaire : rentrée 2011 : 29 923 heures prescrites pour 2 140 élèves ayant la notification CDAPH – 5 114 élèves bénéficient d'une scolarisation individuelle : 2 790 dans le premier degré et 2 324 dans le second degré.

Scolarisation collective

- Dans les écoles élémentaires, les **Classes pour l'inclusion scolaire (CLIS)** accueillent des enfants présentant un trouble cognitif, auditif, visuel ou moteur et pouvant tirer profit d'une scolarisation en milieu scolaire ordinaire. Les élèves reçoivent un enseignement adapté au sein de la CLIS, et partagent certaines activités avec les autres écoliers. La majorité des élèves de CLIS bénéficie aussi d'une scolarisation individuelle dans une autre classe de l'école. Les 177 CLIS que compte l'académie d'Orléans-Tours scolarisent 1 966 élèves. Le taux académique d'équipement en CLIS est de 37,2 pour 1 000 élèves du 1^{er} degré en situation de handicap.
- Dans le secondaire, lorsque les exigences d'une scolarisation individuelle sont trop grandes, les élèves présentant un handicap peuvent être scolarisés dans une **Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS)**. Ce dispositif s'adresse à des collégiens et lycéens qui ne sont pas en mesure de tirer profit d'un enseignement ordinaire. Encadrés par un enseignant spécialisé, ils se voient proposer une organisation pédagogique adaptée à leurs besoins spécifiques et permettant la mise en œuvre de leur projet personnalisé de scolarisation. Il inclut autant qu'il est possible des plages de participation aux activités de la classe de référence de l'enfant, choisie parmi les classes du collège qui accueillent des élèves de sa classe d'âge. Les 92 ULIS collège et 11 ULIS lycée scolarisent 1 051 élèves. Le taux académique d'équipement en ULIS collège est de 27,2 pour 1 000 et de 3,2 pour 1 000 en ULIS lycée.
- Il existe plusieurs typologies de CLIS et d'ULIS selon le type de handicap.

Scolarisation en établissement médico-social

Dans tous les cas où la situation de l'enfant ou de l'adolescent l'exige, c'est l'orientation vers un établissement médico-social qui constitue la solution permettant de lui offrir une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique adaptée. Le parcours de formation d'un jeune handicapé au sein de ces établissements peut :

- se dérouler à temps plein ou à temps partiel,
- comporter diverses modalités de scolarisation possibles.

Certaines classes peuvent être externalisées au sein d'établissements scolaires classiques.

2.5 Description de l'offre régionale médico-sociale

La région Centre compte **166** établissements et services pour la prise en charge des enfants et adolescents handicapés représentant **6 336 places installées** au 31 décembre 2010.

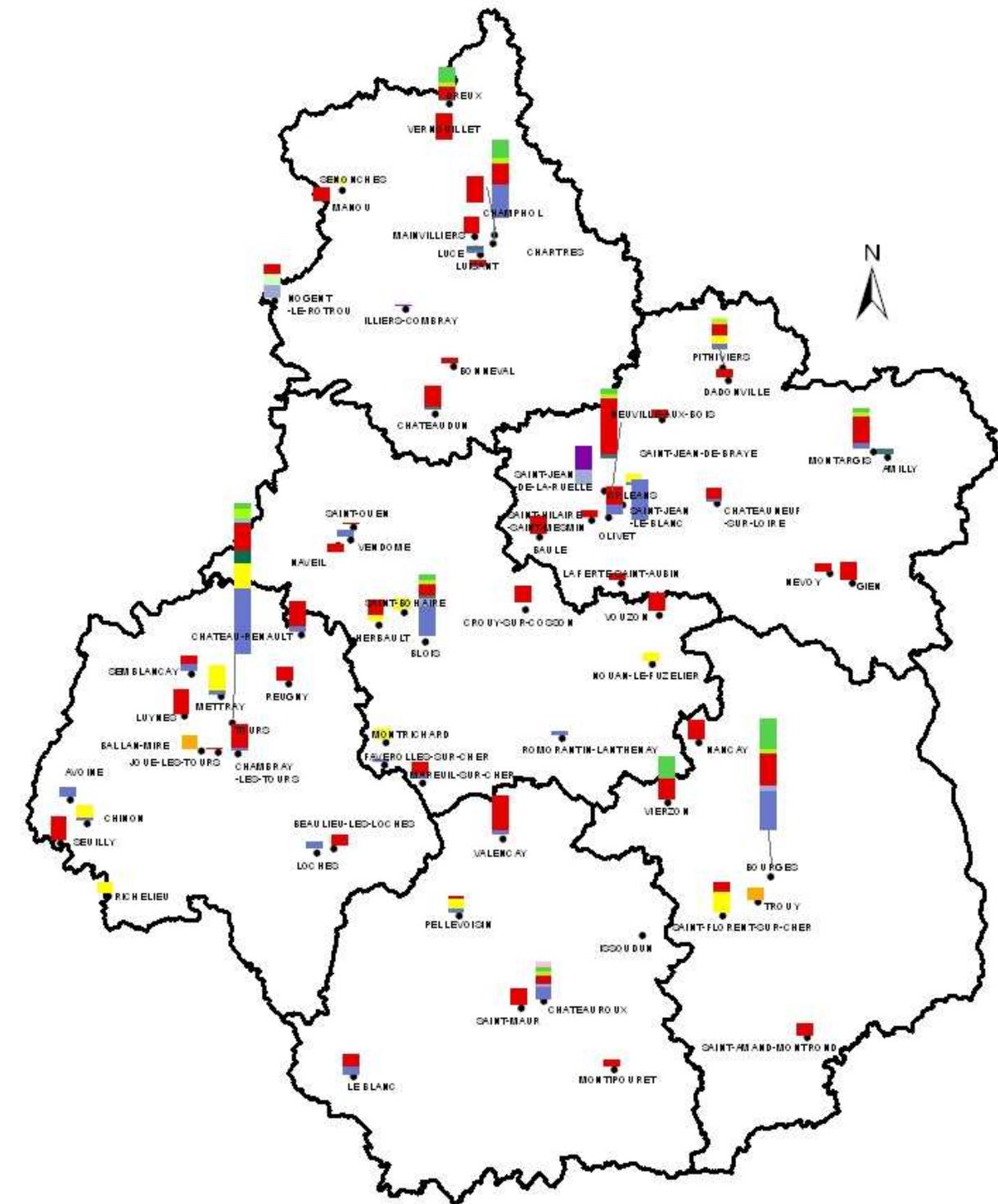
La région dispose de la plupart des dispositifs de prise en charge qui se déclinent de la manière suivante :

Type d'établissements et services	Nombre d'établissements et services Base FINESS juridique	Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Taux d'équipement régional pour 1 000 enfants de moins de 20 ans	Taux d'équipement national
CAMSP	12				
CMPP	10				
IME et IEM (y compris ceux ayant une section IMPro)	64	3 623	3 563	6,21	6
JES	6	101	93		
Etablissement expérimental ISEMA	1	12	9		
CAFS	1	25	25	1,24	/
ITEP	14	733	729		
Institut éducation sensorielle	1	60	60	0,36	/
Institut pour sourds	2	158	158		
CRAPI	1	46	46		
SESSAD	48	1 480	1 457	2,71	2,28
SAFEP/SSEFIS /SAAAIS	5	200	196		
Centre ressources autisme	1				
TOTAL	166	6 438	6 336		

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations.

L'ISEMA (Institut socio-éducatif médicalisé pour adolescents) est un établissement expérimental à triple habilitation (Assurance maladie, Conseil général, Protection judiciaire de la jeunesse).

Offre en établissements et services pour enfants handicapés en région Centre (Capacités installées au 31/12/2010)



Légende

	CAFS		IEM		ISEMA
	CAMSP		IME		JES
	CMPP		IRECOV		INSTITUT POUR SOURDS
	CRA		IRESDA		SAFEP/SSEFIS
			ITEP		SESSAD

Cette carte représente uniquement les sites principaux des établissements et services

Source : ARS Centre - IGN©

La région Centre dispose de 12 CAMSP et 10 CMPP répartis de la manière suivante sur les territoires :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de CAMSP	3	2	2	2	1	2	12
Nombre de CMPP	1	2	2	1	1	3	10
TOTAL	4	4	4	3	2	5	22

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

Ces CAMSP et CMPP disposent le plus souvent d'antennes. Au total, ces structures ambulatoires sont implantées sur 26 sites répartis sur l'ensemble du territoire régional.

La région dispose également de 3 563 places installées d'IME, 729 places installées d'ITEP, 25 places installées de CAFS, 93 places installées de JES et 1 457 places installées de SESSAD.

Au sein de cet équipement pour enfants et adolescents handicapés :

- **3 412 places installées dont 2 723 en IME, 80 en JES et 609 en SESSAD sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique pour enfants et adolescents déficients intellectuels.**

La répartition par territoire est la suivante :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places en IME	340	634	243	519	337	650	2 723
Nombre de places en JES	0	44	0	0	10	26	80
Nombre de places en SESSAD	88	83	90	161	92	95	609
TOTAL	428	761	333	680	439	771	3 412

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements.

- **358 places installées dont 289 en IME et 69 en SESSAD sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique pour enfants et adolescents autistes.**

La répartition par territoire est la suivante :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places en IME	28	24	55	114	25	43	289
Nombre de places en SESSAD	0	24	0	0	20	25	69
TOTAL	28	48	55	114	45	68	358

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements.

La région dispose également d'un **CRA** situé au CHU de TOURS qui a une vocation régionale, notamment en termes de réalisation du diagnostic.

- **1 055 places installées dont 729 en ITEP, 25 en CAFS et 301 en SESSAD sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique pour enfants et adolescents ayant des troubles de la conduite et du comportement.**

La répartition par territoire est la suivante :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places en ITEP	93	26	45	328	157	80	729
Nombre de places en CAFS	0	0	25	0	0	0	25
Nombre de places en SESSAD	50	20	19	147	40	25	301
TOTAL	143	46	89	475	197	105	1 055

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements.

Ce dispositif est complété en Eure-et-Loir par un établissement expérimental à triple habilitation (Assurance maladie, Conseil général et Protection judiciaire de la jeunesse), l'Institut socio-éducatif médicalisé pour adolescents d'une capacité de neuf places installées au 31 décembre 2010.

- **473 places installées dont 253 en IME/IEM et 220 en SESSAD sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique pour enfants et adolescents handicapés moteur.**

La répartition par territoire est la suivante :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places en IME et IEM	54	0	57	60	0	82	253
Nombre de places en SESSAD	18	18	17	59	35	73	220
TOTAL	72	18	74	119	35	155	473

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

- **334 places installées dont 268 en IME/IEM, 13 en JES et 53 en SESSAD sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique pour enfants et adolescents polyhandicapés.**

La répartition par territoire est la suivante :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places en IME et IEM	25	47	18	60	26	92	268
Nombre de places en JES	0	0	0	0	0	13	13
Nombre de places en SESSAD	15	8	2	0	15	13	53
TOTAL	40	55	20	60	41	118	334

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

- **91 places installées en SESSAD et SAFEP/SSEFIS sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique pour enfants et adolescents déficients visuels.**

La répartition par territoire est la suivante :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places en SESSAD et SAFEP /SAAAS	0	10	7	25	13	36	91

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

Le dispositif est complété par l'Institut de rééducation et d'éducation pour la communication de l'ouïe et la vue (IRECOV) d'une capacité de 60 places qui se situe à TOURS.

- **158 places installées en Instituts pour sourds et 290 en SESSAD et SAFEP/SSEFIS sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique pour les enfants et adolescents déficients auditifs et/ou ceux ayant des troubles du langage oral.**

La répartition par territoire est la suivante :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places en Instituts pour Sourds	0	52	0	0	0	106	158
Nombre de places en SESSAD et SAFEP/SSEFIS	27	50	6	61	40	106	290
TOTAL	27	102	6	61	40	212	448

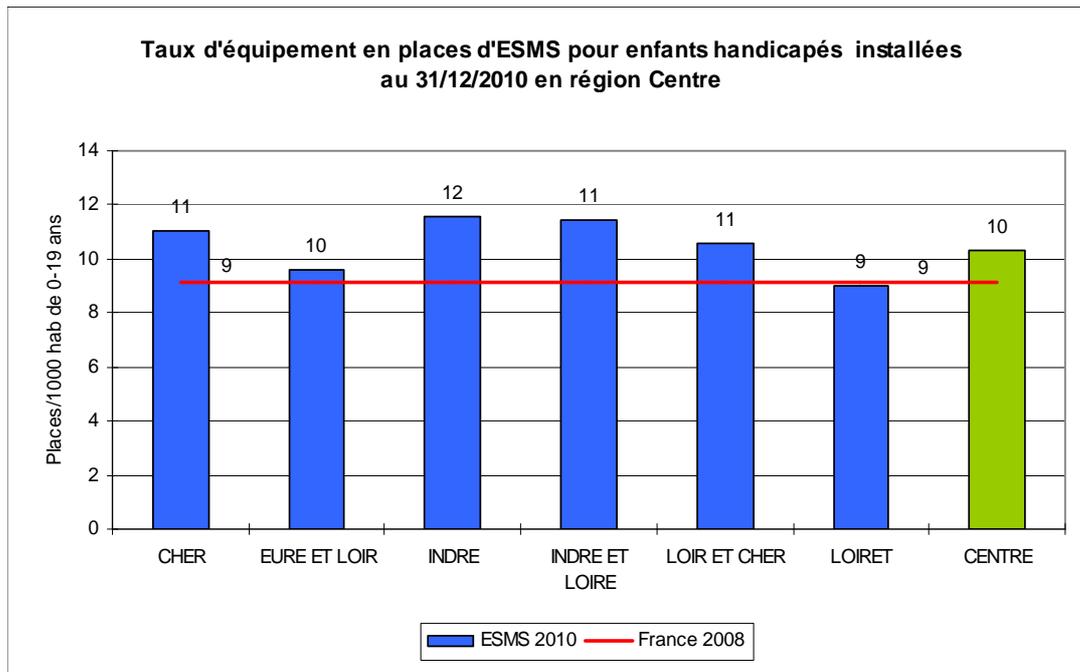
Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

Le dispositif est complété par l'IRECOV d'une capacité de 60 places qui se situe à TOURS et par le Centre d'action et d'information sur la surdité (CAIS) de Blois qui a été créé en juin 2011 et qui a vocation à s'étendre sur l'ensemble de la région Centre.

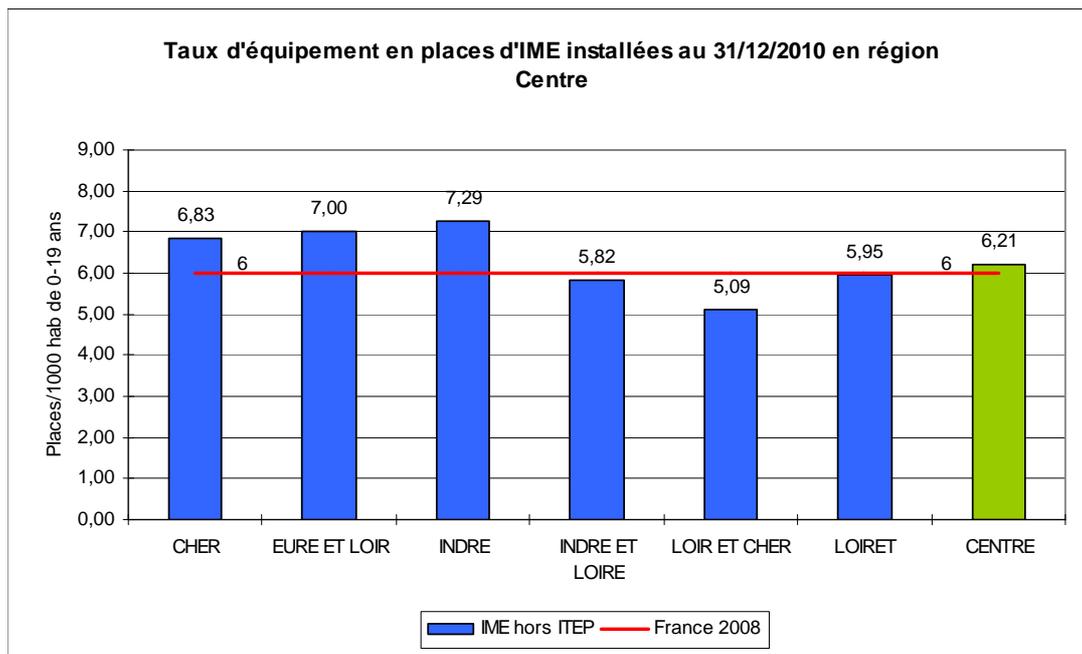
2.6 Taux d'équipement par type d'établissements et services

La présentation de ces taux d'équipement a pour vocation de montrer une photographie au 31/12/2010 de la situation de chaque territoire de la région en termes d'offre et de montrer les écarts d'équipement entre eux. Elle permet également de situer la région Centre par rapport au national qui utilise cette référence pour attribuer des mesures nouvelles aux différents territoires régionaux de l'hexagone.

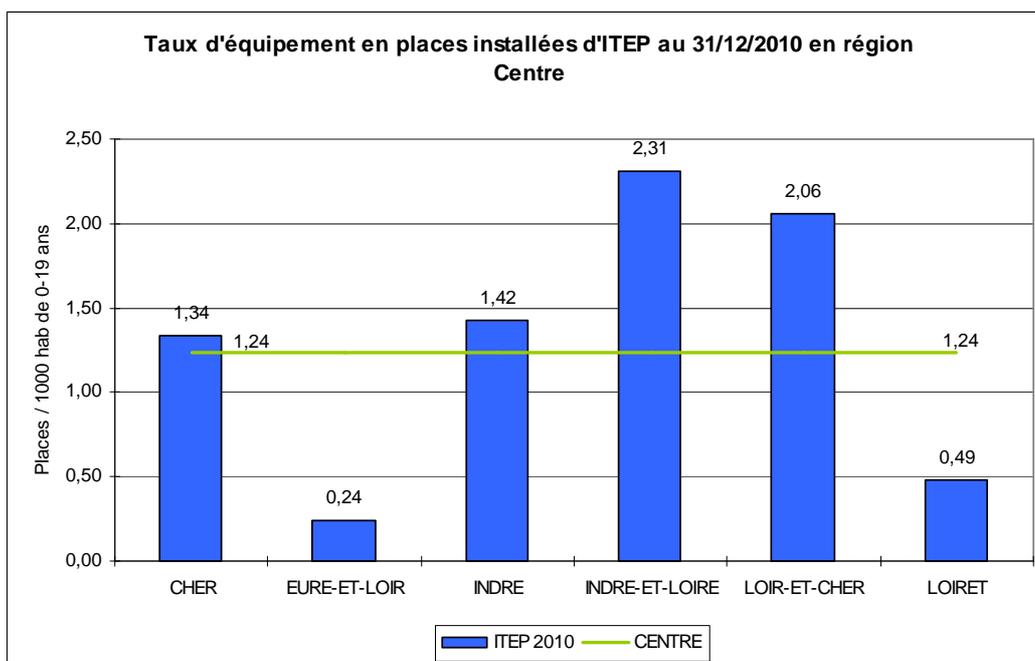
Cette présentation n'a pas pour vocation de porter un jugement sur les besoins de chaque territoire et le critère « taux d'équipement » n'a pas vocation à perdurer comme seul critère d'affectation des places nouvelles qui sont attribuées à la région Centre.



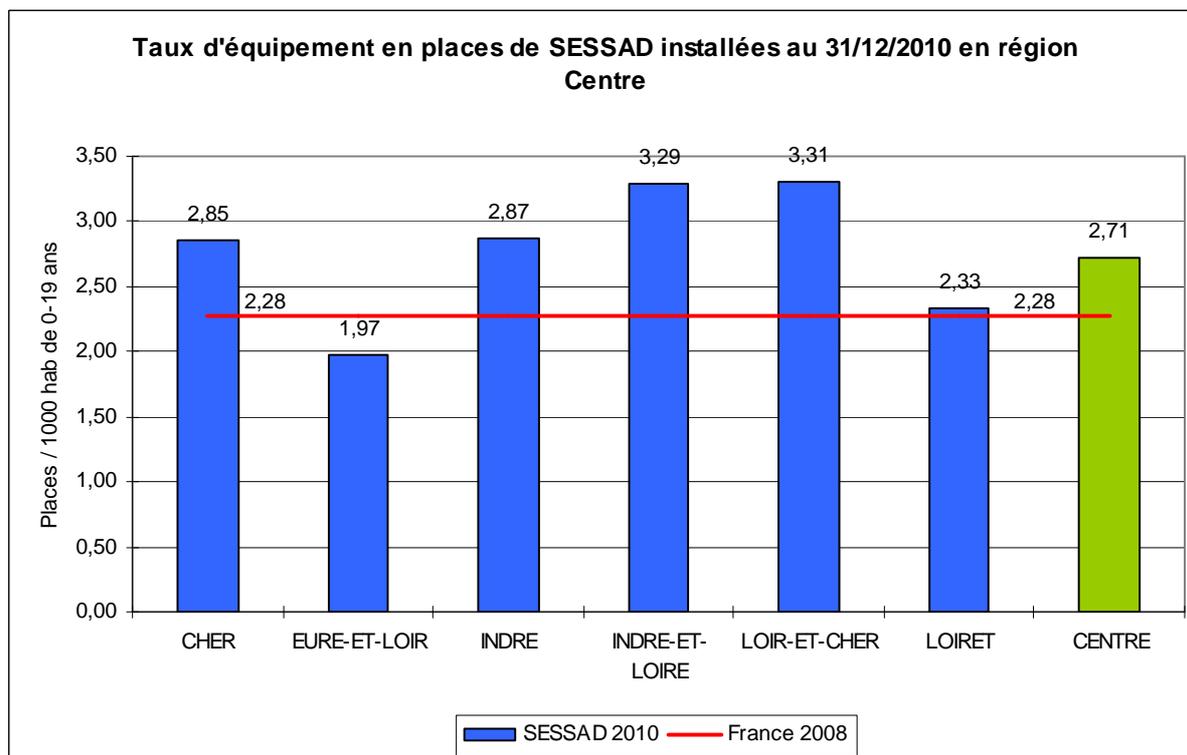
Globalement, le taux d'équipement régional en établissements pour enfants et adolescents handicapés est supérieur à la moyenne nationale.



Mais, le taux d'équipement régional en places d'IME est du même ordre que le taux moyen national.



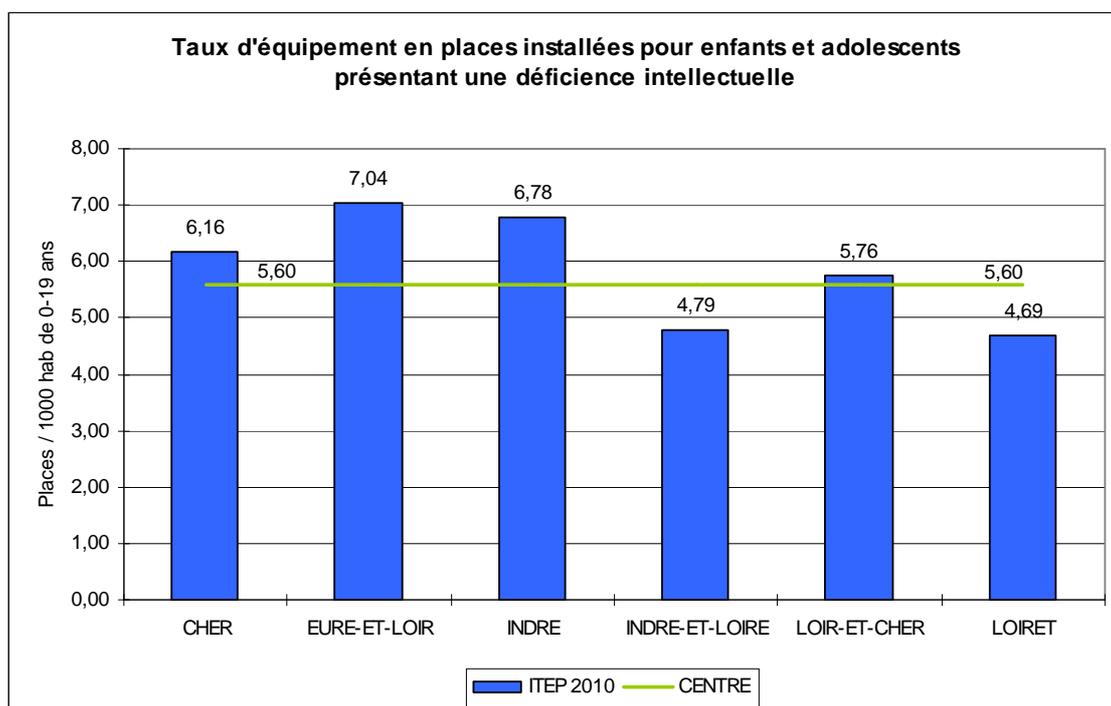
L'équipement en places d'ITEP n'est pas réparti de manière uniforme sur l'ensemble du territoire régional. Les départements d'Eure-et-Loir et du Loiret ont des taux d'équipement très inférieurs à la moyenne régionale.



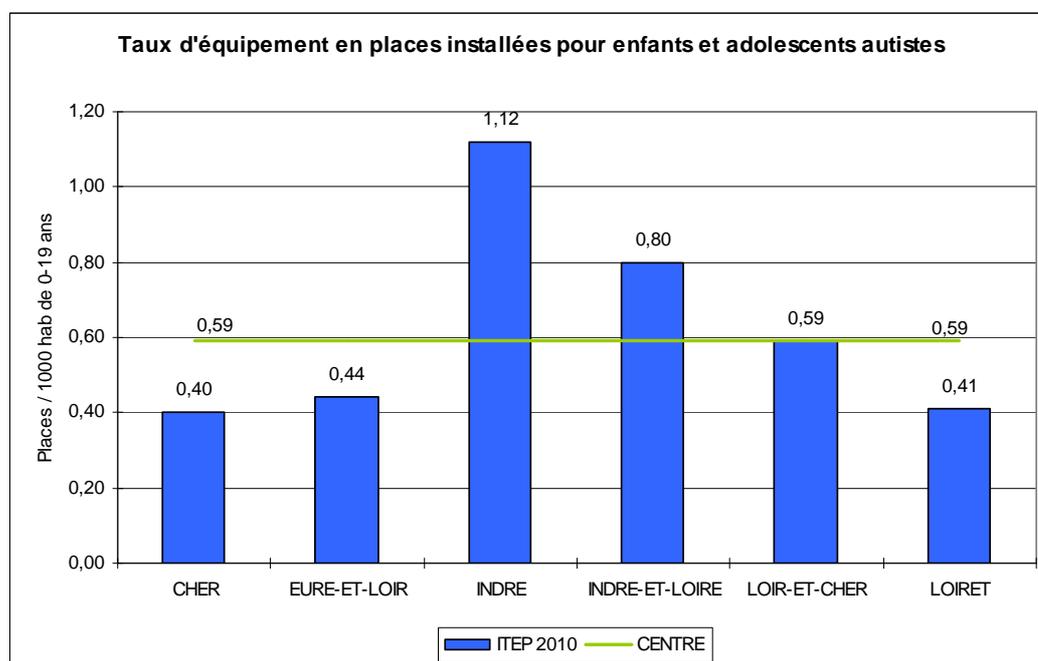
Le taux d'équipement régional en places de SESSAD est supérieur à la moyenne nationale. Seul le département d'Eure-et-Loir a un taux inférieur à la moyenne nationale.

Taux d'équipement pour certains types de handicaps

Ces taux d'équipement ont été calculés en prenant en compte les places spécifiques en IME, JES et SESSAD installées au 31 décembre 2010.

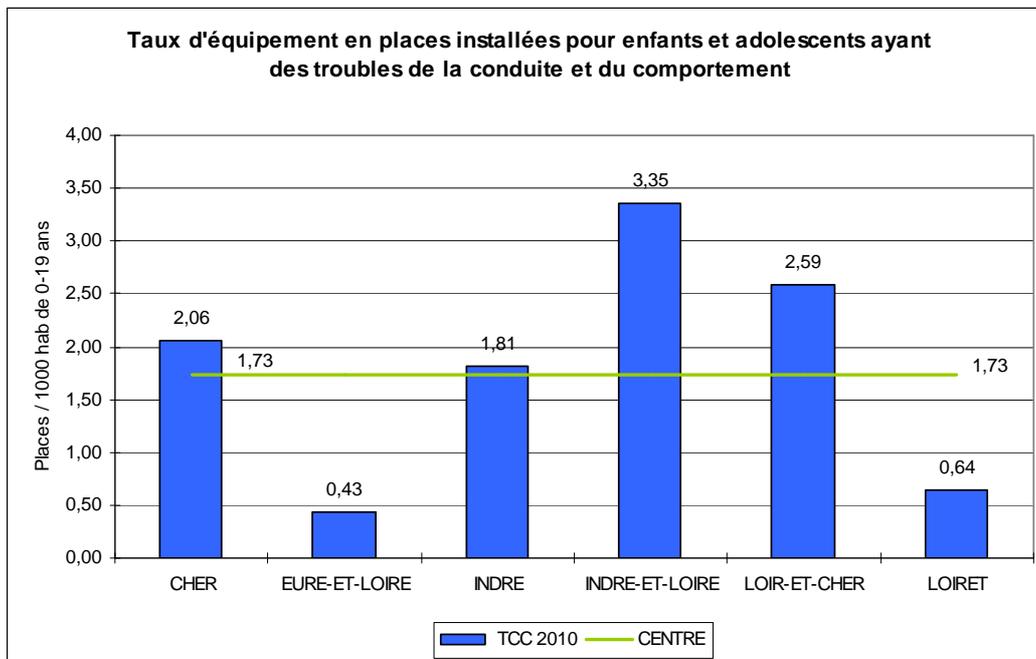


La majorité des territoires a un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale, à l'exception de l'Indre-et-Loire et du Loiret.



Les places spécifiques pour enfants et adolescents autistes ne sont pas réparties de manière uniforme en région Centre. Le département de l'Indre a un taux d'équipement supérieur de 90 % à la moyenne régionale, mais celui-ci inclut un établissement d'accueil temporaire qui a une vocation régionale, voire nationale.

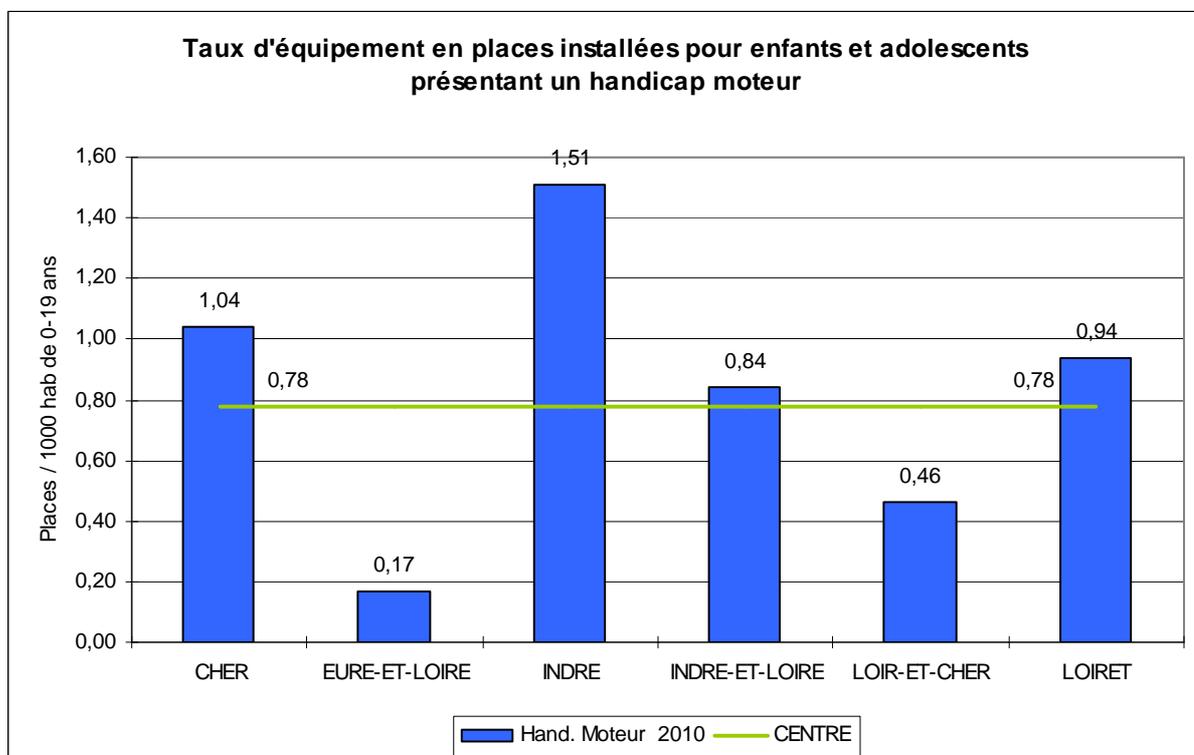
Ce taux d'équipement a été calculé en prenant en compte les places spécifiques en ITEP, CAFS et SESSAD installées au 31 décembre 2010.



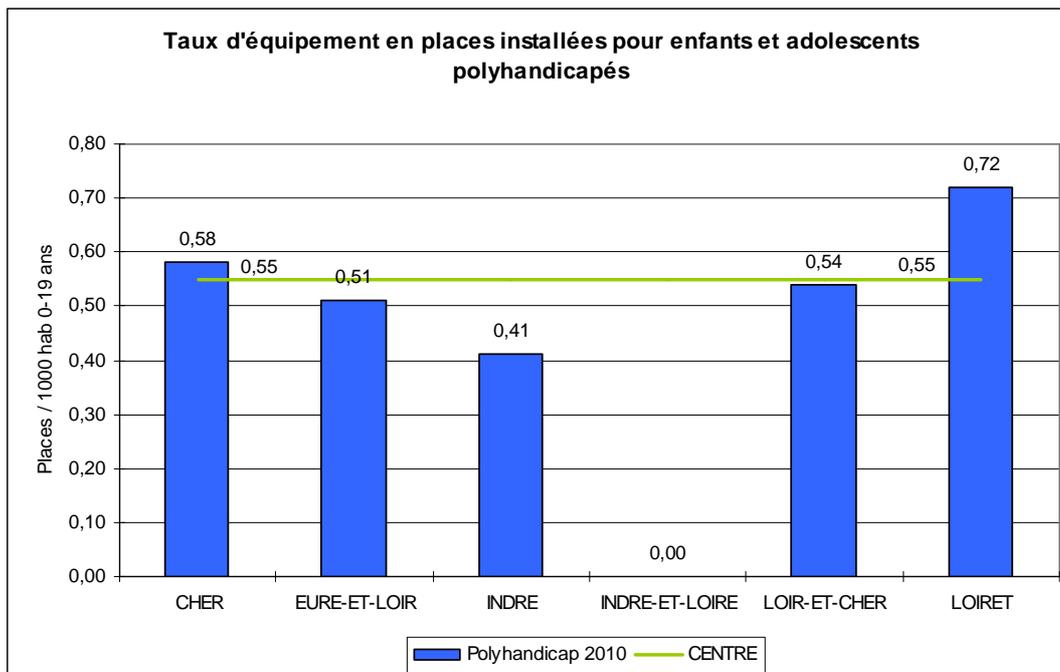
L'équipement en places spécifiques pour enfants et adolescents ayant des troubles de la conduite et du comportement n'est pas réparti de manière uniforme sur l'ensemble du territoire régional.

Les départements d'Eure-et-Loir et du Loiret ont des taux d'équipement très inférieurs à la moyenne régionale.

Les taux d'équipement en places spécifiques pour enfants et adolescents atteints d'un handicap moteur et ceux atteints d'un polyhandicap ont été différenciés. Cependant, certains établissements accueillent les deux types de population.



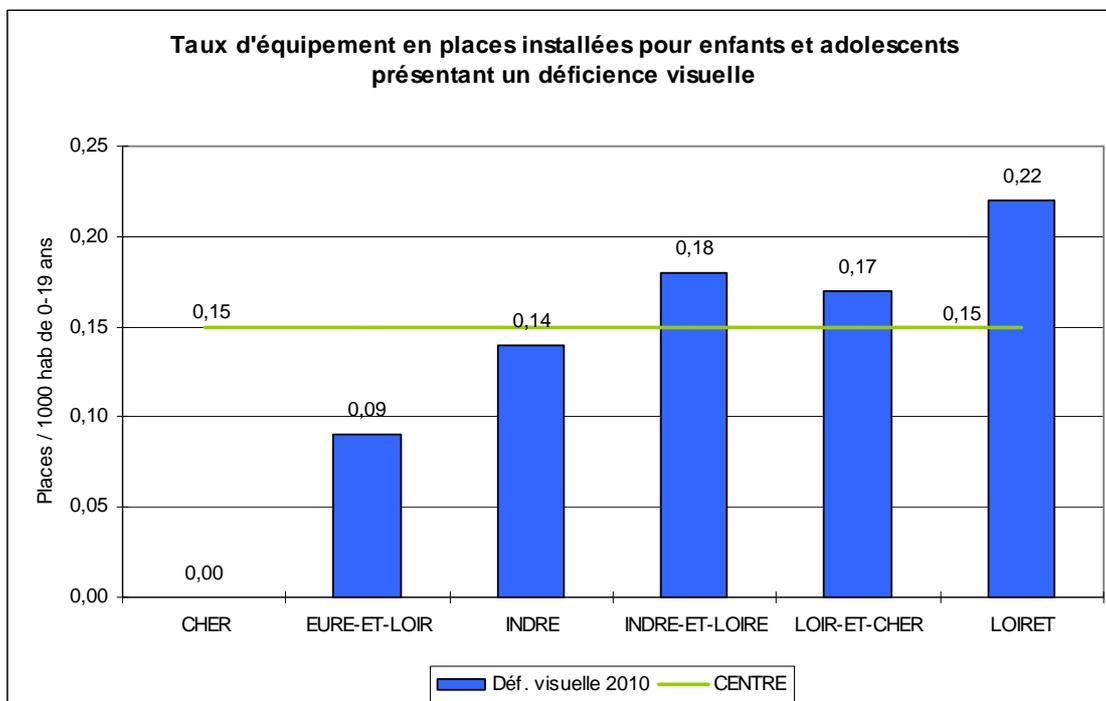
L'équipement en structures médico-sociales spécifiques pour enfants et adolescents atteints d'un handicap moteur n'est pas uniforme dans tous les départements. L'Eure-et-Loir et le Loir-et-Cher ont des taux d'équipement inférieurs à la moyenne régionale.



La majorité des territoires a un taux d'équipement proche de la moyenne régionale, à l'exception du Loiret qui possède le taux le plus élevé.

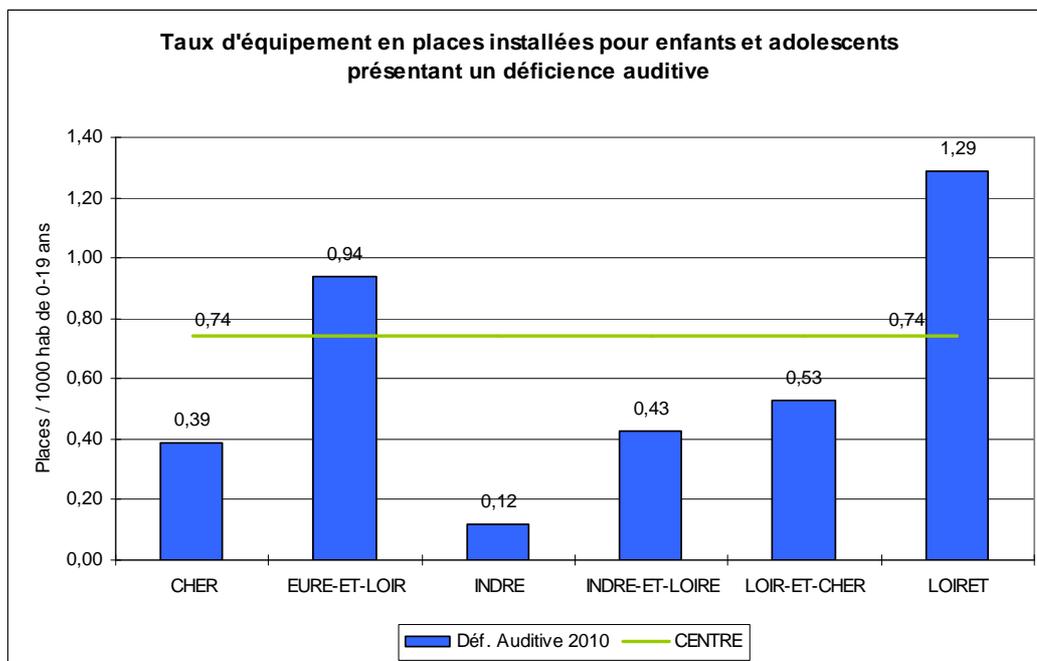
La situation particulière de l'Indre-et-Loire en structures médico-sociales doit être rapprochée d'un équipement spécifique sanitaire prenant en charge le polyhandicap lourd chez l'enfant (pouponnière au CHU de Tours, centre hospitalier de Chinon).

Les taux d'équipement en places spécifiques pour enfants et adolescents atteints d'un handicap sensoriel ont été différenciés entre la déficience visuelle et la déficience auditive. Cependant, certains établissements accueillent les deux types de population.



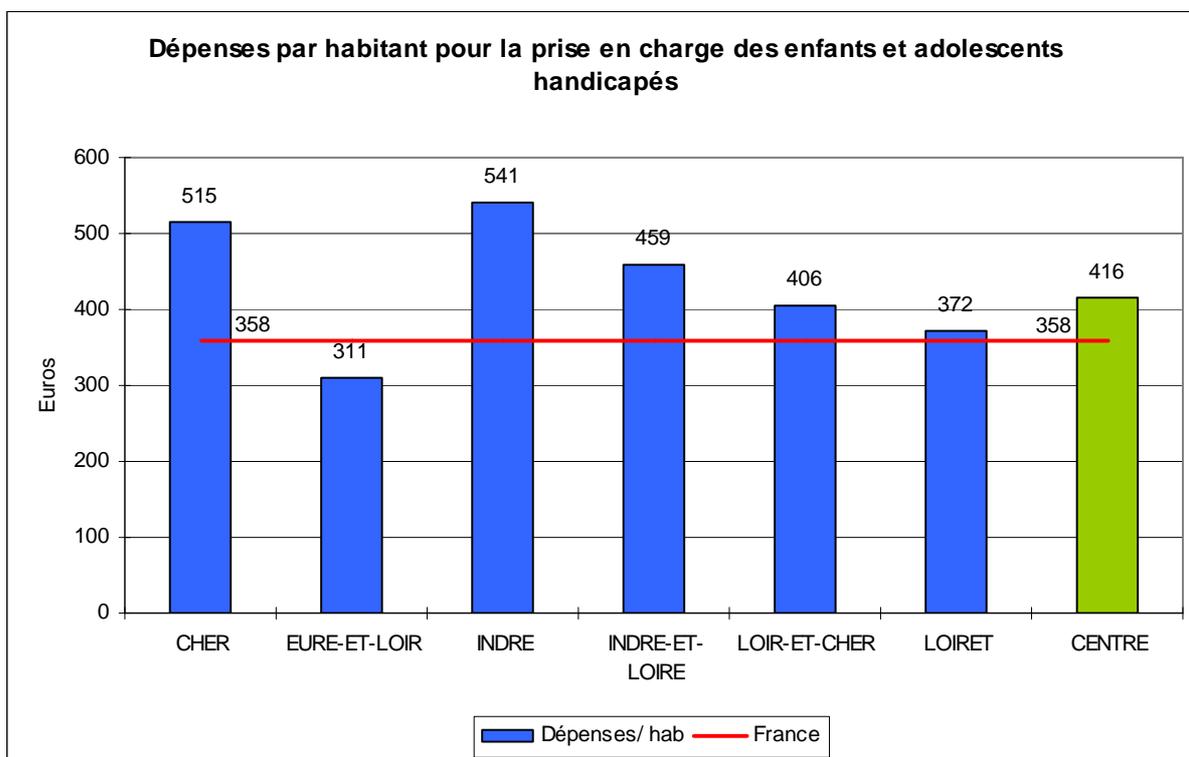
La majorité des territoires a un taux d'équipement proche de la moyenne régionale. Cependant, l'Eure-et-Loir possède un taux d'équipement plus faible et le Cher n'a pas d'équipement spécifique au 31 décembre 2010.

L'offre est en cours de développement dans le département du Cher.



Les taux d'équipement sont très hétérogènes entre les différents départements de la région. Les départements dont les taux d'équipement sont les plus élevés possèdent un équipement à vocation régionale.

2.7 Dépense par habitant pour la prise en charge des jeunes handicapés



La dépense par habitant de la région Centre pour la prise en charge des enfants et adolescents handicapés est 16 % plus élevée que la moyenne nationale. L'Eure-et-Loir est le seul territoire de la région dont la dépense par habitant est inférieure à la moyenne nationale.

2.8 Les principaux constats et besoins exprimés

Au regard des taux d'équipement, la région Centre apparaît pour la CNSA globalement correctement dotée en structures pour enfants et adolescents handicapés, notamment en ce qui concerne les places en établissements, pour toutes natures de déficiences. Le taux d'équipement global en services et établissements pour 1 000 enfants de moins de 20 ans est de 10,07 en région Centre pour 9,33 pour le territoire national au 31 décembre 2009.

Ce constat global ne doit pas occulter des disparités importantes entre les différents départements, mais aussi en fonction des types de handicaps rencontrés.

L'appréciation de l'offre dans les territoires doit également être modulée en fonction de la démographie en spécialistes médicaux (pédiatres, pédopsychiatres, etc.), en professions paramédicales, de l'offre éducation nationale et des insuffisances constatées.

Ainsi, par exemple, un territoire déficitaire en professionnels médicaux et paramédicaux aura des difficultés à organiser le diagnostic précoce et à développer l'accompagnement en milieu ordinaire, et sera parfois contraint à organiser une réponse en établissement.

Autre exemple, lorsque le développement de la scolarisation est articulé en amont avec l'organisation d'une offre d'accompagnement en milieu ordinaire adapté, le besoin de service évolue rapidement.

Par ailleurs, l'absence de système d'information partagé ne permet pas actuellement d'avoir une vision objective des besoins en temps réel et surtout en vision prospective.

Les travaux d'élaboration du SROMS ont permis de pointer les points forts et les points faibles par territoire et au niveau régional.

Certains constats concernent cependant les six territoires :

- des besoins d'accompagnement des enfants et des familles qui évoluent avec la nécessité croissante d'aide à la parentalité,
- un manque de fluidité des parcours, qui a notamment pour conséquence une difficile résorption des jeunes ayant le statut d'amendement Creton,
- une articulation avec le secteur sanitaire, la PMI et l'offre ASE à optimiser,
- des zones de rupture au niveau des agréments d'âge,
- la problématique de la continuité de la prise en charge pour certains publics,
- un développement de l'offre médico-sociale et de l'offre Education nationale qui n'a pas toujours pu se coordonner au niveau des territoires avec des réponses actuelles qui ne sont plus adaptées,
- l'insertion professionnelle insuffisamment développée, coordonnée et qui manque d'accompagnement,
- l'absence de réponse satisfaisante pour certains publics à problématique complexe tels que les jeunes présentant des troubles importants du comportement,
- l'insuffisance d'offres de répit pour les familles,
- la nécessité de clarifier et d'organiser certaines prises en charge telles que les problématiques des apprentissages qui ont augmenté de plus de 70 % et représentent 10 % des projets d'accueil individualisé,
- une demande croissante d'accompagnement dans le domaine du polyhandicap de l'enfant très jeune,

- l'accessibilité à des soins tels que les soins dentaires encore insuffisante,
- un positionnement du CRA à préciser auprès des partenaires,
- une insuffisance de transmission des informations relatives aux enfants entre professionnels, services et structures,
- un besoin d'aide des enseignants pour améliorer l'accompagnement personnalisé de certains types de handicap.

2.9 Les schémas départementaux

Les principales orientations figurant dans les différents schémas départementaux relatifs à l'enfance et l'adolescence handicapées sont les suivantes :

- améliorer le dispositif de prévention et de diagnostic précoce : développement des CAMSP et CMPP,
- développer le soutien aux familles : création de structures de répit,
- développer et adapter l'équipement du département : en apportant des réponses adaptées aux différents types de handicap (autisme - polyhandicap - déficients sensoriels - développement de JES) et en faisant évoluer l'existant dans une logique d'une meilleure répartition territoriale et de proximité,
- organiser le parcours scolaire et de formation des jeunes handicapés et favoriser l'intégration en milieu ordinaire : développement des SESSAD,
- améliorer la prise en charge des jeunes présentant des troubles psychiques ou des troubles importants du comportement.

Les constats régionaux et ceux des schémas départementaux se rejoignent.

3 Contexte régional et diagnostic concernant le volet adultes handicapés

3.1 Démographie

Répartition de la population régionale (adulte) par zone géographique et par tranche d'âge

Libellé	Ensemble population	20-59 ans	En %	60-74 ans	En %	75 ans et plus	En %
Bourges	181 173	95 511	52,72	27 078	14,95	16 579	9,15
Vierzon	47 795	23 625	49,43	7 753	16,22	5 707	11,94
Saint-Amand-Montrond	48 094	22 971	47,76	8 948	18,60	6 186	12,86
Aubigny	37 538	18 276	48,69	6 510	17,34	4 962	13,22
Total Cher	314 600	160 384	50,98	50 289	15,98	33 433	10,63
Chartres	199 928	108 512	54,28	23 824	11,92	15 870	7,94
Dreux	126 445	67 081	53,05	15 225	12,04	8 885	7,03
Châteaudun	58 452	29 057	49,71	8 932	15,28	6 993	11,96
Nogent-le-Rotrou	37 585	18 509	49,25	5 927	15,77	4 520	12,03
Total Eure-et-Loir	422 410	223 159	52,83	53 907	12,76	36 268	8,59
Châteauroux	117 289	60 551	51,63	18 108	15,44	12 651	10,79
Argenton-sur-Creuse	50 341	23 521	46,72	9 460	18,79	7 495	14,89
Issoudun	36 087	17 636	48,87	6 091	16,88	4 409	12,22
La Châtre	29 075	13 870	47,70	5 514	18,97	4 369	15,03
Total Indre	232 791	115 578	49,65	39 173	16,83	28 925	12,43
Tours	400 446	216 696	54,11	51 527	12,87	33 766	8,43
Amboise	74 192	38 386	51,74	9 916	13,37	6 916	9,32
Loches	49 911	23 988	48,06	8 471	16,97	6 355	12,73
Chinon	58 534	28 867	49,32	9 177	15,68	6 917	11,82
Total Indre-et-Loire	583 084	307 938	52,81	79 090	13,56	53 955	9,25
Blois	185 300	95 321	51,44	26 361	14,23	18 974	10,24
Vendôme	69 711	33 800	48,49	11 514	16,52	8 778	12,59
Romorantin	71 279	35 157	49,32	11 852	16,63	8 410	11,80
Total Loir-et-Cher	326 290	164 277	50,35	49 726	15,24	36 163	11,08
Orléans	398 591	219 598	55,09	46 751	11,73	29 298	7,35
Montargis	122 669	60 371	49,21	19 252	15,69	12 897	10,51
Pithiviers	60 239	31 084	51,60	7 701	12,78	5 784	9,60
Gien	66 229	33 391	50,42	9 904	14,95	7 084	10,70
Total Loiret	647 727	344 443	53,18	83 609	12,91	55 063	8,50
TOTAL REGION CENTRE	2 526 902	1 315 778	52,07	355 795	14,08	243 805	9,65

Source : INSEE par zone d'emploi 2007

La répartition géographique de la population âgée de 20 à 59 ans suit la tendance de l'ensemble de la population régionale. Ainsi, la majorité de la population régionale de cette tranche d'âge se concentre sur l'axe ligérien (Loiret, Indre-et-Loire et Loir-et-Cher), mais aussi à proximité de la frange francilienne (nord de l'Eure-et-Loir) et sur la zone d'emploi de Bourges.

L'évolution démographique de la population de cette tranche d'âge suit la même tendance que l'évolution générale de la population. Ainsi, l'Eure-et-Loir, l'Indre-et-Loire et le Loiret conserveraient une forte croissance jusqu'en 2040, le Loir-et-Cher aurait une augmentation de cette population correspondant à la moyenne régionale. Le Cher et l'Indre présenteraient quant à eux une très faible augmentation de cette population.

3.2 Quelques données chiffrées

Le taux de prévalence du handicap pour les adultes handicapés âgés de 20 à 59 ans est de 44 pour 1 000 habitants.

L'ARS ne dispose pas au premier semestre 2011 des données actualisées concernant le nombre d'adultes handicapés pris en charge dans les établissements et services de la région Centre.

Cependant, une étude du CREAL de 2007 a estimé à 57 000 le nombre d'adultes atteints d'un handicap ou d'une déficience en région Centre. Cette population est marquée comme la population générale par un phénomène de vieillissement.

Par ailleurs, la région Centre accueille en grande majorité des adultes issus de son territoire. Cette tendance varie cependant en fonction des départements.

La région Centre se caractérise également par un taux de bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés beaucoup plus important dans l'Indre et le Cher qu'en moyenne régionale ou nationale.

3.3 Eléments de définition

Structures d'accompagnement :

- **CRP** (Centres de rééducation professionnelle) et **CPO** (Centres pré-orientation) : ils ont pour mission de faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs handicapés. Ils assurent des formations de pré-orientation ou qualifiantes pour l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles, en alliant un suivi médical, psychologique et social de la personne. Les formations qui y sont dispensées débouchent sur des diplômes homologués par l'Etat.
- **ESAT** (Etablissements et services d'aide par le travail) : il s'agit de structures de travail adapté, dans lesquelles des personnes handicapées exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées, et bénéficient d'un soutien social et éducatif.

Structures de prise en charge :

- **FAM** (Foyers d'accueil médicalisés) : ces structures accueillent des personnes lourdement handicapées et polyhandicapées qui ont besoin d'une aide pour la plupart des actes essentiels de la vie quotidienne. Ces personnes reçoivent des soins constants et un suivi médical permanent.
- **GEM** (Groupes d'entraide mutuelle) : accueillant des personnes handicapées psychiques. Ce sont des structures associatives souples et innovantes, fondées sur un projet d'entraide mis en œuvre par les personnes handicapées psychiques elles-mêmes. Ce ne sont pas des établissements médico-sociaux.
- **MAS** (Maisons d'accueil spécialisées) : ces établissements médico-sociaux reçoivent des adultes handicapés qui ne peuvent effectuer seuls les actes essentiels de la vie, et dont l'état nécessite également une surveillance médicale et des soins constants. Les soins ne sont pas intensifs. Il s'agit essentiellement d'une surveillance médicale régulière avec recours à un médecin en cas d'urgence, et de la poursuite des traitements et des rééducations d'entretien et de soins de nursing.

- **SAMSAH** (Services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées) : ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Ils prennent en charge des personnes adultes handicapées ayant besoin de soins réguliers et coordonnés et d'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.
- **SSIAD** (Services de soins infirmiers à domicile) : assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale et l'aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne : ils sont destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou dépendantes et **aux personnes de moins de 60 ans avec un handicap ou atteintes de maladies chroniques**. Ces services contribuent au maintien à domicile des personnes.
- **SAVS** (Services d'accompagnement à la vie sociale) : ces services, qui relèvent de la compétence des Conseils généraux, prennent en charge des adultes handicapés (y compris les travailleurs handicapés) nécessitant :
 - une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence,
 - un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Autres types de structures :

- **UEROS** (Unités expérimentales d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle) : pour les grands traumatisés crâniens. Leur objectif est d'évaluer les capacités des personnes et de les accompagner.
- **Foyers de vie** (compétence Conseil général) : accueillent des adultes qui sont inaptes au travail et qui ont besoin d'un accompagnement quotidien. Ces personnes ont une autonomie suffisante pour avoir des occupations quotidiennes.
- **Foyers d'hébergement** (compétence Conseil général) : accueillent des adultes qui travaillent à temps plein ou à temps partiel en ESAT ou en entreprise adaptée.
- **Accueil de jour** : le plus souvent rattaché à un établissement. Accueillent les personnes à la journée, en favorisant ainsi leur maintien à domicile et en permettant de soulager les familles. Des activités sont proposées aux usagers.
- **Accueil familial** (compétence Conseil général) : accueil par des familles, à temps plein ou à temps partiel, qui ont obtenu un agrément par le Conseil général, et donc une alternative à l'hébergement collectif. Les accueillants peuvent accueillir de une à trois personnes maximum.

3.4 Description de l'offre régionale

Globalement, la région Centre compte **212 établissements et services** pour la prise en charge des adultes handicapés représentant **7 697 places installées** au **31 décembre 2010**. La région dispose de l'ensemble des dispositifs de prise en charge qui se déclinent de la manière suivante :

Type d'établissements et services	Nombre d'établissements et services Base FINESS juridique	Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Taux d'équipement régional	Taux d'équipement national
MAS	25	835	720	0,55	0,70
FAM	50	1 330	1 136	0,86	0,54
ESAT	66	4 865	4 863	3,69	3,38
SAMSAH	16	373	361	0,27	0,10
SSIAD	49	324	313	0,24	0,12
CRP	3	266	266		
CPO	2	38	38		
Equipe mobile expérimentale pour cérébro-lésés	1				
TOTAL	212	8 031	7 697		

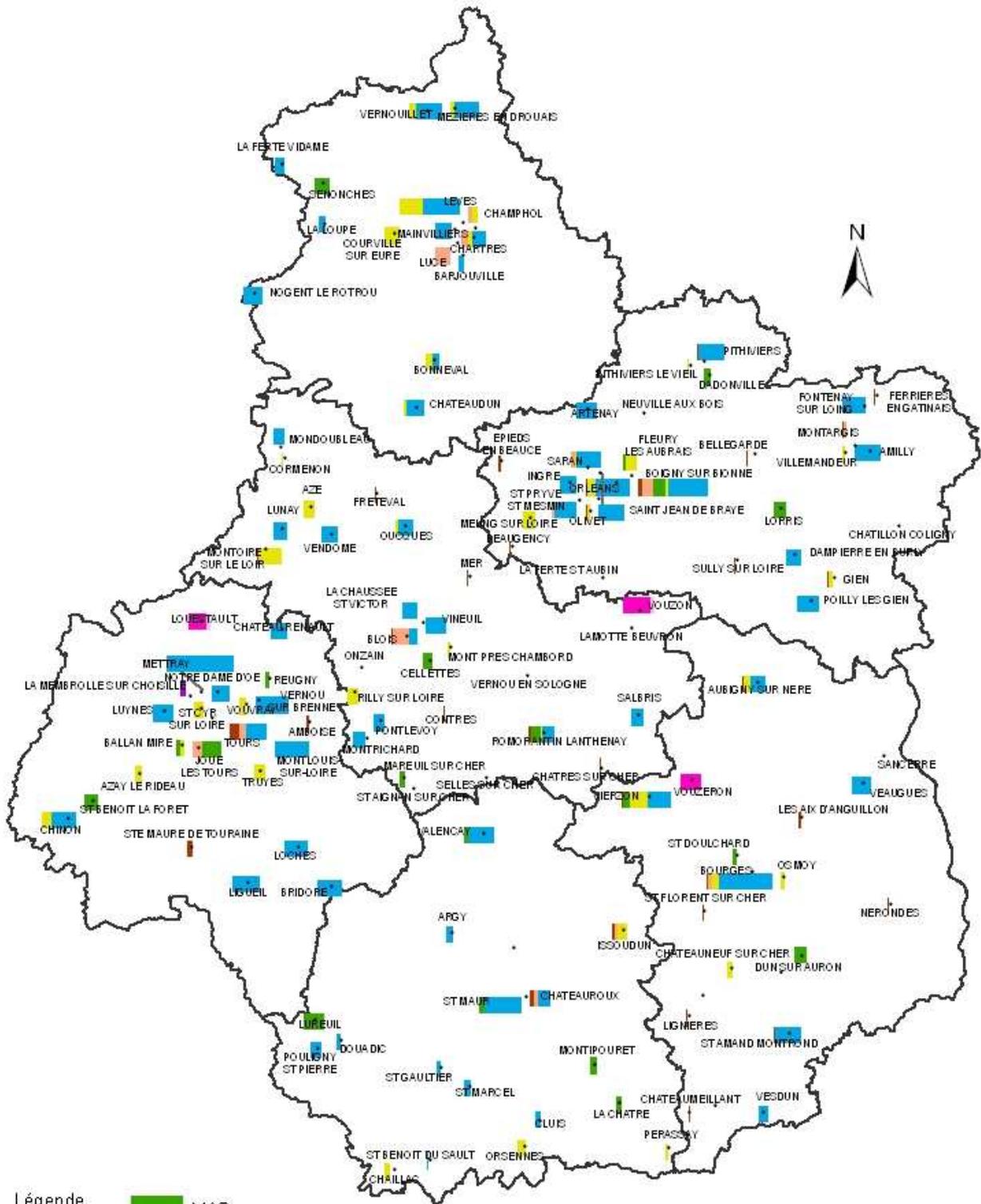
Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

La région Centre compte également **16 GEM** répartis de la manière suivante dans les territoires :

Territoires	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
Nombre	2	3	2	2	2	5

Un dix-septième GEM, spécialisé pour les cérébro-lésés, a été retenu au titre de l'année 2011 dans le Loir-et-Cher.

Offre en établissements et services pour adultes handicapés en région Centre (Capacités installées au 31/12/2010)



- Légende**
- MAS
 - CPO
 - CRP
 - ESAT
 - FAM
 - SAMSAH
 - SSIAD
 - ETABLISSEMENT EXPERIMENTAL
 - EQUIPE MOBILE POUR TRAUMATISES CRANIENS

Cette carte représente uniquement les sites principaux des établissements et services

Source : ARS du Centre - IGN©

La région Centre dispose de 720 places installées de MAS, 1 136 places installées de FAM et 361 places installées de SAMSAH. Au sein de cet équipement pour adultes handicapés :

- **250 places installées dont 195 en FAM et 55 en MAS sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique des adultes autistes.**

La répartition par territoire est la suivante :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places de MAS	0	0	55	0	0	0	55
Nombre de places de FAM	14	38	0	58	30	55	195
TOTAL	14	38	55	58	30	84	250

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

Il n'existe aucune place spécifique en SAMSAH dans la région pour ce type de handicap.

- **242 places installées dont 60 en MAS, 67 en FAM et 115 en SAMSAH sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique d'adultes handicapés psychiques.**

La répartition par territoire est la suivante :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places de MAS	0	0	20	0	40	0	60
Nombre de places de FAM	0	27	0	40	0	0	67
Nombre de places de SAMSAH	0	60	20	0	20	15	115
TOTAL	0	87	40	40	60	15	242

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

- **252 places installées dont 12 en MAS, 89 en FAM et 151 en SAMSAH sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique d'adultes handicapés moteur.**

La répartition par territoire est la suivante :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places de MAS	0	0	12	0	0	0	12
Nombre de places de FAM	10	9	0	19	51	0	89
Nombre de places de SAMSAH	17	30	0	25	32	47	151
TOTAL	27	39	12	44	83	47	252

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

- **664 places installées dont 457 en MAS, 150 en FAM et 57 en SAMSAH sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique d'adultes polyhandicapés.**

La répartition par territoire est la suivante :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places de MAS	58	62	0	151	60	126	457
Nombre de places de FAM	0	70	40	40	0	0	150
Nombre de places de SAMSAH	0	0	0	38	0	19	57
TOTAL	58	132	40	229	60	145	664

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

- **98 places installées dont 70 en FAM et 28 en SAMSAH sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique d'adultes traumatisés crâniens ou cérébro-lésés.**

La répartition par territoire est la suivante :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places de FAM	0	22	32	0	16	0	70
Nombre de places de SAMSAH	0	15	0	0	13	0	28
TOTAL	0	37	32	0	29	0	98

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

Cet équipement est complété par une équipe mobile pour cérébro-lésés qui est implantée en Indre-et-Loire et qui intervient sur l'ensemble de ce département ainsi que sur l'Indre et le Loir-et-Cher.

En revanche, il n'existe ni MAS, ni UEROS en région Centre pour ce type de handicap.

- **183 places installées dont 156 en FAM et 27 en MAS sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique des adultes handicapés vieillissants.**

La répartition par territoire est la suivante :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places de MAS	16	0	11	0	0	0	27
Nombre de places de FAM	48	93	0	0	9	6	156
TOTAL	64	93	11	0	9	6	183

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

Il n'existe aucune place spécifique en SAMSAH dans la région pour ce type de handicap.

Le solde des places installées en MAS, FAM et SAMSAH n'est pas labellisé pour la prise en charge d'un handicap spécifique, à l'exception de 10 places de FAM destinées à la prise en charge de déficients auditifs en Loir-et-Cher.

Les places de MAS et de FAM regroupent près de 10 % des places d'accueil temporaire.

La région dispose également de 313 places installées de SSIAD prenant en charge spécifiquement des personnes adultes handicapées réparties sur les territoires de la manière suivantes :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places spécifiques pour personnes handicapées en SSIAD	49	0	27	94	61	82	313

Ces places de SSIAD sont le plus souvent réparties sur l'ensemble des SSIAD prenant en charge également des personnes âgées pour un territoire donné. Le territoire d'Eure-et-Loir n'a pas à ce jour de places spécifiques pour la prise en charge des personnes handicapées.

Les SSIAD de ce département prennent en charge sans distinction des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Concernant les structures d'accompagnement au travail, la région Centre dispose de **deux centres de pré-orientation et trois centres de rééducation professionnelle** dont les places installées sont réparties de la manière suivante par territoire :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places en centres de pré-orientation	0	0	0	20	18	0	38
Nombre de places en centres de rééducation professionnelle	86	0	0	68	112	0	266
TOTAL	86	0	0	88	130	0	304

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

Cet équipement régional s'inscrit dans le maillage national relatif à la rééducation professionnelle dans la mesure où il ne répond pas uniquement aux besoins des personnes handicapées de la région Centre.

Par ailleurs, la région Centre dispose également de **4 863 places installées d'ESAT** réparties de la manière suivante sur les territoires :

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
Nombre de places d'ESAT	596	760	474	1 250	586	1 197	4 863

Source : Données au 31/12/2010 issues du suivi ARS des autorisations et équipements

A l'exception de 60 places pour déficients auditifs et 56 places pour handicapés moteurs situées dans le Loir-et-Cher, les places d'ESAT prennent en charge le plus souvent des personnes ayant un handicap intellectuel.

Le niveau d'équipement de la région en MAS/FAM s'élève à 1,30. Il est globalement comparable à la moyenne nationale de 1,24 mais la région Centre accuse un retard au regard de la moyenne nationale en matière d'équipement en MAS (taux régional de 0,66 au 31/12/2010). Cinq départements sur six ont encore un taux d'équipement inférieur au taux national 2008.

En fonction de ces éléments et des objectifs affichés dans le PRIAC 2011-2013 : réduction des inégalités territoriales d'équipement et restructuration de l'offre existante dans les territoires qui ont un taux d'équipement favorable (Eure-et-Loir plus particulièrement), la création de places de MAS a été jugée comme prioritaire dans certains territoires de la région Centre.

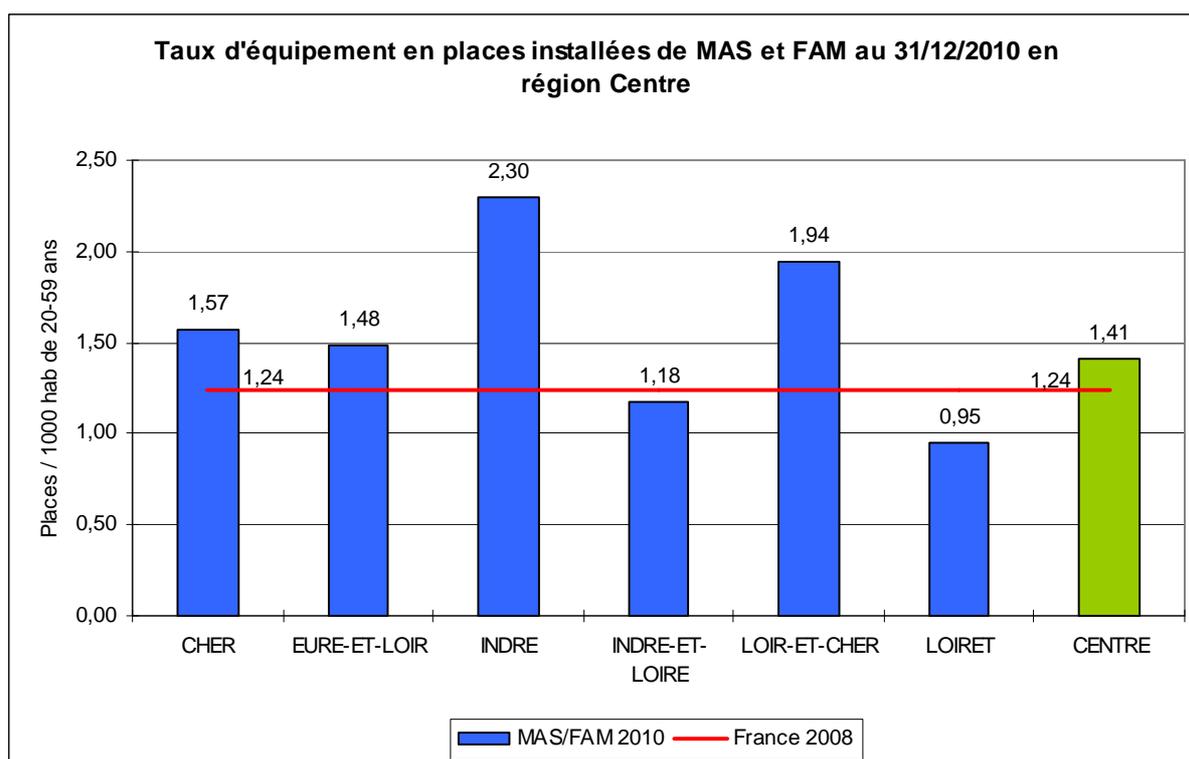
De plus, afin de prendre en compte la problématique du vieillissement des usagers, le PRIAC a également fixé comme priorité de médicaliser des places de foyers de vie dans les territoires pour lesquels le schéma médico-social personnes handicapées a affiché cette orientation.

Le principe de développer des places en direction des publics handicapés moteurs, polyhandicapés et des traumatisés crâniens a également été affiché.

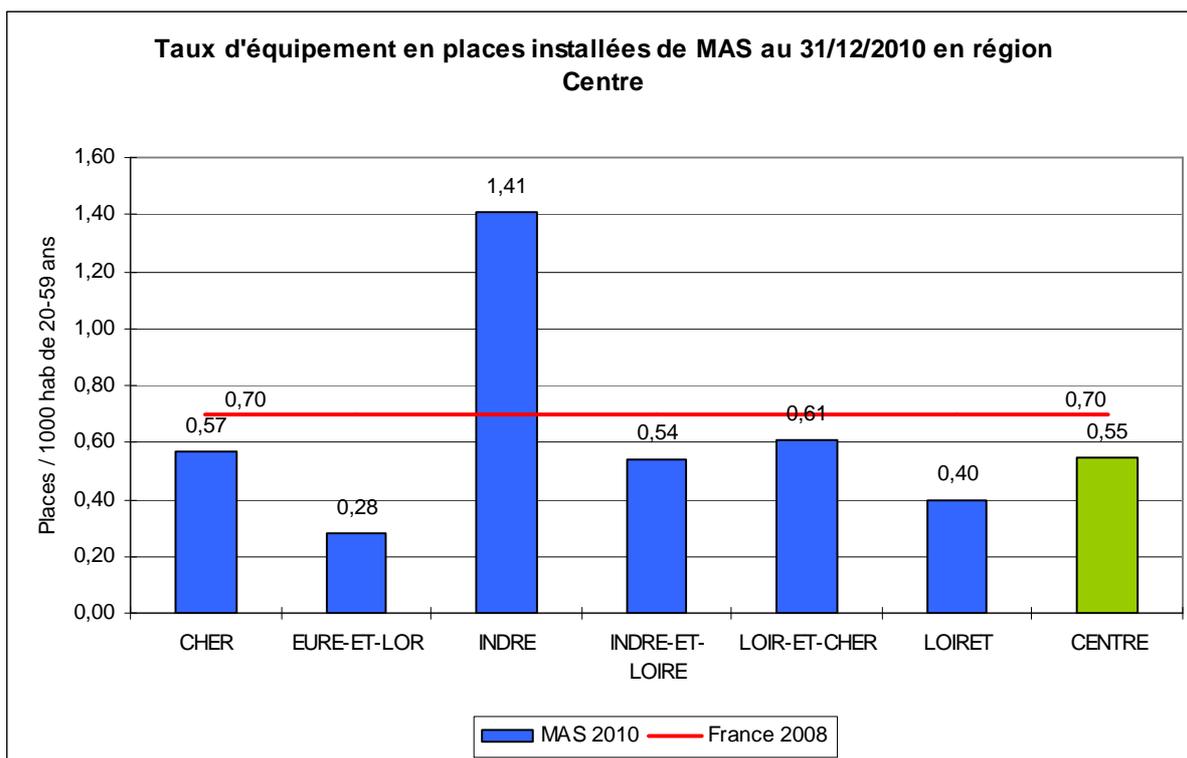
3.5 Taux d'équipement par type d'établissements et de services

La présentation de ces taux d'équipement a pour vocation de montrer une photographie au 31/12/2010 de la situation de chaque territoire de la région en termes d'offre et de montrer les écarts d'équipement entre eux. Elle permet également de situer la région Centre par rapport au national qui utilise cette référence pour attribuer des mesures nouvelles aux différents territoires régionaux de l'hexagone.

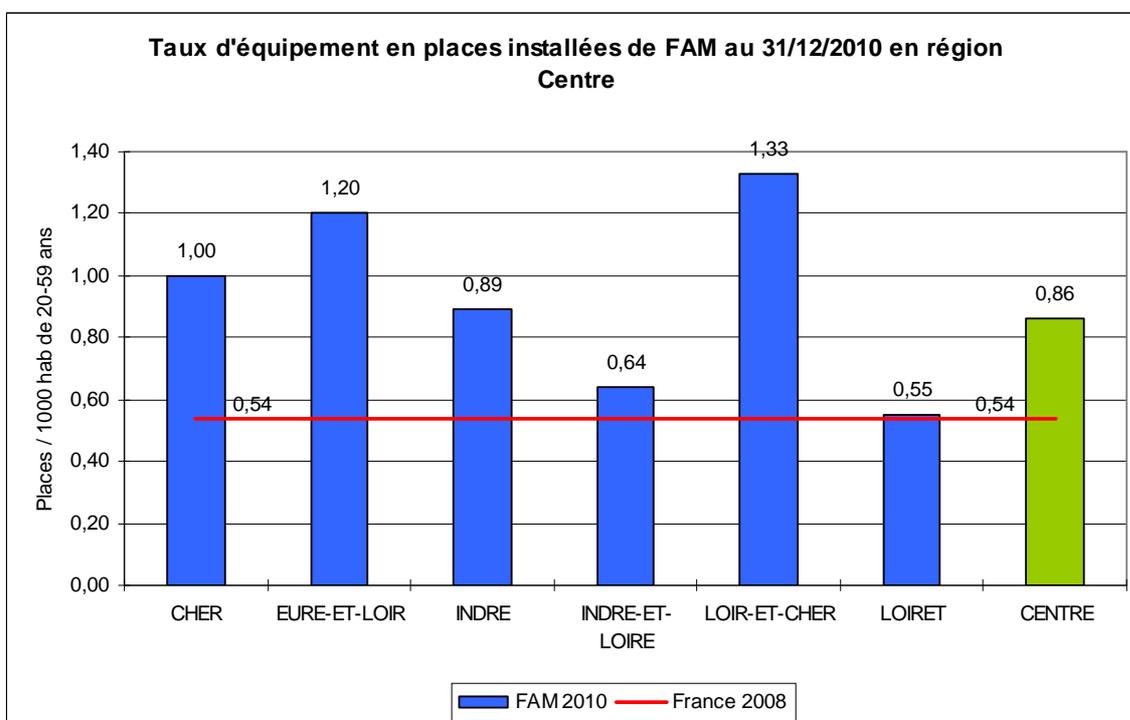
Cette présentation n'a pas pour vocation de porter un jugement sur les besoins de chaque territoire et le critère « taux d'équipement » n'a pas vocation à perdurer comme seul critère d'affectation des places nouvelles qui sont attribuées à la région Centre.



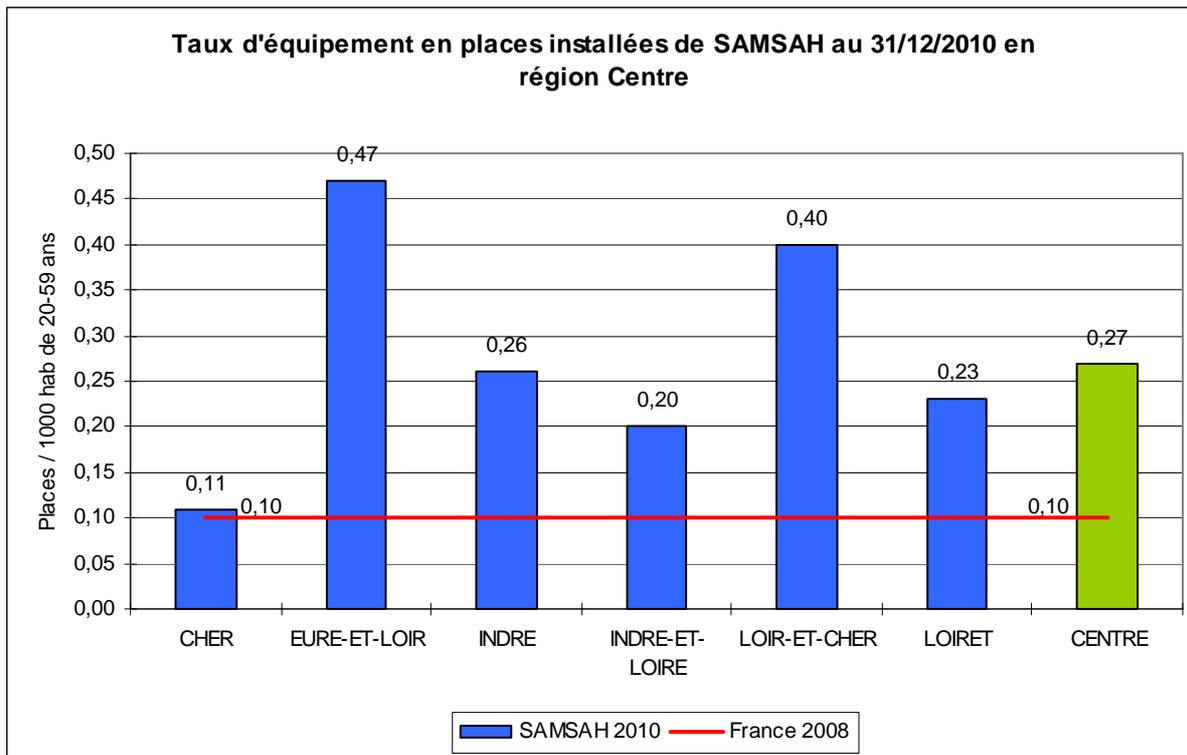
Globalement, le taux d'équipement régional en places de MAS et FAM est supérieur à la moyenne nationale.



Mais la région est sous-équipée en place de MAS. Seul le département de l'Indre a un taux d'équipement en places de MAS supérieur à la moyenne nationale.

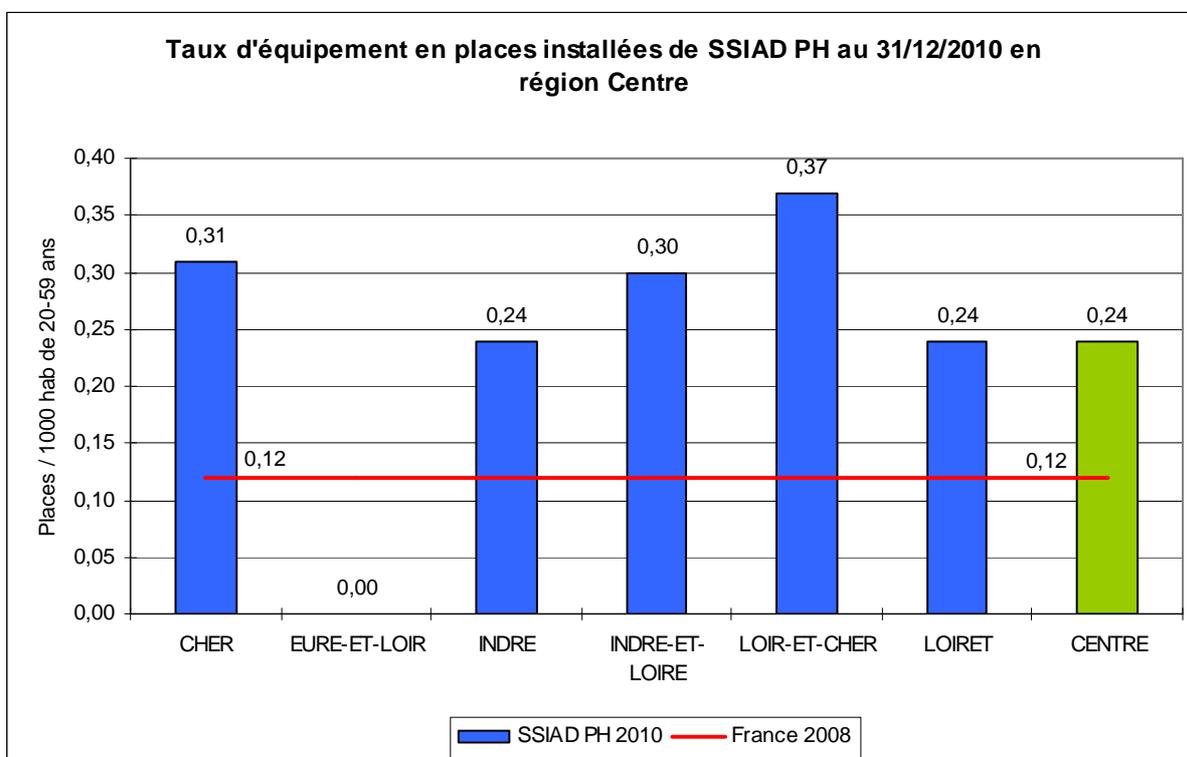


et un taux d'équipement régional en places de FAM supérieur à la moyenne nationale.



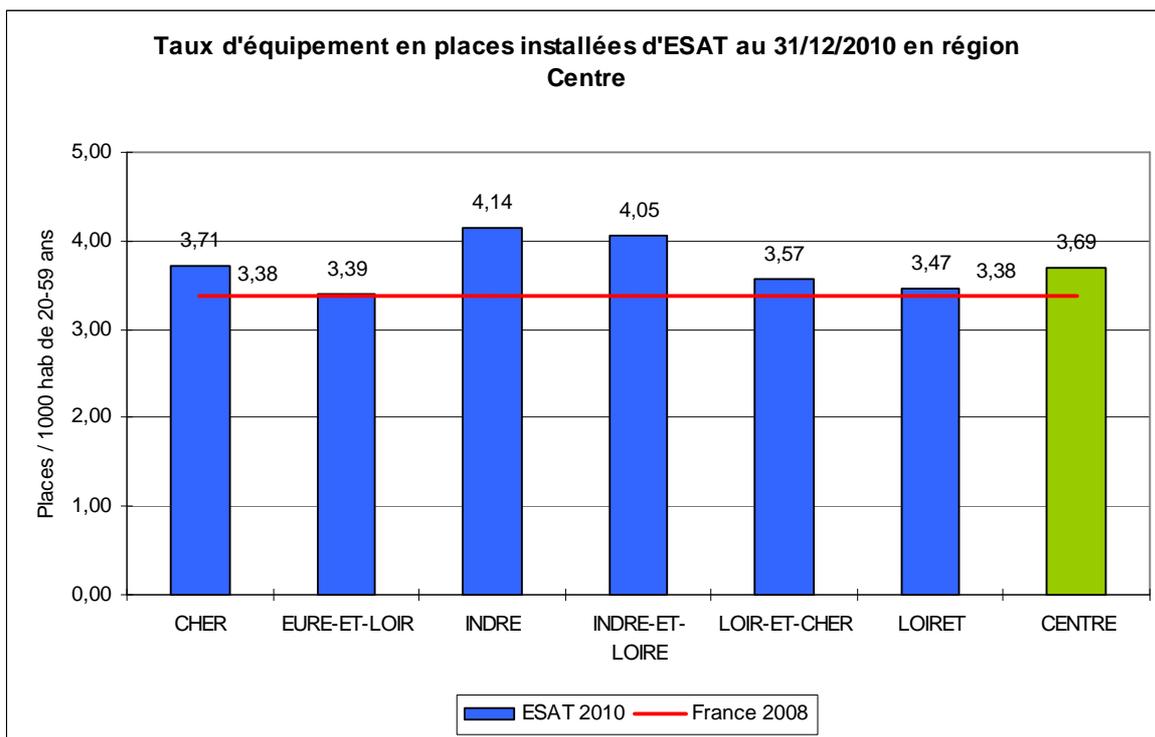
La région Centre possède un taux d'équipement en places de SAMSAH supérieur à la moyenne nationale mais les équipements sont concentrés sur quelques territoires pour la prise en charge de certains types de handicap (handicap moteur, handicap psychique).

Le département du Cher possède le taux d'équipement le plus faible de la région.



La région Centre possède un taux d'équipement en places de SSIAD pour adultes handicapés supérieur à la moyenne nationale. Le taux d'équipement de l'Eure-et-Loir ne reflète pas la situation réelle de ce département.

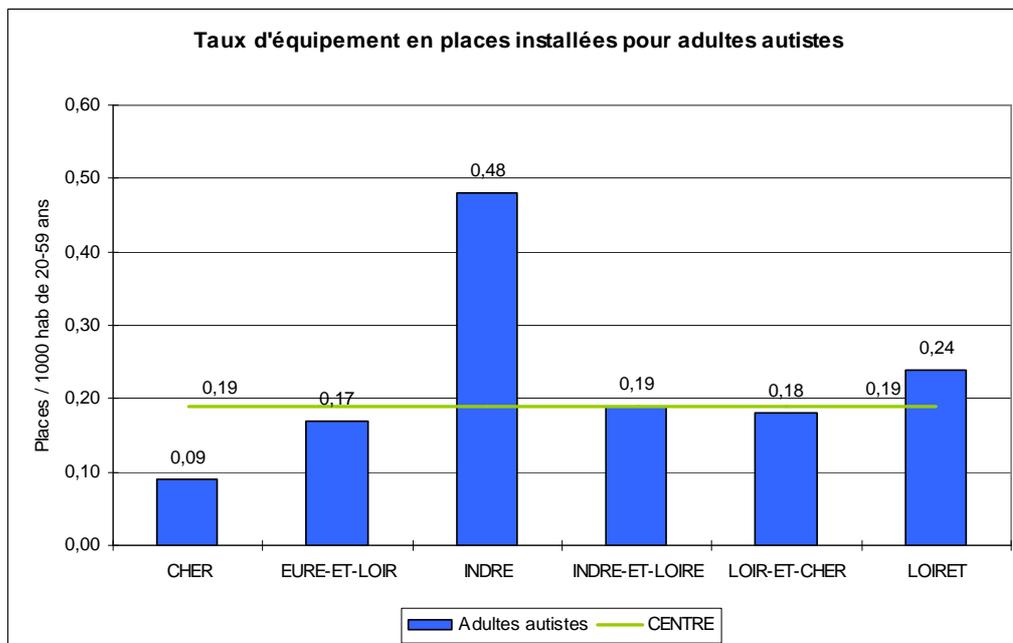
En effet, l'Eure-et-Loir n'a pas de places spécifiques pour ce type de population, mais les SSIAD de ce département prennent en charge les personnes handicapées sur des places indifférenciées personnes âgées/personnes handicapées.



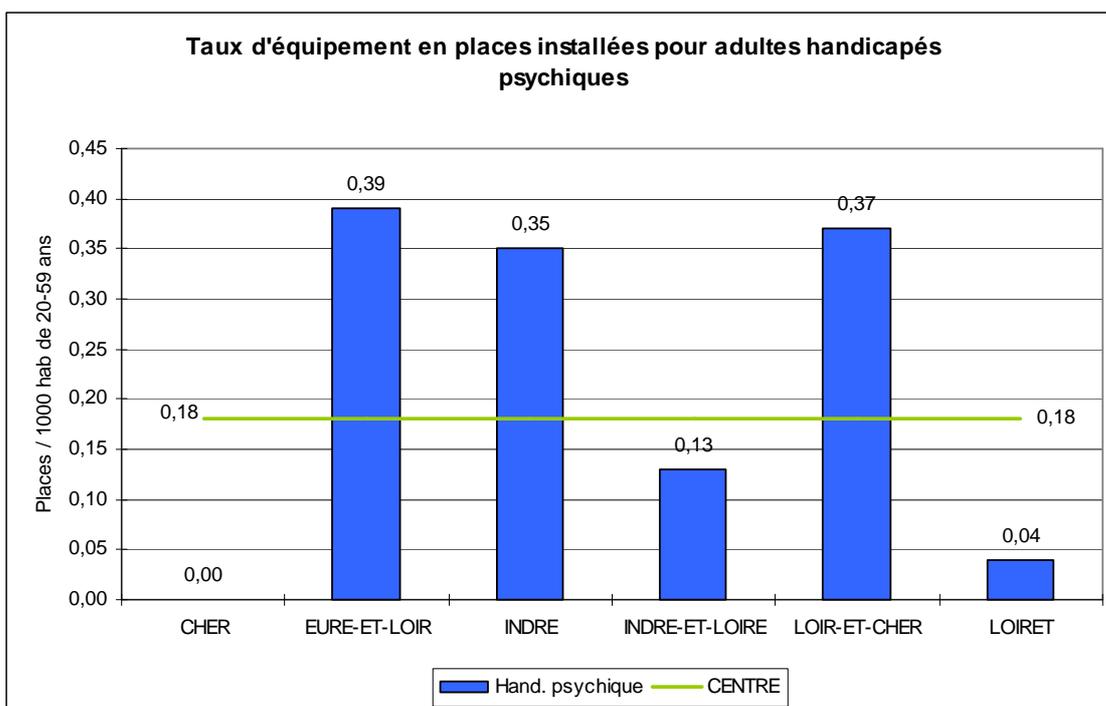
Le taux d'équipement régional en places d'ESAT est supérieur à la moyenne nationale.

Taux d'équipement pour certains types de handicaps :

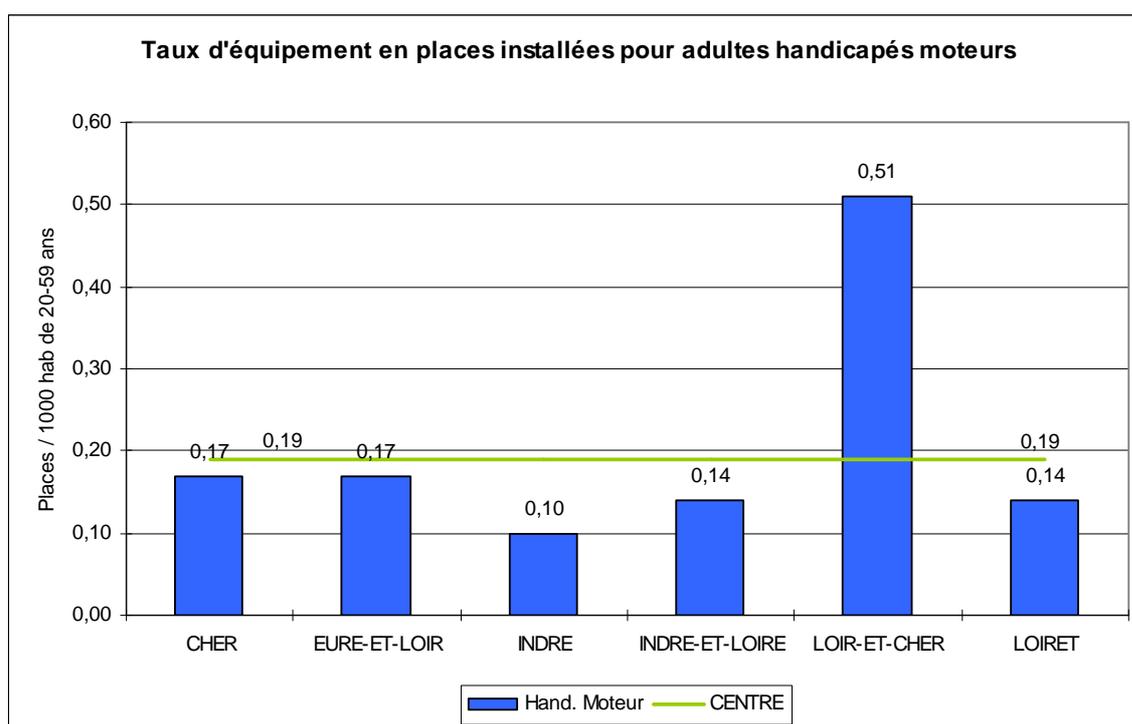
Ces taux d'équipement ont été calculés en prenant en compte les places spécifiques en MAS, FAM et SAMSAH installées au 31 décembre 2010.



La majorité des territoires a un taux d'équipement proche de la moyenne régionale, à l'exception du Cher qui possède le taux le plus faible et l'Indre le taux le plus élevé.

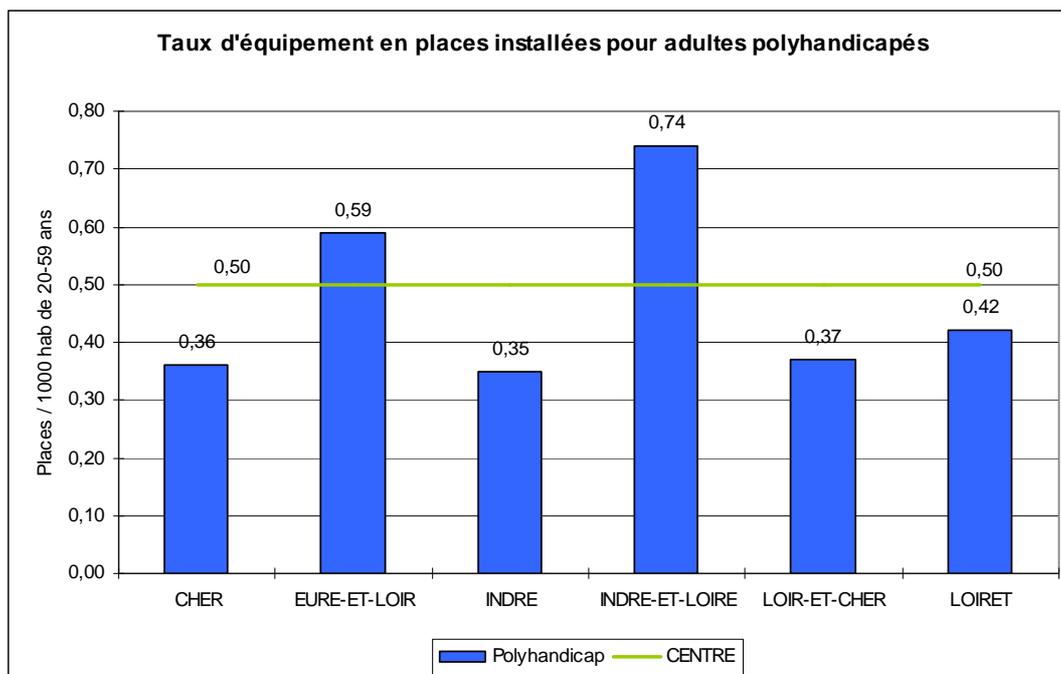


Les places spécifiques pour handicapés psychiques ne sont pas réparties de manière uniforme en région Centre. Cette situation s'explique par la prise en compte de l'évolution de l'offre en psychiatrie.

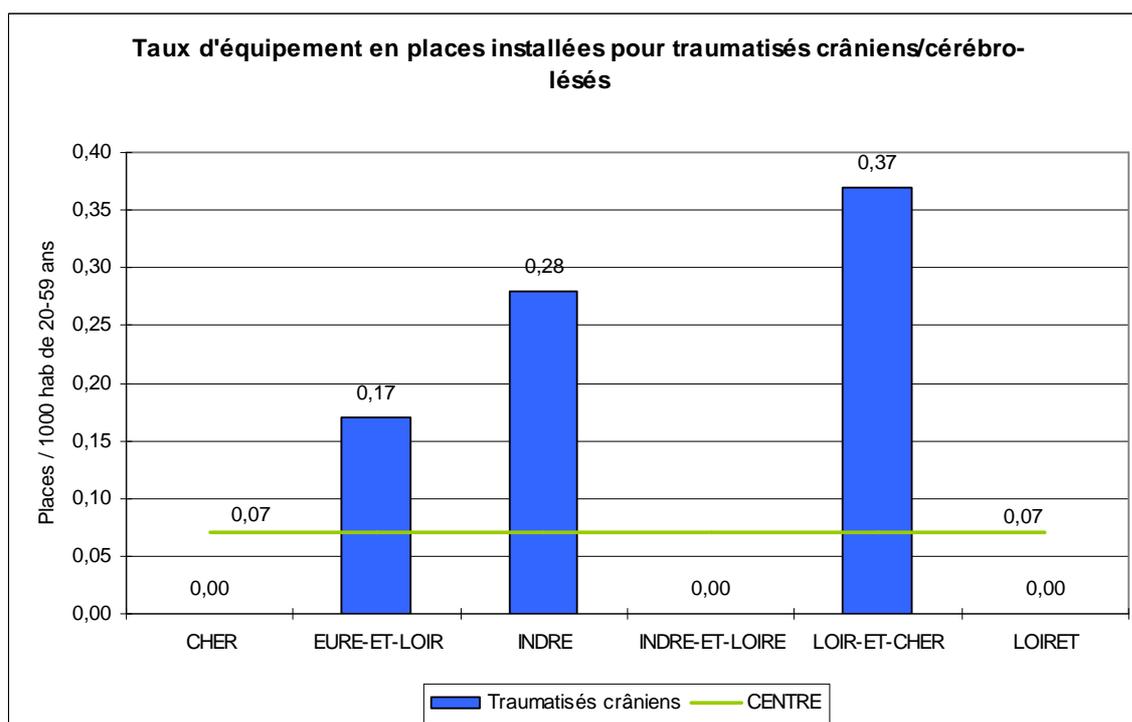


Les taux d'équipement en places spécifiques pour adultes atteints d'un handicap moteur et ceux atteints d'un polyhandicap ont été différenciés. Cependant, certains établissements accueillent les deux types de population.

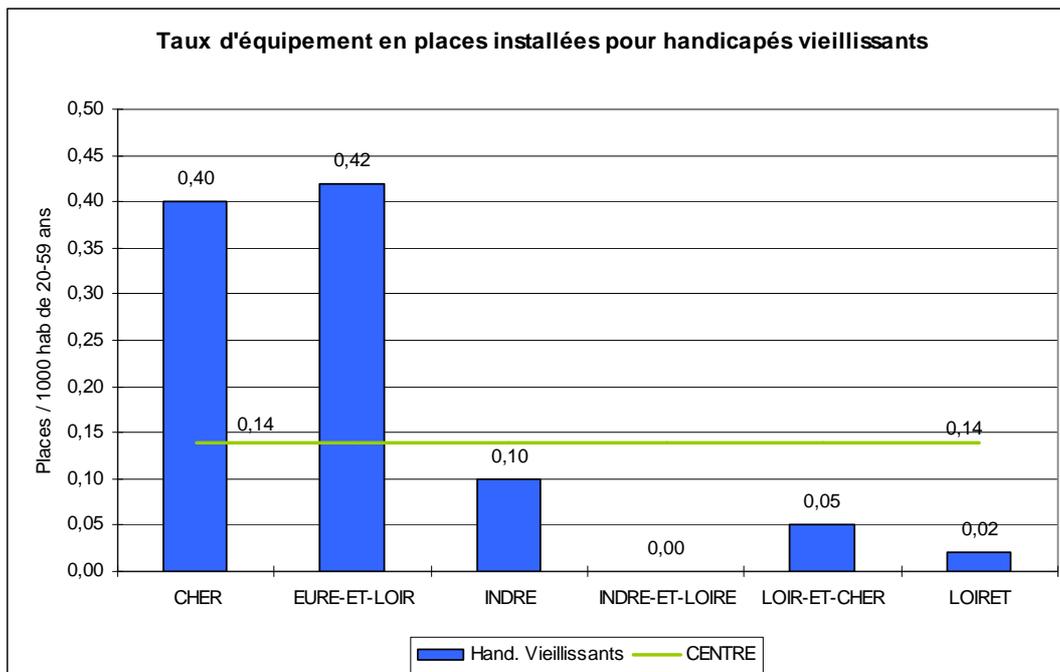
La majorité des territoires a un taux d'équipement proche de la moyenne régionale, à l'exception de l'Indre qui possède le taux le plus faible et le Loir-et-Cher le taux le plus élevé.



La majorité des territoires ont un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale, à l'exception de l'Eure-et-Loir et de l'Indre-et-Loire.

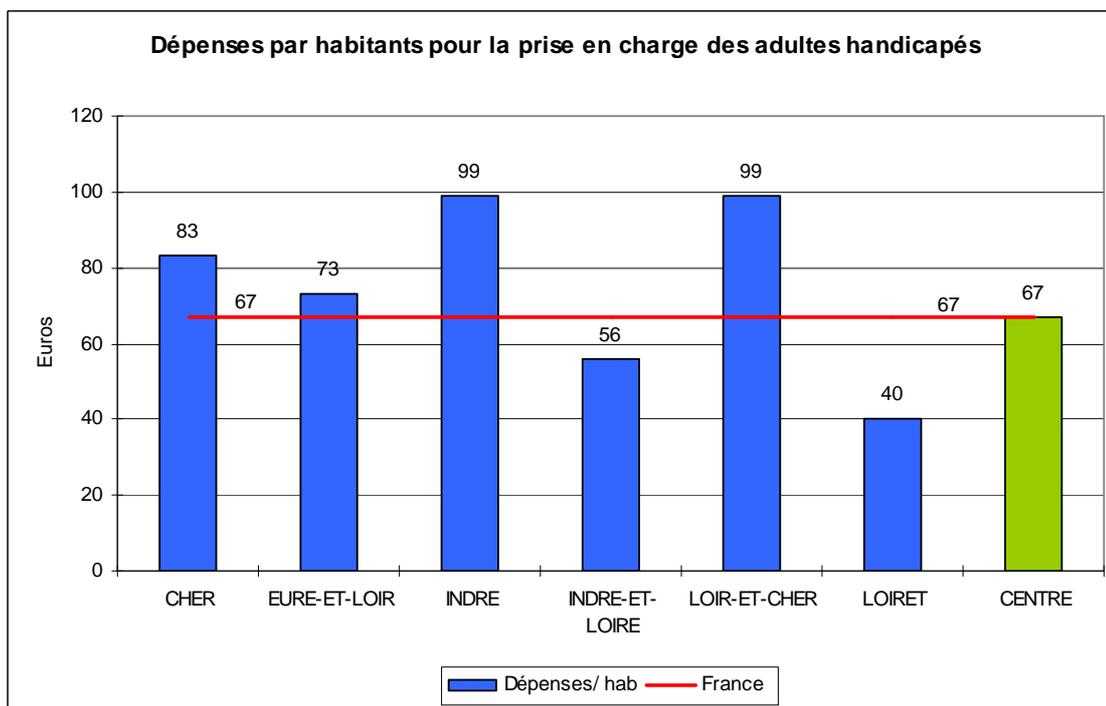


L'équipement en structures médico-sociales spécifiques pour les traumatisés crâniens et cérébro-lésés n'est pas uniforme dans tous les départements. Cette situation s'explique d'une part par le fait que les FAM spécifiques ont une vocation régionale, et d'autre part, par la prise en compte de l'équipement sanitaire spécialisé, notamment en Indre-et-Loire.



L'équipement en structures médico-sociales spécifiques pour les handicapés vieillissants n'est pas uniforme dans tous les départements. Cette situation s'explique par la création récente de cette prise en charge spécifique. La création de ces places est en période de montée en charge.

3.6 Dépense par habitant



La dépense par habitant de la région Centre pour la prise en charge des adultes handicapés se situe au niveau de la moyenne nationale. Des disparités existent entre les différents territoires régionaux. L'Indre-et-Loire et le Loiret ont des dépenses par habitant inférieures à la moyenne nationale.

3.7 Principaux constats

Au regard des taux d'équipement, la région Centre apparaît globalement correctement dotée pour la CNSA en structures pour adultes handicapés.

Cependant, ce constat est à nuancer au regard de plusieurs facteurs :

- la région a un taux d'équipement en MAS plus faible que le taux d'équipement national,
- des disparités existent entre les différents territoires et en fonction des types de handicaps rencontrés,
- les flux de sortie dans certains types d'établissements (MAS, FAM, ESAT) sont faibles,
- certains territoires ont une vocation de "terre d'accueil" d'usagers d'autres régions (Indre, Loir-et-Cher).

L'appréciation de l'offre dans les territoires doit également être modulée en fonction de la démographie en spécialistes médicaux (psychiatres, etc.) et en professions paramédicales. Elle doit prendre également en compte les spécificités de certains territoires concernant l'évolution de l'offre en psychiatrie ainsi que l'évolution de l'offre médico-sociale et sociale pour adultes handicapés dépendant exclusivement des Conseils généraux.

Par ailleurs, l'absence de système d'information partagé ne permet pas actuellement de définir les besoins en toute objectivité.

Les travaux d'élaboration du SROMS ont cependant permis de pointer les points forts et les points faibles de la région dont les principaux constats sont les suivants :

- la nécessité dans le cadre d'un diagnostic partagé :
 - d'approfondir l'analyse des besoins des personnes handicapées dans une logique d'anticipation,
 - d'améliorer la concertation et l'articulation entre les établissements et services médico-sociaux et les institutionnels,
- le manque de visibilité sur l'offre à construire par méconnaissance des flux sortants, ce qui complique la réponse à apporter pour les jeunes en situation « d'amendement Creton »,
- la nécessité de mieux faire connaître auprès de l'ensemble des professionnels concernés le dispositif de prise en charge médico-sociale,
- une insuffisance d'offres de prise en charge adaptées pour répondre à la problématique du vieillissement des personnes handicapées prenant en compte les parcours de vie individualisés,
- une insuffisance d'offres de prise en charge adaptées pour les personnes ayant des troubles du spectre autistique, notamment pour celles ayant un handicap associé,
- un manque d'évaluation des personnes cérébro-lésées vivant à domicile pour améliorer leur prise en charge,
- une demande d'évaluation en termes d'insertion professionnelle, notamment pour certaines personnes cérébro-lésées,
- une demande d'accroissement des dispositifs d'offres de répit pour les familles,
- une difficulté pour les personnes handicapées à accéder aux dispositifs de soins de droit commun (soins dentaires par exemple),
- une demande de prise en compte en termes de prévention des problématiques relatives aux addictions et à la nutrition des personnes handicapées.

3.8 Les schémas départementaux

Les principales orientations figurant au sein des différents schémas relatifs aux adultes handicapés sont les suivantes :

- favoriser et accompagner le maintien en milieu ordinaire : développement de SAVS, SAMSAH, SSIAD, accompagnement des aidants,
- développer et adapter les réponses des structures aux besoins de la population concernée : vieillissement des personnes handicapées (médicalisation des foyers de vie, prise en compte des difficultés des travailleurs handicapés vieillissants), amélioration de la prise en charge de populations spécifiques (polyhandicapés et handicapés psychiques),
- mettre en place des passerelles entre le secteur sanitaire et médico-social : sorties des personnes handicapées des structures sanitaires.

3.9 Le schéma des Centres de rééducation professionnelle en région Centre (CRP)

Les CRP sont des structures de formation professionnelle dont la mission consiste à dispenser une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle ; ils constituent un environnement adapté à cette mission et aux publics bénéficiaires.

Les CRP sont dotés de moyens techniques d'apprentissage et de formation générale. De plus les travailleurs handicapés accueillis (sur orientation exclusive de la CDAPH) y bénéficient d'une pédagogie et d'un accompagnement médico-social personnalisé.

Dans le champ des institutions sociales et médico-sociales, la région Centre compte trois établissements de rééducation professionnelle :

- le CRP "Louis Gatignon" à Vouzeron (18-Cher) agréé pour 86 places de rééducation professionnelle,
- le CRP "Fontenailles" à Louestault (37-Indre-et-Loire) agréé pour 88 places (68 places de rééducation professionnelle et 20 places en section de pré-orientation),
- le CRP "Les Rhuets" à Vouzon (41-Loir-et-Cher) agréé pour 130 places (112 places en rééducation professionnelle et 18 places en section de pré-orientation).

Les orientations du schéma des CRP en région Centre sont les suivantes :

- connaître les besoins de formation des travailleurs handicapés en région Centre,
- initier des rapprochements avec le dispositif du Programme régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) dans chaque territoire et un travail concerté avec les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées : le dispositif spécialisé de formation professionnelle doit être adapté à des orientations individualisées en rapport avec la loi pour l'égalité des chances et d'accès à la citoyenneté des personnes handicapées,
- formaliser l'individualisation des prises en charge : les établissements devront s'engager dans une évaluation de l'adéquation de la prise en charge au regard du public accueilli et des résultats de son insertion professionnelle tout en garantissant l'individualisation des prises en charge,
- inscrire les CRP dans le dispositif d'insertion professionnelle des personnes handicapées par une optimisation des moyens et en créant des synergies visant à conforter l'offre régionale de formation tout en soutenant l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

4 Objectifs opérationnels et actions concernant les volets « enfants, adolescents et adultes handicapés »

Objectif opérationnel 1 : améliorer la connaissance des besoins

Les actions développées dans le cadre de cet objectif opérationnel concernent à la fois les enfants et les adultes handicapés.

Contexte et enjeux

Le constat a été posé dans le cadre des travaux préparatoires au SROMS, d'une absence de vision globale et prospective des besoins par défaut de l'existence d'un système d'information partagé et exhaustif.

En dépit de la montée en charge des systèmes d'information des MDPH et de la richesse des données désormais disponibles, il n'est actuellement pas possible d'approcher une vision globale, exhaustive et prospective des besoins de la population handicapée tant sur un territoire qu'au niveau régional, voire au niveau national. Ce constat peut être fait aussi bien pour les enfants et adolescents que pour les adultes handicapés.

Les besoins des adultes vieillissants en ESMS ou à domicile sont mal connus et recensés et peuvent être évolutifs, c'est le cas par exemple de certains publics en ESAT dont la fatigabilité doit être prise en compte avec des accueils à temps partiel, voire des cessations d'activité qui deviennent nécessaires.

Les flux entrants et sortants des ESMS sont connus des gestionnaires, mais sans que soit réalisée systématiquement une analyse prospective des situations tant sur les projets que sur les pyramides des âges ; ces données ne sont pas exploitées au niveau de chaque territoire et au niveau régional.

La problématique des jeunes en situation d'amendement Creton est difficile à résoudre :

Les points de tension à court terme sont identifiés. Les listes d'attentes existent dans chaque MDPH, les jeunes adultes en situation d'amendement Creton sont recensés et les orientations sont disponibles, mais pour autant ces données non globalisées, non interconnectées et non analysées d'une manière partagée ne permettent pas actuellement d'anticiper au niveau régional et par territoire le besoin et donc le développement et l'adaptation de l'offre et d'accompagnement nécessaire.

Le recensement fait à un instant T comptabilise des situations sans avoir de visibilité sur les réponses à venir comme les départs à la retraite des ESAT par exemple, les notifications étant faites tous les deux ans ou trois ans selon les MDPH.

Lors des travaux préparatoires du SROMS au cours des réunions départementales en juin 2011, les MDPH ont présenté à un instant T la situation de leur département : recensement de situations sans pouvoir au même instant se projeter dans le temps sur la réponse à apporter par situation. Les MDPH n'ont en effet pas toujours connaissance des flux sortants au même instant T pour le type d'ESMS concerné comme par exemple les ouvertures d'ESMS.

Les données présentées dans le cadre des travaux préparatoires par les MDPH sont les suivantes :

Cher : 24 décisions en amendement Creton avec les orientations suivantes : 18 en ESAT, 4 en foyer de vie, 2 en Foyer d'accueil médicalisé,

Indre : 19 situations de blocage en juin après réunion avec l'ensemble des ESMS sur leurs perspectives, 2 en attente d'ESAT, 10 en attente de foyer occupationnel, 1 en attente de Foyer d'accueil médicalisé et 6 en attente de Maison d'accueil spécialisée,

Loir-et-Cher : 52 situations de jeunes en aménagement Creton en juin 2011 en cours d'examen quant aux orientations, la majorité provenant d'IME pour déficience intellectuelle,

Loiret : département recensant le plus grand nombre de jeunes sous aménagement Creton avec 74 situations identifiées en juin 2010 dont 43 % en attente de foyer de vie, 25 % en attente d'ESAT, 17 % en attente de Foyer d'accueil médicalisé et 15 % en attente de Maison d'accueil spécialisée.

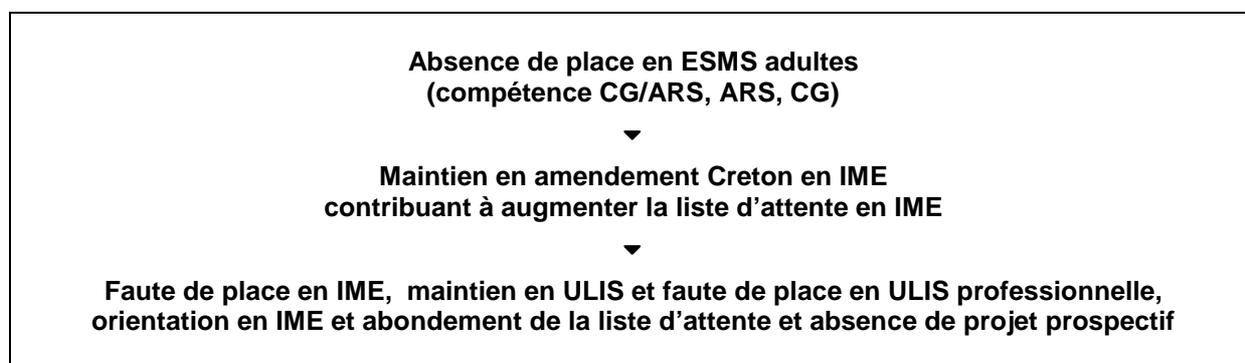
Les attentes concernent des structures telles que les MAS et ESAT de compétence ARS, mais aussi les FAM de compétence conjointe, et enfin les foyers de vie de compétence des Conseils généraux.

La méconnaissance des flux sortants en prospectif rend complexe la réponse à apporter.

En effet, il n'existe aucun système d'information partagé entre MDPH, ARS, Education nationale, ESMS et Conseils généraux, ce qui ne permet pas d'avoir une vision globale, exhaustive et réelle des besoins sur chaque territoire.

Les manques des uns ont parfois conduit à organiser des réponses par défaut, avec les effets délétères en cascade que cela peut engendrer. Lors des travaux préparatoires du SROMS, le développement des coopérations, articulations et développements harmonieux entre les dispositifs de l'Education nationale et l'offre d'accompagnement en milieu ordinaire a été avancé pour construire de vrais parcours sans rupture.

Les situations d'échec risquent de provoquer à l'inverse des effets cascade comme l'illustre le schéma suivant :



Problématique de la définition du polyhandicap

Certaines définitions telles que celle du polyhandicap ne sont pas totalement superposables d'un territoire à l'autre, notamment pour les enfants.

De par l'histoire des territoires et de la constitution de l'offre, les publics accueillis au sein d'établissements aux mêmes agréments peuvent requérir des besoins de soins et d'accompagnement différents.

Informations partielles des MDPH pour les plus jeunes

Les MDPH disposent d'informations incomplètes sur les besoins des enfants et adultes handicapés comme par exemple ceux suivis en CAMSP puisque la saisie de ce service s'effectue le plus souvent hors MDPH.

Modalités de fonctionnement et de notifications hétérogènes selon les MDPH

Certaines orientations sont faites par défaut en l'absence de dispositif requis existant, bien que cette tendance devienne minoritaire.

Les durées des notifications d'orientations et le suivi des publics se sont construits par territoire et ne sont donc pas toujours exploitables en l'état au niveau régional.

Selon les territoires, certaines orientations ne sont notifiées par les MDPH qu'après un stage d'essai.

Existence de zone de rupture

Il persiste des zones de rupture liées aux agréments d'âge de certains dispositifs, ce qui complique la construction de la réponse à apporter.

Nécessité d'une vision territoriale mais aussi régionale

La vision des besoins reste prioritairement départementale par absence de globalisation régionale, ce qui ne contribue pas à disposer d'une visibilité régionale.

La vision incomplète actuelle des besoins ne contribue pas :

- à planifier de façon cohérente et coordonnée les différentes offres, qu'elles soient du domaine de compétence de l'ARS, des Conseils généraux et de l'Education nationale,
- à mettre en évidence les besoins réels dans une vision prospective et anticipatrice d'un développement ou d'une restructuration de l'offre de chaque territoire et au niveau régional, et ainsi dépasser le simple constat des taux d'équipements. Ce sont les points de tension constatés qui orientent le plus souvent la construction d'une offre à court terme qui, lors de sa mise en œuvre, risque de ne plus constituer la bonne réponse,
- à contribuer au renforcement des complémentarités nécessaires entre les différents champs (sanitaire, médico-social, social) et institutions financeurs (Conseil général, ARS et Education nationale),
- à répondre à des besoins spécifiques à construire au niveau régional.

Le projet dit EMERGENCE

Conduit conjointement par l'ARS et le Groupement de coopération sanitaire télésanté Centre, le projet dit EMERGENCE a pour finalité d'engager une réflexion sur les perspectives de développement des systèmes d'information dans le champ des ESMS.

Cette contribution intègre essentiellement une proposition de services en santé pour répondre au défi de la continuité des soins et de la communication des structures médico-sociales avec les établissements sanitaires d'amont et d'aval, ainsi qu'avec la médecine ambulatoire.

Il convient de tenir compte des axes de ce projet dans le développement d'actions relatives à l'information et à la communication.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 1	Améliorer la connaissance des besoins
Action 1 (Priorité ARS)	Créer un système d'information partagé régional (observatoire régional) sur l'évaluation des besoins des usagers (en ESMS et à domicile) en complémentarité avec les dispositifs existants notamment au sein des MDPH et en tenant compte des travaux en cours menés par la CNSA et l'Education nationale
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Regrouper en un même lieu et dans une vocation régionale par l'intermédiaire d'un système d'information approprié : <ul style="list-style-type: none"> · des données et analyses partagées telles que le suivi des entrées/sorties des ESMS, des places vacantes, des amendements Creton, des données de population actualisées, prospectives et transversales, · des données favorisant une meilleure connaissance du public accueilli (spécificité de certains publics, typologie d'accompagnement requis, tranche d'âge, projection du devenir à partir des projets individualisés, etc.). - Structurer, alimenter, faire vivre et pérenniser cet observatoire régional sur la durée du SROMS.
Public	Enfants, adolescents, adultes handicapés à domicile ou en ESMS
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les données et indicateurs à partager, en complément de celles existantes dans le cadre d'un groupe de travail régional «besoins des personnes handicapées». - Structurer l'observatoire et le pérenniser en : <ul style="list-style-type: none"> · développant un système d'information à vocation descriptive et prospective de population en ESMS ; système à alimenter par les acteurs médico-sociaux concernés (ESMS, institutionnels), · définissant des données nécessaires à une meilleure analyse des besoins, · définissant ses modalités d'organisation et de fonctionnement, · recrutant un opérateur en capacité de le faire vivre et de le gérer, · l'articulant avec les axes du projet EMERGENCE, · définissant les conditions d'une pérennité sur la durée du SROMS.
Territoire	Régional avec une vision par territoire
Partenaires	ESMS et associations, MDPH, Conseils généraux, Conseil régional, ARS, Education nationale, secteur de la psychiatrie, Direccte, CREAL, représentants des usagers, Cohésion sociale...
Calendrier	2012-2013 pour la formalisation, la fiabilisation du système d'information et l'analyse des données via un groupe de travail régional 2013-2016 : pour la complétude en continu des données
Indicateurs	Taux de remplissage des indicateurs formalisés dans le cadre du système d'information par les partenaires qui adhéreront à cette démarche Taux cible : 80 % fin 2014.

Objectif opérationnel 2 : améliorer l'information des professionnels et des usagers

Les actions développées dans le cadre de cet objectif opérationnel concernent à la fois les enfants et les adultes handicapés.

Contexte et enjeux

Le secteur du handicap est varié en type d'offre de services et d'établissements.

Tant pour les usagers que pour certains professionnels et plus particulièrement les libéraux, il devient très complexe de connaître sur un territoire donné l'ensemble des offres existantes, leurs missions, la nature du public accueilli, la porte d'entrée, les institutions concernées, les limites de la prise en charge et les articulations entre les différents dispositifs.

De plus, les sigles utilisés par les acteurs de ce secteur renforcent sa complexité.

Cette méconnaissance et cette absence de visibilité nuisent à la bonne orientation des usagers vers les dispositifs existants, à une coordination optimale des acteurs entre eux, y compris entre institutions et à la fluidité des parcours pour les enfants, adolescents et les adultes handicapés.

Les MDPH diffusent de l'information sur le handicap, les associations de personnes handicapées informent également et communiquent vis-à-vis du public. Mais ces informations et communications ne sont pas toujours lisibles et elles sont rarement coordonnées sur un territoire donné.

Il convient de pouvoir diffuser de l'information ciblée et de développer des actions d'informations et de communications coordonnées et cohérentes sur un territoire donné pour toucher le plus grand nombre d'usagers et de familles.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 2	Améliorer l'information des professionnels et des usagers
Action 2	Développer des outils facilitant les échanges d'informations entre professionnels pour contribuer, par territoire, à une meilleure circulation des informations indispensables à la prise en charge des usagers
Objectifs	Favoriser les transmissions d'informations sur les usagers entre les professionnels des ESMS, les libéraux, les professionnels du secteur sanitaire et des autres ESMS
Public	Les professionnels du médico-social, du sanitaire et de l'ambulatoire
Modalités	Groupe de travail régional « informations/communications » avec pour objectifs spécifiques de créer : - un dossier de pré-admission pour les hospitalisations, de non hospitalisation (en précisant les critères), - un dossier de liaison pour les urgences type dossier des EHPAD et une fiche de transmission, élaborer une fiche de procédure pour faciliter l'accès au personnel de nuit du Dossier de liaison d'urgence (DLU). Articulation avec les axes du projet Emergence : objectif de dématérialiser le plus possible les informations à transmettre.
Territoire	Région
Partenaires	ARS, Conseils généraux, ESMS, établissements de santé et secteur libéral
Calendrier	2013
Indicateurs	Nombre de professionnels utilisant les outils formalisés

Objectif opérationnel 2	Améliorer l'information des professionnels et des usagers
Action 3	Elaboration d'un « Guide ressources médico-sociales » régional et par territoire
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Faire connaître les dispositifs médico-sociaux auprès des professionnels et des usagers, - Formaliser un annuaire et des fiches techniques descriptives par ESMS et dispositif pour chaque territoire reprenant : les missions, le type de public accueilli, le plateau technique, les limites (ou exclusion) en termes de public et prises en charge, les articulations et complémentarités avec le champ sanitaire, social et celui de l'Education nationale au sein de chaque territoire pour tenir compte des spécificités, - Faire connaître les dispositifs de soins, dont les ressources spécialisées auprès des ESMS et des usagers : formaliser un annuaire et des fiches techniques descriptives par dispositifs soins et ressources spécialisées pour chaque territoire, - Rendre disponibles et accessibles ces informations, - S'appuyer sur le ROR (Registre opérationnel des ressources) du champ sanitaire.
Public	Usagers et professionnels libéraux
Modalités	<p>Groupe de travail régional « Informations/communications » représentatif de chaque territoire pour arrêter un cadre type du guide ressources, définir les modalités de financement, de formalisation, d'actualisation, de communication et de pérennité et suivre le déroulement de l'action.</p> <p>La rédaction des fiches techniques pourra nécessiter des réunions par territoire et un élargissement du groupe régional. Le 1er volet de ce guide ressources, et donc sa priorité sera d'identifier les acteurs en termes de dépistage précoce.</p> <p>Recrutement d'un opérateur extérieur pour accompagner la démarche et formaliser le guide.</p> <p>Action à articuler avec les axes d'EMERGENCE.</p>
Territoire	Régional et par territoire
Partenaires	ARS, MDPH, Conseils généraux, Education nationale, ESMS et associations, représentants des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé, représentants des usagers.
Calendrier	Années 2013-2016
Indicateurs	Formalisation des six guides ressources « personnes en situation de handicap » à fin 2016

Objectif opérationnel 2	Améliorer l'information des professionnels et des usagers
Action 4	Développer des actions d'informations et de communications
Objectifs	- Renforcer par territoire et au niveau régional l'information et la communication autour des personnes en situation de handicap - Améliorer l'information des médecins généralistes sur l'importance du dépistage précoce et les dispositifs existants pour contribuer à l'amélioration du dépistage précoce du handicap chez les petits
Public	Citoyens, usagers et professionnels dont les médecins généralistes
Modalités	- Groupe de travail régional «Informations/communications» identique à celui de l'action «Guide ressources» : · Recensement des actions et initiatives existantes sur chaque territoire, · Définition des modalités de diffusion de l'information et de communication et des acteurs à cibler (acteurs économiques des entreprises, bailleurs sociaux, médecins généralistes...), · Contribution, en fonction des cibles, à la rédaction de plaquettes d'informations spécifiques. - Organisation ou contribution à l'organisation de colloques et manifestations spécifiques sur le handicap dans les territoires et au niveau régional.
Territoire	Régional et par territoire
Partenaires	ARS, MDPH, Conseils généraux, Education nationale, ESMS et associations, représentants des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé, caisses de sécurité sociale, administrations de l'Etat, représentants des usagers
Calendrier	Années 2014-2016
Indicateurs	Nombre d'actions lancées et réalisées – nombre de partenaires mobilisés

Objectif opérationnel 3 : améliorer le dépistage précoce du handicap (priorité ARS)

Les cibles du schéma à cinq ans pour cette thématique sont :

- la réduction des délais de rendez-vous et prise en charge,
- la clarification des missions et l'identification par territoire des complémentarités entre les différents dispositifs et avec les centres de ressources en matière de dépistage et diagnostic,
- la diminution des durées de prises en charge liées à un déficit de l'offre d'aval,
- la formation et l'information des médecins et des familles sur les dispositifs et leur intérêt dans le dépistage précoce.

Contexte et enjeux

La généralisation du dépistage dans les périodes prénatales, périnatales et maternelles (avant 6 ans), la complexité croissante de certaines situations parentales sont à l'origine d'une demande d'accompagnement et de soins plus importante auprès des CAMSP et des CMPP pour leur champ de compétence réciproque.

Un dépistage du handicap est effectué dès la naissance, mais le repérage d'enfants présentant un risque de développer un handicap est souvent plus tardif et réalisé par les professionnels de la petite enfance, lors de bilans effectués en maternelle par les services de PMI par exemple, ou un peu plus tard lors des bilans réalisés par les professionnels de l'Education nationale ; c'est notamment le cas des enfants présentant des troubles des apprentissages et des troubles du comportement.

Les travaux du schéma se sont appuyés sur les constats partagés au sein de chaque territoire entre les professionnels et les institutions ainsi que sur les travaux réalisés par le CREAI sur les CMPP (2008/2009) et les CAMSP (2009/2010).

L'hétérogénéité des autorisations (parfois données en places ou en nombre de séances), l'absence de système d'information et de référentiels communs compatibles, et les organisations différentes ne permettent pas d'avoir une vision régionale de l'activité de ces structures, ni une comparaison entre territoires. Cependant, certains constats sont communs à tous les CAMSP et CMPP et ont contribué à l'élaboration de propositions.

La région Centre dispose de 12 CAMSP, dont 7 avec des antennes, soit 26 sites au total en 2011. Cependant, en dépit des renforts déjà mis en œuvre, des inégalités territoriales d'accès à ces services persistent. Elles sont liées à plusieurs facteurs tels que la répartition sur le plan géographique et les difficultés à recruter des professionnels, limitant le développement de l'activité et participant à l'allongement des délais de prise en charge constatés.

Le recours au partenariat de professionnels libéraux est également limité voire impossible dans certains territoires du fait de la démographie de ces professionnels (orthophonistes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, mais aussi médecins spécialistes, etc.).

La région Centre dispose également de 10 CMPP et 16 antennes soit 26 sites répartis sur l'ensemble de la région. Les CMPP s'appuient, comme pour les CAMSP, sur des équipes pluridisciplinaires pour assurer diagnostic et traitement effectués en consultations ambulatoires.

Dans le cadre des travaux préparatoires du SROMS, les constats qui ont été formulés sont les suivants :

- certains médecins généralistes connaissent mal les missions des CAMSP, ce qui ne favorise pas l'accompagnement des familles pour une première démarche pouvant conduire une famille à différer la première demande auprès du CAMSP,
- les professionnels des CAMSP constatent que certains enfants accueillis auraient pu bénéficier d'une prise en charge plus précoce (cas des enfants vus pour la première fois à 5 ans par exemple) mais qu'il existe une certaine réticence des parents,
- sur certains territoires, les complémentarités entre les différents professionnels des institutions, des ESMS, du secteur libéral et de l'Education nationale peuvent encore être développées. Par exemple, le développement des coopérations CAMSP/CMPP/SESSAD sur certains territoires sont nécessaires pour favoriser la fluidité des parcours et l'élaboration sur un territoire donné des critères orientant vers une prise en charge en CMPP ou dans le cadre de la pédopsychiatrie,
- l'insuffisance voire l'absence d'offre spécifique constatée dans certains territoires, comme par exemple les réponses pour les très jeunes enfants du type JES, les réponses pour les jeunes polyhandicapés dont les demandes sont croissantes, l'accompagnement pour le handicap sensoriel, l'accompagnement des enfants présentant d'importants troubles du comportement avec un surhandicap social ajouté, etc., contribuent à rallonger les délais des prises en charge initiales, car le CAMSP prolonge l'accompagnement mis en œuvre à défaut de pouvoir passer le relais à un ESMS,
- le retard de diagnostic et de mise en œuvre d'une prise en charge adaptée contribue à aggraver les situations voire à les enkyster notamment dans le cas des troubles du comportement. Une approche précoce et globale de l'enfant et de sa famille, y compris d'actions d'aide à la parentalité, a montré son efficacité sur la réduction des troubles voire la correction des troubles. A l'inverse, si ces troubles ne sont pas pris en charge, on constate un besoin d'accompagnement et qui se traduit, à terme, par une entrée dans le champ du handicap.

Afin de mieux identifier les profils de patients, les organisations des CAMSP et les difficultés territoriales, l'ARS a diligenté auprès du CREAI Centre une étude quantitative et qualitative portant sur les 12 CAMSP de la région en 2009/2010. Afin de pouvoir se situer par rapport à l'étude de la CNSA, les travaux menés en région Centre ont porté sur le public accueilli en 2008.

Principaux constats de l'étude CAMSP région Centre réalisée par le CREAI

Il a été constaté une hétérogénéité des modes de fonctionnement dans les amplitudes horaires, une hétérogénéité de l'âge des enfants, avec une tendance pour les CAMSP hospitaliers à accueillir un pourcentage plus important d'enfants de 0-3 ans par rapport aux CAMSP associatifs, situation compréhensible liée aux rapports privilégiés au sein d'un même établissement.

• **Délais de rendez-vous et de prise en charge**

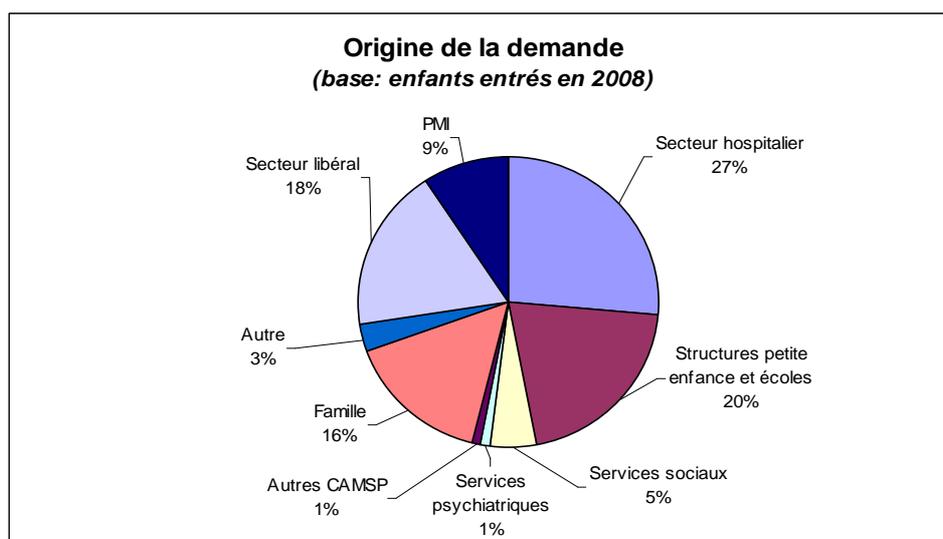
Selon les organisations mises en place par les CAMSP, les délais entre les différentes phases sont variables. Globalement, on distingue plusieurs phases d'attente communes entre les CAMSP :

- avant l'inscription administrative,
- entre l'inscription administrative et la phase de bilan :
 - délai avant le bilan médical,
 - délai entre bilan médical et bilans complémentaires,
- entre la fin des bilans/diagnostics et le début des soins,
- au cours des soins (pour certaines spécialités en particulier).

Les délais varient d'une étape à l'autre et ne cessent de croître. Aujourd'hui, dans certains CAMSP, le délai d'inscription pour la première phase de soins approche les six mois.

• **Origine de la demande**

Le secteur hospitalier et les structures de la petite enfance et écoles représentent ensemble 47 % de l'origine de la demande.



• **Domaines pathologiques**

Les chiffres renseignés par les CAMSP mettent en avant deux tendances :

- la cécité et la cécité-surdité sont des déficiences peu représentées,
- sur les 12 CAMSP, 6 d'entre eux prennent en charge une majorité d'enfants avec un handicap psychique.

Les pathologies présentées sont de plus en plus complexes à prendre en charge car les enfants présentent différents troubles qui interagissent.

Les CAMSP notent une augmentation des enfants présentant des :

- troubles psychiques,
- troubles du comportement,
- troubles du langage.

Les deux derniers types de troubles sont repérés le plus souvent par l'école et les enfants sont envoyés tardivement vers le CAMSP, ce qui ne permet pas de réaliser un suivi optimal car il va s'effectuer sur une durée restreinte.

Concernant les prématurés, les CAMSP constatent un alourdissement des pathologies. Ceci s'explique par les progrès de la médecine, qui ont pour conséquences :

- une augmentation des grossesses multiples qui entraînent une augmentation de naissances prématurées,
- une prise en charge possible des enfants prématurés (inférieurs à 37 semaines), voire en grande prématurité (inférieurs à 33 semaines) et/ou de petits poids (inférieurs à 2 500 g).

Les troubles cliniques sont majoritairement associés à un surhandicap social. La problématique de la parentalité est prégnante au sein de la population accueillie. Parmi les difficultés constatées, le contexte socio-familial particulier et les carences affectives et éducatives (cf. classification CFTMEA axe II B) sont très présents.

Cette vulnérabilité familiale induit un accompagnement de plus en plus important, se traduisant par une augmentation des prises en charge pluridisciplinaires et un allongement de la durée de prise en charge.

- **Durée de prise en charge**

La majorité des prises en charge dure entre un et trois ans, avec une proportion plus importante pour les prises en charge comprises entre un et deux ans.

- **File active**

Elle est constituée de 3 533 enfants en 2008, bien que les systèmes d'information actuels de certains CAMSP ne permettent pas d'identifier au sein de la file active la part des enfants en bilan (dont certains ne seront pas suivis de séances au sein du CAMSP) ou faisant l'objet d'un suivi.

- **Temps d'accès**

Seule l'implantation des CAMSP de l'**Indre** permet d'avoir des **temps de trajets inférieurs à 30 minutes** où que l'on se trouve dans le département.

- **Scolarisation**

Pour les huit CAMSP qui disposent de cette donnée, la majorité des enfants de la file active est scolarisée en école maternelle. Les CAMSP situés dans l'Indre ont un taux de scolarisation très important dû à un partenariat bien développé avec les écoles et à la présence d'un directeur pédagogique pour le CAMSP PEP Châteauroux. Cette donnée est à mettre en lien avec l'orientation dominante des enfants vers ces CAMSP par les écoles.

- **Partenariat**

Les CAMSP sont des structures pivot, à l'interface des structures sanitaires (maternités, services de néonatalogie, services de pédiatrie, services de pédopsychiatrie), des structures sociales et médico-sociales, des structures fréquentées par les jeunes enfants (petite enfance) et des structures scolaires. Ils sont également sollicités en tant qu'experts pour réaliser des bilans, sans que l'enfant soit suivi par la suite au CAMSP. D'autres partenaires réalisent aussi des bilans mais il est constaté qu'il y a peu de communications de ces données entre les différents intervenants et parfois redondance de tests et bilans.

Principaux constats issus de l'étude CMPP 2008 réalisée par le CREAI

• **Origine de la demande**

46 % des demandes proviennent du milieu scolaire (enseignants, psychologues scolaires, médecins ou infirmières scolaires, etc.). C'est en effet l'entrée à l'école, et plus particulièrement la grande section de maternelle et l'entrée en CP, qui met en évidence l'existence de difficultés, lorsque l'enfant est confronté à ses pairs et dans l'apprentissage des fondamentaux (lecture, écriture, calcul).

20 % des demandes proviennent de la famille et 14 % du milieu médical.

• **Motifs de consultation**

L'analyse repose sur les déclarations des familles lors du premier contact mais globalement le constat est le suivant :

- troubles du comportement : 33 %,
- difficultés scolaires : 26 %,
- troubles psychologiques divers : 18 %,
- troubles ou difficultés du langage : 10 %,
- difficultés psychomotrices : 6 %.

• **Agréments d'âge**

Les CMPP de la région Centre ont des agréments d'âge variés, commençant au plus tôt à la naissance, et allant au plus tard jusqu'à 21 ans (ce qui correspond à l'ancienne date de la majorité).

Néanmoins, même lorsque leur agrément commence à la naissance (c'est le cas de deux CMPP), les CMPP n'accueillent pas d'enfants âgés de moins de 2 ans, et très peu d'enfants âgés de moins de 4 ans. Par ailleurs, la majorité des enfants comptabilisés dans la tranche « 4-6 ans » sont des enfants âgés de plus de 5 ans pour lesquels, du fait des délais d'attente et des durées de prise en charge, une inscription en CAMSP n'est plus pertinente.

• **Répartition géographique et distance**

L'implantation de ces CMPP est inégale sur le territoire régional, mais doit être mise en perspective avec l'offre alternative proposée au sein des territoires notamment par le secteur psychiatrique. Les distances moyennes lieu de suivi/domicile de l'enfant varient considérablement selon les CMPP et, au sein de certains CMPP, selon les sites. La majorité des enfants suivis est domiciliée, pour chaque CMPP, dans l'arrondissement (60 % à 98 %).

• **Délais et durée de prise en charge**

Un tiers des prises en charge est effectuée pendant plus de deux ans (la majorité des prises en charge dure moins d'un an cependant).

Comme pour les CAMSP, l'augmentation de la durée moyenne des prises en charge peut s'expliquer par :

- la complexification des troubles/difficultés rencontrés,
- l'accueil d'enfants souffrant de pathologies plus lourdes, qui ne relèvent pas du CMPP, du fait du manque d'offre alternative de soins sur le territoire et des difficultés de ce fait d'assurer le relai. Les délais de prise en charge augmentent, y compris pour les CMPP ayant bénéficié d'extensions récentes, et découlent principalement de l'augmentation de la fréquence et de la durée des prises en charge, en lien avec la complexification des troubles,
- des difficultés de recrutement de professionnels et donc de situations de sous-effectif récurrentes pour certaines spécialités (orthophonie et psychiatrie notamment) et de la non disponibilité de l'offre adéquate sur les territoires.

• **Scolarisation**

La majorité des enfants inscrits en CMPP est scolarisée : 22 % en maternelle, 57 % en élémentaires (CLIS compris), 16 % en collège (ULIS compris) et 3 % en lycée.

Cas particulier des troubles des apprentissages

Contexte et enjeux

Les principaux troubles des apprentissages sont la dyslexie (trouble spécifique de la lecture), la dyscalculie (trouble spécifique du calcul) et la dysorthographe (trouble spécifique de l'expression écrite). Dyslexie, dysorthographe et dyscalculie peuvent être associées à des troubles de la coordination (dyspraxie), des troubles du graphisme (avec ou sans lien avec une dyspraxie) ou encore au déficit de l'attention avec hyperactivité.

Les troubles de l'apprentissage sont parfois associés à des troubles émotionnels (troubles anxiodépressifs) ou comportementaux.

L'acquisition de la parole et du langage entre 0 et 3 ans a une forte influence sur la future scolarité. Un trouble du **langage oral** est donc important à prendre en considération avant l'âge de 5 ans, et si possible dès l'âge de 3 ans. La dyslexie se manifeste après le début de l'apprentissage de la lecture. On ne dispose pas en France d'étude sur la prévalence de la dyslexie et de la dyscalculie. Les enfants atteints de dyslexie représenteraient selon certains auteurs environ **un quart des enfants présentant des difficultés en lecture**. Il semble que la dyscalculie se rencontre plus rarement que la dyslexie.

La prise en charge des troubles des apprentissages en milieu scolaire représente aujourd'hui 10 % des **projets d'accueil individualisé** (données Education nationale).

Il est important de pouvoir dépister précocement les enfants en difficultés pour mettre en place des rééducations spécialisées. Des troubles du langage oral diagnostiqués dès la maternelle sont un facteur de risque de dyslexie dans 50 % des cas. Le dépistage systématique lors de l'examen obligatoire de la sixième année, réalisé par les médecins et infirmières de l'Éducation nationale, ne peut concerner la dyslexie puisque l'apprentissage de la lecture n'a pas commencé. En revanche, il permet d'identifier les enfants atteints d'un trouble du langage oral.

Le diagnostic nécessite les compétences de plusieurs professionnels réunis au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Le recours à un centre de référence peut s'avérer indispensable.

La région Centre dispose d'un centre de référence au CHU de Tours et un réseau DYS 45 à Orléans.

La dyspraxie développementale est un trouble des apprentissages spécifiques. Les enfants dyspraxiques ont des difficultés à planifier, à programmer et à coordonner des gestes complexes, intentionnels et orientés vers un but. Leur cerveau n'intègre pas la séquence motrice qui sous-tend l'automatisation d'un geste.

La prévalence de la dyspraxie est élevée : 5 à 7 % des enfants de 5 à 11 ans, selon le Haut Comité de santé publique. Tous les enfants sont loin d'être repérés aujourd'hui, bien que cette pathologie pourrait concerner plus de 250 000 d'entre eux en primaire (près d'un enfant par classe) ; la méconnaissance et la non prise en compte de ce handicap, parfois qualifié d'invisible, conduisent chaque année des d'enfants d'intelligence normale et même bien souvent supérieure à la moyenne vers un échec scolaire.

Les constats en région Centre

Au cours des réunions départementales, les professionnels ont insisté sur :

- la nécessité d'optimiser le dépistage, de préciser les modalités de diagnostic, notamment les modalités de saisine du centre de ressources auprès des professionnels et des familles, et définir les partenariats de prise en charge entre ESMS et professionnels libéraux et l'Education nationale,
- la nécessité de définir des coopérations entre l'équipe pédagogique, les intervenants médicaux et paramédicaux (ergothérapeute, psychomotricien...) et les parents pour mise en œuvre de moyens de compensation au sein de l'école (par exemple, le remplacement de l'écriture manuscrite par la frappe au clavier d'ordinateur).

Cas particulier de l'autisme et des TED

Contexte et enjeux

L'autisme est un trouble du développement dont le diagnostic est basé sur l'observation de perturbations qualitatives dans les domaines des interactions sociales réciproques et de la communication et sur celle du caractère restreint, répétitif des comportements, des intérêts et des activités (CIM10). L'autisme est un trouble d'apparition très précoce qui peut être diagnostiqué de façon fiable à partir de 3 ans, et à partir de 2 ans pour un fort pourcentage de cas.

Cependant, le diagnostic peut être retardé, et des personnes adultes avec un trouble autistique peuvent se trouver encore non diagnostiquées pour plusieurs raisons : retard mental important associé, diagnostic erroné, méconnaissance clinique des troubles autistiques au moment où les personnes se trouvaient dans les files actives du soin, par exemple le syndrome d'Asperger.

Le retard, voire l'absence de diagnostic peut conduire à mettre en place un accompagnement des enfants, des adultes et des familles, non adapté avec des conséquences multiples sur la qualité de vie des personnes atteintes et de leur entourage.

Constats en région Centre

Il existe une hétérogénéité des organisations et des pratiques pour le dépistage et le diagnostic au sein des territoires avec la place du CRA parfois mal identifiée et, dans certains territoires, des difficultés à identifier les personnes ressources permettant de poser le diagnostic ou orientant vers le CRA.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 3	Améliorer le dépistage précoce du handicap chez les jeunes en situation de handicap
Action 5	Identifier les actions respectives (repérage /évaluation/diagnostic) des différents dispositifs et professionnels intervenant au sein de chaque territoire (CAMSP, CMPP, CMP, services de pédiatrie, pédopsychiatrie, professionnels libéraux PMI et services du conseil Général, structures de la petite enfance, Education nationale, etc.) et construire la complémentarité de l'offre en tenant compte des spécificités locales
Objectifs	Avoir une meilleure lisibilité et connaissance mutuelle des différents services et des modalités d'intervention de ces services et réduire les délais de latence entre diagnostic et accès à la ressource adéquate dans le cadre d'un accompagnement global
Public	Enfants adolescents avec priorité pour les 0-10/11ans et parents dans certains cas
Modalités	Groupe de travail « dépistage et accompagnement précoce » dans chaque territoire avec l'ensemble des partenaires concernés avec pour objectifs : <ul style="list-style-type: none">- l'analyse, mission par mission, de la complémentarité de l'ensemble des ressources disponibles sur le territoire pour l'accompagnement des 0-6 ans et de leurs familles pour avoir une meilleure connaissance mutuelle des différents services et des modalités d'intervention de ces services,- la clarification des champs d'intervention entre CAMSP, professionnels libéraux, CMPP, CMP, SESSAD, SAFEP, etc. pour répondre aux questions du « qui fait quoi » en termes de repérage/évaluation et diagnostic,- l'identification des points de rupture, les niveaux insuffisants de prise en charge, les besoins d'adaptation et de transformation des organisations,- le développement des outils de transmission de l'information entre les partenaires, ce qui permettra de recenser les outils et services existants sur ce thème. Cette action permettra de contribuer à la formalisation d'un volet du « Guide ressources médico-sociales ». Les travaux de cette action sont donc à articuler avec les travaux d'élaboration du guide ressources. Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion.
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, ESMS et associations, Conseil général (dont PMI), MDPH, secteur sanitaire dont la psychiatrie, professionnels libéraux (orthophonistes, kinésithérapeutes, etc.), représentants des usagers
Calendrier	Années 2012-2013
Indicateurs	Taux d'évolution des délais de prise en charge des jeunes par territoire

Objectif opérationnel 3	Améliorer le dépistage précoce du handicap chez les jeunes en situation de handicap.
Action 6	Organiser les complémentarités CAMSP/CMPP avec les services de PMI, le secteur de pédopsychiatrie, les professionnels libéraux, le CRA, le secteur de la petite enfance, l'Education nationale sur chaque territoire pour améliorer le dépistage des enfants dès leur plus jeune âge en identifiant les besoins éventuels d'accompagnement des parents
Objectifs	Améliorer à partir de l'existant les conditions permettant le développement du dépistage et du diagnostic précoce
Public	Enfants avec deux tranches d'âge prioritaires 0-3 ans et 9-11 ans
Modalités	Groupe de travail « dépistage et accompagnement précoce » dans chaque territoire avec l'ensemble des partenaires concernés. A partir des travaux menés dans le cadre de l'action 1 : <ul style="list-style-type: none"> - organiser les complémentarités par grandes thématiques : handicap sensoriel, troubles du comportement, troubles des apprentissages, - identifier les zones de ruptures et les causes, - s'appuyer sur les études existantes dont celles du CREAL et les travaux des schémas départementaux « enfance famille ».
Territoire	Les six territoires de la région
Partenaires	CAMSP, CMPP, PMI, pédiatres, pédopsychiatres, professionnels libéraux, MDPH, Conseil général, professionnels de la petite enfance, Education nationale, CRA, Centre de ressources des troubles des apprentissages, ARS
Calendrier	Années 2012-2013
Indicateurs	Taux d'évolution des délais de prise en charge des jeunes par territoire

Objectif opérationnel 3	Améliorer le dépistage précoce du handicap chez les jeunes en situation de handicap.
Action 7	Poursuivre le renforcement des CAMSP et des CMPP existants sur les territoires en complémentarité et synergie avec les autres dispositifs existants (SESSAD, CMP, etc.) dans le cadre d'une réflexion globale
Objectifs	Réduire les délais de prise en charge initiale et conforter les antennes existantes en fonction des besoins des publics
Public	Enfants, adolescents
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Identification et hiérarchisation des facteurs explicatifs des délais (base de départ), constats réalisés (cf. études CAMSP CMPP), - Identification par territoire des recrutements prioritaires nécessaires, - Priorisation des postes à temps plein, - Analyse de l'efficience des organisations.
Territoire	Les six territoires et en infra territorial
Partenaires	Pilote : ARS Participation à la réflexion dans le cadre du groupe de travail « dépistage et accompagnement précoce » : ESMS et associations, Conseils généraux (dont PMI), MDPH, secteur sanitaire et représentants d'usagers
Calendrier	Années 2013-2015
Indicateurs	Taux d'évolution des délais de prise en charge des jeunes par territoire

Objectif opérationnel 3	Améliorer le dépistage précoce du handicap chez les jeunes en situation de handicap
Action 8	Clarifier et renforcer l'organisation existante en matière de dépistage et diagnostic des troubles autistiques sur chaque territoire
Objectifs	Améliorer l'organisation du dépistage pour les enfants d'âge inférieur ou égal à 3 ans
Public	Enfants de 2 - 4 ans
Modalités	Groupe de travail régional dans le cadre des travaux du CTRA : - identifier par territoire en lien avec le CRA les personnes ressources pour évaluation et diagnostic précoce des troubles autistiques, - renforcer la définition des modalités de saisine du CRA, - former les professionnels au repérage des troubles évocateurs. Cette action permettra de contribuer à la formalisation d'un volet du « Guide ressources médico-sociales ». Les travaux de cette action sont donc à articuler avec les travaux d'élaboration du guide ressources.
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, CRA, CAMSP – CMPP et associations, professionnels de la petite enfance, PMI, pédiatres, pédopsychiatres, médecins généralistes et représentants des usagers
Calendrier	Années 2012-2013
Indicateurs	Taux d'évolution régional du nombre de jeunes enfants dépistés et diagnostiqués « troubles autistiques »

Objectif opérationnel 3	Améliorer le dépistage précoce du handicap chez les jeunes en situation de handicap
Action 9	Clarifier et renforcer l'organisation existante en matière de dépistage et de diagnostic des troubles des apprentissages
Objectifs	Dépister plus précocement certains troubles pour une prise en charge précoce
Public	Enfants dès 3 - 4 ans pour les troubles du langage oral et enfants entre 6 et 10-11 ans pour les troubles dyslexiques dyspraxiques
Modalités	Groupe de travail « dépistage et accompagnement précoce » dans chaque territoire avec l'ensemble des partenaires concernés : - identifier et recenser sur chaque territoire les organisations actuelles au niveau des différents partenaires, - définir entre institutions une stratégie de dépistage en optimisant l'existant, - préciser les critères et modalités de saisine du centre de ressources auprès des professionnels et des familles et diffuser l'information.
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, PMI, Education nationale, ESMS (CAMSP et CMPP plus particulièrement) et associations, professionnels libéraux (médecins, orthophonistes...), centre de ressources, représentants des usagers
Calendrier	Années 2012-2013
Indicateurs	Taux d'évolution régional du nombre de jeunes enfants dépistés et diagnostiqués « troubles des apprentissages »

Objectif opérationnel 4 : améliorer l'accompagnement précoce

Contexte et enjeux

Offre hétérogène d'un territoire à l'autre

L'histoire des territoires, les partenariats noués entre institutions et ESMS, l'absence de système partagé d'information, l'existence ou non d'un schéma départemental récent, la démographie des professionnels, la démographie de la population, l'attractivité d'un territoire, le dynamisme des acteurs de terrain, autant de facteurs qui ont conduit à des constructions différentes de l'offre actuelle des territoires.

L'insuffisance, voire l'absence d'offre constatée dans certains territoires comme par exemple les réponses pour les très jeunes enfants du type JES, les réponses pour le polyhandicap du jeune enfant dont les demandes sont croissantes, l'accompagnement pour le handicap sensoriel, l'accompagnement des enfants présentant d'importants troubles du comportement avec surhandicap social ajouté contribuent à rallonger les délais des prises en charge initiales, par exemple un CAMSP prolongera l'accompagnement mis en œuvre à défaut de pouvoir passer le relais à un autre service ou établissement.

Des besoins d'accompagnement qui évoluent

L'évolution des motifs de consultations (part grandissante des troubles du comportement, le poids de plus en plus important des problèmes familiaux, éducatifs et sociaux) nécessite d'adapter l'accompagnement dans une démarche globale de l'enfant et de sa famille.

La coordination et la coopération entre les différents dispositifs sont primordiales et plus particulièrement dans une région où la démographie des professionnels de santé n'est pas favorable.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 4	Améliorer l'accompagnement précoce
Action 10	Adapter l'offre (développement des offres manquantes ou renfort) dans le domaine de la petite enfance dans le cadre d'une réflexion globale entre les différents partenaires du territoire
Objectifs	Offrir une offre adaptée pour les parents, accompagner la scolarisation des petits par des dispositifs de soutien aux familles notamment lorsqu'il s'agit d'accueils séquentiels d'enfants handicapés
Public	Enfants en situation de handicap
Modalités	Groupe de travail « dépistage et accompagnement précoce » dans chaque territoire avec l'ensemble des partenaires concernés avec pour objectifs : - de revoir les agréments de certains SESSAD, - de développer prioritairement par restructuration l'offre en JES en complémentarité de l'existant sur les territoires déficitaires après avoir identifié les besoins spécifiques d'accompagnement. Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion.
Territoire	Les six territoires
Partenaires	Pilote : ARS Contribution à la réflexion : ESMS et associations, PMI, pédiatrie, pédopsychiatrie, Education nationale, représentants des usagers
Calendrier	Années 2013-2015
Indicateurs	Taux d'évolution de la part des services dans l'offre globale médico-sociale (indicateur CPOM ARS)

Objectif opérationnel 4	Améliorer l'accompagnement précoce
Action 11	Disposer d'une offre en service pour déficients sensoriels au sein de chaque territoire en s'appuyant notamment sur les ESMS à vocation régionale (notamment pour le Cher et le Loir-et-Cher)
Objectifs	Répondre aux besoins d'accompagnement de ces enfants en proximité
Public	Déficients sensoriels à domicile
Modalités	Groupe de travail « dépistage et accompagnement précoce » dans chaque territoire avec l'ensemble des partenaires concernés. L'objectif est de construire les réponses en lien et avec les professionnels des ESMS à vocation régionale et avec l'Education nationale.
Territoire	Cher, Loir-et-Cher et Indre en priorité
Partenaires	ARS, ESMS et associations, MDPH, Education nationale, représentants des usagers
Calendrier	Années 2013-2015
Indicateurs	Taux d'évolution de la part des services dans l'offre globale médico-sociale (indicateur CPOM ARS)

Objectif opérationnel 5 : adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un trouble du spectre autistique

Contexte et enjeux

Selon la CIM 10, l'autisme ou les troubles qui lui sont apparentés sont regroupés en « Troubles envahissants du développement (TED) » caractérisés par un développement anormal ou déficient, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : les interactions sociales réciproques, la communication et les comportements (au caractère restreint et répétitif).

Les TED se caractérisent par une diversité des troubles et des manifestations (« spectre autistique »), allant de l'autisme typique, associé ou non à une déficience intellectuelle, au syndrome d'Asperger.

L'accompagnement et la prise en charge des personnes atteintes de TED, dont l'autisme, se sont traduits dans le plan autisme 2008-2010. Ce plan répond à des enjeux qualitatifs et quantitatifs forts, articulant les champs éducatif, pédagogique et sanitaire. Les enjeux en matière d'accompagnement de personnes avec autisme et troubles envahissants du développement sont de trois ordres, visant à :

- améliorer la connaissance de ces troubles, la formation des différents acteurs et les pratiques professionnelles,
- améliorer le repérage et l'accès au diagnostic, l'orientation des personnes et de leur famille et leur insertion en milieu ordinaire,
- promouvoir une offre d'accueil, de services et de soins cohérente et diversifiée et permettre l'expérimentation de nouveaux modèles de prise en charge encadrés et évalués.

Selon la Haute Autorité de santé (HAS) - Rapport "Autisme et autres troubles envahissants du développement", 1 enfant sur 150 naît autiste en France.

Le CREAI Centre, dans le cadre du Comité technique régional de l'autisme (CTRA), a réalisé en 2009 une étude quantitative et qualitative sur les besoins des enfants et adultes autistes et TED en région Centre.

Cette enquête met en évidence que 643 jeunes autistes seraient susceptibles d'être orientés dans le secteur adulte médico-social d'ici 2020, dont 181 dès 2011 et 332 dès l'année 2016. Ces chiffres restent cependant à analyser plus finement en fonction des orientations et des sorties du dispositif médico-social.

L'approche quantitative, outre le recensement important du nombre de personnes autistes concernées aussi bien pour les jeunes que pour les adultes, préconise :

- pour les jeunes autistes : de développer les prises en charge précoces en complément de la mission de dépistage des CAMSP, de consolider le nombre de places dédiées en établissements et services pour les jeunes en prévoyant des créations, extensions et transformations de places dans l'ensemble des départements de la région, de diversifier les prises en charge (dispositifs ambulatoires, familles d'accueil thérapeutique...), de développer l'accueil temporaire ainsi que l'action des SESSAD pour permettre un minimum de temps de scolarisation et le développement de plateaux techniques de SESSAD ressources,
- pour les adultes handicapés : de développer davantage les places dédiées dans le secteur adultes pour pouvoir recevoir les enfants accueillis au titre de l'amendement Creton, d'anticiper le vieillissement et la grande dépendance des adultes autistes, et de diversifier davantage les réponses (FAM, MAS, SAMSAH, SSIAD, SAVS, accueil temporaire) en intégrant une dimension formation professionnelle pour les autistes qui en ont les capacités.

Enfin, elle préconise également de favoriser le développement de démarches de dépistage et de diagnostic en utilisant une classification commune, ainsi que les démarches de formation.

L'approche qualitative confirme les préconisations ci-dessus développées. Elle insiste plus particulièrement sur la nécessité d'un projet d'accueil et d'accompagnement spécifique, des taux d'encadrement adaptés, de formations des professionnels, de locaux adaptés et de partenariats solides.

En région Centre, en 2011, les personnes présentant des TED, qui seront appelées dans le cadre de ce schéma personnes présentant des Troubles du spectre autistique (TSA), sont prises en charge par les services et structures pour enfants, en MAS et FAM. L'offre médico-sociale est hétérogène sur la région, pour les enfants comme pour les adultes.

Cette offre n'est pas toujours identifiée comme telle et parfois insuffisante, ce qui conduit à des prises en charge par défaut par les équipes du secteur sanitaire.

Par ailleurs, il n'existe pas, en région Centre, de SAMSAH et de places d'ESAT spécifiques.

Dans le cadre des travaux préparatoires du SROMS, il est considéré qu'une prise en charge adaptée dès l'enfance permet une meilleure qualité de vie des adultes autistes. Il ressort également la nécessité d'avoir des ESMS totalement dédiés à la prise en charge des personnes présentant des TSA, mais également des unités spécifiques répondant à des critères minimaux (projet identifié, nombre de places minimales identifiées et personnel formé). Les places se doivent d'être identifiées.

La notion de proximité, qui est reprise dans les actions suivantes des objectifs opérationnels 5 à 9, consiste à apporter des réponses aux personnes en situation de handicap en infra-départemental, le plus proche du domicile afin de limiter le plus possible les transports. Cette recherche de proximité est plus particulièrement à atteindre pour les jeunes en situation de handicap et pour les structures qui n'offrent pas d'internat. Elle sera plus difficilement réalisable pour des adultes présentant un handicap lourd qui nécessite à la fois une technicité particulière et une permanence paramédicale continue.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 5	Adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un trouble du spectre autistique
Action 12	Identifier ou conforter une offre spécifique au sein de chaque territoire : unités dédiées au sein d'établissements sanitaires, d'établissements médico-sociaux, SESSAD, etc.
Objectifs	Offrir aux jeunes présentant des troubles du spectre autistique une offre de prise en charge adaptée et spécifique en proximité sur chaque territoire et en infra-territorial. L'atteinte de cet objectif permettra de donner une meilleure visibilité pour les professionnels et les usagers, cibler les actions de professionnalisation et développer prioritairement par restructuration des projets spécifiques.
Public	Enfants et adolescents handicapés
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Identification dans les autorisations des unités existantes, - révision des agréments d'âge pour certains ESMS déjà spécialisés dans certains territoires pour limiter les ruptures de prise en charge (SESSAD autiste dans l'Eure-et-Loir, examen des autres situations en fonction des zones de rupture dans les autres territoires...), - renforcement si nécessaire des plateaux techniques, - développement de l'offre en priorité par restructuration sur les territoires ciblés ou par création de places nouvelles. Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion. Articulation avec le CTRA.
Territoire	Loir-et-Cher en priorité puis les autres territoires en fonction des besoins identifiés
Partenaires	Pilote : ARS Contribution à la réflexion : ESMS et associations, MDPH, secteur psychiatrique, représentants des usagers
Calendrier	Années 2013-2016
Indicateurs	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes avec autisme et troubles envahissants du développement (indicateur CPOM ARS)

Objectif opérationnel 5	Adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un trouble du spectre autistique
Action 13	Développer, en proximité, des unités spécifiques pour adultes présentant des troubles du spectre autistique d'un minimum de cinq places ou adapter un équipement existant en confortant si nécessaire les ratios d'encadrement
Objectifs	Faire évoluer l'offre médico-sociale existante sur chaque territoire, par restructuration ou mesures nouvelles médico-sociales pour mieux prendre en charge en proximité les adultes présentant des TSA : institutionnalisation, développement de services (SAMSAH) pour favoriser l'accompagnement en milieu ordinaire, etc.
Public	Adultes présentant des TSA
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Identification dans les autorisations des unités existantes et renforcement si nécessaire des plateaux techniques, - développement de l'offre en priorité par restructuration sur les territoires ciblés ou par appels à projets spécifiques par territoire. Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion. Articulation avec le CTRA
Territoire	Indre-et-Loire, Loiret et Eure-et-Loir en priorité puis les autres territoires en fonction des besoins identifiés
Partenaires	Pilote : ARS Contribution à la réflexion : ESMS et associations, MDPH, représentants des usagers, Conseils généraux
Calendrier	Années 2013-2016
Indicateurs	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes avec autisme et troubles envahissants du développement (indicateur CPOM ARS)

Objectif opérationnel 6 : favoriser la scolarisation, l'insertion professionnelle et l'insertion sociale des personnes handicapées

Contexte et enjeux

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renforce les actions en faveur de la scolarisation des élèves handicapés. Elle affirme le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile, à un parcours scolaire continu et adapté.

La politique de mise en place des dispositifs de scolarisation par l'éducation nationale doit pouvoir s'appuyer sur un diagnostic partagé des besoins dans le cadre de la construction de parcours à identifier et projeter dans le cadre de cette meilleure connaissance des publics.

La construction de l'offre « Education nationale » n'est pas superposable d'un territoire à l'autre. La coordination entre institutions et ESMS est indispensable pour développer une offre complémentaire. A titre d'exemple, sur un territoire, le développement des CLIS et ULIS, SESSAD, IMPro et types de plateaux techniques, doit être réfléchi en concertation, y compris avec les partenaires du monde de l'entreprise.

L'exercice d'une activité professionnelle est conçu par la loi du 11 février 2005 comme un élément majeur de la citoyenneté des personnes handicapées.

Le principe de non-discrimination en raison du handicap et d'égal accès à l'emploi et à la formation professionnelle doit conduire à mobiliser autant que possible les dispositifs de droit commun au service du projet professionnel et plus largement du projet de vie de la personne handicapée.

Cependant, l'évaluation des capacités de travail n'offre pas toujours la possibilité de travailler en milieu ordinaire, mais elle peut permettre malgré tout d'exercer une activité en milieu de travail protégé.

Enfin, à la suite notamment d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une personne peut devenir inapte à exercer son métier ou ne pouvoir le faire qu'après une nouvelle adaptation. Elle aura besoin alors de construire un projet de reconversion professionnelle pouvant déboucher sur une formation adaptée ou une période de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle.

En région Centre, selon le Programme régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH), on constate une augmentation de la demande d'emploi de travailleur handicapé entre 2008 et 2010 (+ 5.9 %) avec un poids majeur des catégories A (2/3). Deux départements se distinguent, l'Eure-et-Loir avec une hausse plus significative que la moyenne de la région (+ 19 %) et l'Indre avec une baisse de - 13 %. L'augmentation de la demande d'emploi vient essentiellement des séniors (+ 22 %) et la demande d'emploi de très longue durée devient la problématique majeure.

L'insertion professionnelle doit s'appuyer sur de l'accompagnement et du soutien au long cours car les dispositifs classiques tels que CAP Emploi connaissent des limites pour l'insertion de certains types de publics comme les personnes handicapées.

La politique en faveur de l'insertion professionnelle des personnes handicapées doit s'articuler avec le PRITH, qui vient d'être formalisé en région Centre.

En région Centre, l'offre en ESAT est répartie sur l'ensemble des territoires. En référence au taux d'équipement national et régional, seuls les départements d'Eure-et-Loir, du Loir-et-Cher et du Loiret nécessiteraient de développer leur offre. Cette situation devra être étayée par une véritable analyse des besoins.

Trois centres de rééducation professionnelle sont présents dans la région, ainsi que deux centres de pré-orientation. Des dispositifs relais entre l'enfance et les adultes handicapés existent également en région Centre sur certains territoires, du type SESSAD PRO, etc.

Pour participer pleinement à la vie sociale, la personne en situation de handicap doit bénéficier d'un réel accès au sport, au même titre qu'aux loisirs et à la culture.

Le quotidien des personnes handicapées est souvent marqué par l'isolement. La convivialité des activités de sport peut rompre cet isolement. La pratique de certaines de ces activités a par ailleurs une action réputée salutaire, tant physique que mentale.

Les partenariats entre ESMS, établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR) mention neuro-locomoteur et clubs sportifs doivent être accentués pour un meilleur accompagnement des personnes en situation de handicap tant pour le sport adapté que pour le handisport.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 6	Favoriser la scolarisation, l'insertion professionnelle et l'insertion sociale des personnes handicapées
Action 14 (Priorité ARS)	Contribuer au développement d'actions et de dispositifs de soutien à la scolarisation dans le cadre de travaux coordonnés au sein de chaque territoire
Objectifs	Organiser une meilleure réponse dans le cadre de véritables parcours
Public	Enfants et adolescents handicapés
Modalités	Dans le cadre du groupe de coordination scolarisation ARS/Education nationale qui sera élargi à la MDPH et au Conseil général du territoire : développer des places de SESSAD prioritairement par restructuration en articulation avec les dispositifs de l'Education nationale Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion.
Territoire	Les six territoires
Partenaires	Pilote : ARS/Education nationale, MDPH et Conseils généraux en tant que membres associés
Calendrier	Années 2012-2016
Indicateurs	Taux d'évolution de la part des services dans l'offre globale médico-sociale (indicateur CPOM ARS)

Objectif opérationnel 6	Favoriser la scolarisation , l'insertion professionnelle et l'insertion sociale des personnes handicapées
Action 15	Contribuer au soutien en termes d'information et de formation des professeurs des écoles par les ESMS pour l'accueil des enfants en situation de handicap
Objectifs	Favoriser et organiser un accueil personnalisé en proximité et développer des partenariats rapprochés entre les professionnels
Public	Professeurs des écoles
Modalités	A définir en lien avec l'éducation nationale dans le cadre du groupe de coordination scolarisation élargi
Territoire	Les six territoires
Partenaires	Education nationale, ARS, ESMS et associations
Calendrier	Années 2014-2015
Indicateurs	Nombre de professeurs des écoles soutenus

Objectif opérationnel 6	Favoriser la scolarisation, l' insertion professionnelle et l'insertion sociale des personnes handicapées
Action 16	Développer le travail partenarial entre institutions MDPH/Education nationale/ARS, organismes (CFA et CFAS, CAP emploi, etc.), entreprises et ESMS dans le cadre de l'insertion professionnelle pour définir des parcours adaptés
Objectifs	Développer de véritables projets d'insertion professionnelle
Public	Adolescents jeunes en situation de handicap
Modalités	Groupe de travail régional « insertion professionnelle » pluri-acteurs avec pour objectifs spécifiques de : - répertorier les possibilités de formation professionnelle : cartographie des plateaux techniques des IMPro par territoire et au niveau régional (action à articuler avec l'action relative au guide ressources médico-sociales), - proposer le développement par adaptation de l'existant de SESSAD tournés vers l'insertion professionnelle en lien avec les besoins identifiés par l'Education nationale et les ESMS. Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion.
Territoire	Les six territoires
Partenaires	MDPH/Education nationale/ organismes (CFA et CFAS, CAP emploi...) entreprises, ESMS et associations, ARS, représentants des usagers
Calendrier	Années 2014-2016
Indicateurs	Taux d'évolution de la part des services dans l'offre globale médico-sociale (indicateur CPOM ARS)

Objectif opérationnel 6	Favoriser la scolarisation, l' insertion professionnelle et l'insertion sociale des personnes handicapées
Action 17	Favoriser et accompagner l'adaptation du secteur du travail protégé aux évolutions des populations accueillies en ESAT et par des activités adaptées
Objectifs	Faire évoluer l'offre médico-sociale existante en ESAT au vieillissement des personnes prises en charge, aux personnes présentant un handicap psychique (quel qu'il soit), aux personnes présentant des troubles du spectre autistique, un handicap sensoriel, et aux jeunes adultes pour un apprentissage progressif vers les ateliers de l'ESAT et par des activités adaptées
Public	Adultes handicapés en capacité de travailler en milieu de travail protégé
Modalités	- Groupe de travail régional « insertion professionnelle » pluri-acteurs - Actions d'adaptation de l'offre ou de développement par appels à projet spécifiques Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion.
Territoire	Tous les territoires en fonction des besoins repérés et validés
Partenaires	ARS, MDPH, Conseils généraux, ESMS et associations, Direccte, représentants des usagers
Calendrier	Année 2012 : réalisation d'une enquête spécifique sur le vieillissement des TH en ESAT Années 2013-2015 pour la mise en œuvre
Indicateurs	Nombre de places d'ESAT adaptées – nombre d'appels à projet menés

Objectif opérationnel 6	Favoriser la scolarisation, l' insertion professionnelle et l'insertion sociale des personnes handicapées
Action 18	Diversifier les modalités d'intervention des ESAT en favorisant les passerelles entre le milieu protégé et le milieu ordinaire de travail et promouvoir l'accès et le maintien dans l'emploi des travailleurs reconnus handicapés
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des ESAT hors les murs, c'est-à-dire des ESAT développant des activités dans le milieu ordinaire de travail (entreprises...) tout en maintenant un encadrement spécifique, - sécuriser les parcours d'insertion des travailleurs handicapés (développement des conventions d'appui, de mises à dispositions individuelles ou collectives, droit au retour), - contribuer à la mise en œuvre des actions du PRITH de la région Centre, - contribuer au développement des relations avec l'ensemble des autres acteurs de l'insertion professionnelle des personnes handicapées et à l'amélioration du taux d'employabilité des travailleurs handicapés en ESMS.
Public	Adultes handicapés en capacité de travailler (milieu ordinaire et protégé) et demandeurs d'emplois
Modalités	<p>Groupe de travail régional « insertion professionnelle » inter partenarial pour définir les modalités de la sécurisation.</p> <p>Participation au comité de suivi de l'action 9 du PRITH : permettre une meilleure orientation des TH vers l'ESAT pertinent et sa concrétisation (copilotage ARS).</p> <p>Appel à projet pour développer des places d'ESAT dits « hors les murs ».</p> <p>Action de sensibilisation et de contrôle sur le nombre de TH employés dans le médico-social</p>
Territoire	Région Centre
Partenaires	Directe, Agefiph, ESMS et associations, MDPH, Conseils généraux et ARS, représentants des usagers.
Calendrier	Années 2014-2016
Indicateurs	Nombre de conventions de mises à disposition signées ; pourcentage d'évolution du nombre de TH employés dans les ESMS de la région Centre

Objectif opérationnel 6	Favoriser la scolarisation, l' insertion professionnelle et l'insertion sociale des personnes handicapées
Action 19	Accompagner et renforcer le suivi des CRP qui ont vocation à faciliter des réorientations professionnelles par des formations adaptées aux aptitudes des personnes accueillies
Objectifs	Renforcer sur la région Centre le rôle et la dynamique des CRP
Public	Adultes handicapés
Modalités	<p>Groupe de travail régional « insertion professionnelle » inter partenarial</p> <p>Accompagnement des établissements de rééducation professionnelle dans leurs expérimentations concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'évaluation à l'employabilité (CRP Les Rhuets – Vouzon), - l'accompagnement vers l'insertion des personnes présentant des troubles psychiques (CRP Fontenailles) et des déficiences intellectuelles, - l'accueil de TH en ESAT dans leur parcours d'accès au milieu ordinaire de travail (tous CRP). <p>Accompagnement de l'UEROS autorisée en 2010.</p>
Territoire	Cher, Loir-et-Cher, Indre-et-Loire.
Partenaires	ARS, Directe, Agefiph, ESMS et associations, MDPH, CNSA, AFPA
Calendrier	Années 2012-2014
Indicateurs	Pourcentage d'évolution du nombre d'usagers suivis

Objectif opérationnel 6	Favoriser la scolarisation, l'insertion professionnelle et l' insertion sociale des personnes handicapées
Action 20	Développer les partenariats entre clubs sportifs, ESMS, SSR spécialisés neuro-locomoteur
Objectifs	Favoriser l'information et développer l'accompagnement des personnes en situation de handicap (sport adapté et handisport)
Public	Enfants et adultes handicapés
Modalités	Groupe de travail régional inter partenarial « insertion sociale » pour définir les modalités de l'accompagnement
Territoire	Les six territoires
Partenaires	Pilote souhaité : DRJCS Contribution à la réflexion : ARS, ESMS et associations, SSR spécialisés, fédération handisport, MDPH, Conseils généraux
Calendrier	Années 2014/2016
Indicateurs	Nombre de partenariats mis en place

Objectif opérationnel 7 : adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un handicap psychique dont les troubles du comportement

Contexte et enjeux

On parle de handicap psychique lorsque l'on observe un dysfonctionnement de la personnalité caractérisé par des perturbations graves, chroniques ou durables du comportement et de l'adaptation sociale. Les troubles psychiques sont plus ou moins intenses, ponctuels ou permanents ou encore plus ou moins précoces. Ils entraînent des itinéraires de vie très différents selon le degré d'autonomie.

La situation de handicap est déterminée par l'intensité, la durée et la chronicité des symptômes, entraînant des besoins de soins plus ou moins importants et une situation de dépendance. Les troubles sont divers et multiples : troubles du comportement, troubles cognitifs, troubles de la vie émotionnelle et affective, etc.

Les enfants, adolescents et jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages se trouvent de ce fait, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant.

Les structures de prise en charge sont variées pour les jeunes comme pour les adultes : établissements de santé (services d'hospitalisations, centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, foyers de postcure, services d'accueil et d'urgence, etc.), médecins psychiatres libéraux et structures médico-sociales (CAMSP, CMPP, SESSAD, ITEP, MAS, FAM, SAMSAH et SAVS, etc.).

Certaines situations complexes ne trouvent pas de réponses adaptées et mettent en échec les projets pour ces enfants, entraînant l'épuisement des professionnels.

En région Centre, le constat a été posé dans les travaux préparatoires du SROS, d'une augmentation du nombre de personnes handicapées psychiques dans les territoires de la région et de besoins non couverts dans le médico-social avec des prises en charge par défaut dans le sanitaire. Il a été repéré également, la nécessité de renforcer la coordination des acteurs du sanitaire et du médico-social, afin de pouvoir gérer plus particulièrement les périodes de crises. Cependant, là encore, les besoins sont difficiles à évaluer.

A l'exception du Cher, tous les territoires de la région ont déjà une offre médico-sociale spécifique pour les adultes handicapés psychiques, ce qui ne signifie pas que cette offre est suffisante.

Cette offre n'est par ailleurs pas toujours identifiée comme telle, comme par exemple en ESAT. Il existe également des GEM dans tous les territoires.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 7	Adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un handicap psychique ou des troubles du comportement
Action 21	Améliorer la prise en charge des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques en proximité dans les territoires
Objectifs	Faire évoluer l'offre médico-sociale existante sur chaque territoire, soit par développement, soit par adaptation pour mieux prendre en charge les enfants et les adolescents présentant des difficultés psychologiques
Public	Enfants, adolescents présentant des difficultés psychologiques
Modalités	- Appels à projet spécifiques (ITEP) ou développement de SESSAD - Révision des agréments d'âge Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion.
Territoire	Tous les territoires en fonction des besoins repérés et validés.
Partenaires	Pilote : ARS Contributions dans le cadre de la commission de sélection des Appels à projets (AAP) : Education nationale, établissements de santé, Conseils généraux, ESMS et associations, représentants des usagers, Cohésion sociale, etc.
Calendrier	Années 2012-2014
Indicateurs	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes présentant un handicap psychique ou des troubles du comportement

Objectif opérationnel 7	Adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un handicap psychique ou des troubles du comportement
Action 22	Organiser une réponse à l'accompagnement des enfants présentant des troubles complexes du comportement
Objectifs	- Préciser et quantifier les besoins, - Construire en fonction des organisations existantes une réponse par territoire, - Organiser les complémentarités entre territoires, - Identifier et organiser au niveau régional l'appui de compétences spécifiques auprès des ESMS.
Public	Enfants et adolescents présentant de graves difficultés psychologiques avec d'importants troubles du comportement
Modalités	Groupe de travail régional « troubles complexes du comportement » Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion.
Territoire	Les six territoires
Partenaires	Pilote : ARS en lien avec MDPH, Conseils généraux, ESMS et associations, secteur psychiatrique, représentants des usagers
Calendrier	Année 2013 dans le cadre du groupe observatoire des besoins Année 2014 pour le groupe de travail
Indicateurs	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes présentant un handicap psychique ou des troubles du comportement.

Objectif opérationnel 7	Adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un handicap psychique ou des troubles du comportement
Action 23	Améliorer la prise en charge des adultes présentant des difficultés psychologiques en proximité dans les territoires
Objectifs	Faire évoluer l'offre médico-sociale existante sur chaque territoire, soit par développement soit par adaptation pour mieux prendre en charge les adultes présentant des difficultés psychologiques
Public	Adultes présentant un handicap psychique dont adultes des dispositifs sociaux
Modalités	- Evaluation des besoins en soins et accompagnement dans le cadre de l'observatoire par territoire en réalisant si nécessaire des coupes dans les ESMS, - Développement de GEM dans les territoires insuffisamment pourvus, - Développement de l'offre médico-sociale (MAS, FAM, appartements thérapeutiques, ESAT, SAMSAH) pour diminution des adultes pris en charge par défaut dans le sanitaire ou dans des structures médico-sociales inappropriées. Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion.
Territoire	Tous les territoires en fonction des besoins repérés et validés.
Partenaires	Pilote : ARS en lien avec les Conseils généraux, MDPH, ESMS et associations, représentants des usagers, Cohésion sociale, etc.
Calendrier	Année 2013 dans le cadre du groupe observatoire des besoins Années 2014-2016 : AAP spécifiques ou appels à candidature pour les GEM
Indicateurs	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes présentant un handicap psychique ou des troubles du comportement Structuration du dispositif par territoire

Objectif opérationnel 8 : adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un polyhandicap, plurihandicap et des situations complexes de handicap

Contexte et enjeux

« Le polyhandicap peut être défini comme une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquences de graves perturbations multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. La situation complexe de la personne polyhandicapée nécessite, pour son éducation et la mise en œuvre de son projet de vie, le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles, l'ensemble concourant à l'exercice d'autonomie optimale». Groupe Polyhandicap France.

Un des enjeux importants de l'accompagnement médico-social de ces personnes est de garantir, dans le cadre de l'organisation territoriale, à la fois la proximité, la sécurité et l'articulation des soins et des accompagnements, tout en assurant une continuité du parcours de vie.

Dans le cadre des travaux préparatoires, il a été constaté qu'en région Centre, chaque territoire a une offre médico-sociale spécifique pour cette population, que cela soit pour les enfants et adolescents (structures agréées au titre des annexes XXIV Ter) comme pour les adultes handicapés.

Cependant, de par l'histoire de la région :

- la situation est très hétérogène en fonction des départements,
- la définition du polyhandicap n'est pas toujours identique d'un territoire à l'autre et ne recouvre pas des publics aux besoins de soins et d'accompagnement identiques,
- les demandes qui semblaient satisfaites il y a quelques années le sont moins facilement avec un constat général d'une augmentation de la demande pour les enfants (peut-être en partie en lien avec les progrès de la médecine),
- la réponse pour les polyhandicapés nécessitant des suppléances pour les fonctions vitales est assurée en SSR pédiatrique au CHU et ne trouve pas de relai pour construire un véritable projet d'accompagnement.

Pour les adultes handicapés, il peut être noté que le nombre de places de MAS est considéré comme insuffisant par la CNSA au regard du taux d'équipement national. Enfin, certains publics, comme les traumatisés crâniens, ne trouvent pas de solutions en termes de sortie du sanitaire vers le médico-social.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 8	Adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un polyhandicap, plurihandicap et des situations complexes de handicap
Action 24	Développer une prise en charge de proximité et sécurisée dans les territoires de la région pour les enfants et adolescents handicapés
Objectifs	Faire évoluer l'offre médico-sociale existante sur chaque territoire, soit par développement, soit par adaptation pour mieux prendre en charge les enfants et adolescents présentant un polyhandicap, plurihandicap et des situations complexes de handicap, en articulation étroite avec le secteur sanitaire
Public	Enfants et adolescents handicapés
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse de l'existant et des besoins quantitatifs et qualitatifs requis pour prendre en charge ces enfants sur chaque territoire, - Etude spécifique complémentaire éventuelle précisant le type de soins techniques, le type d'accompagnement, le plateau technique requis... - Adaptation et/ou développement de l'offre en fonction de la situation territoriale Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion.
Territoire	Les six territoires avec en priorité les zones géographiques non pourvues
Partenaires	Pilote : ARS Contributions à la réflexion : MDPH, secteur sanitaire, ESMS et associations, représentants des usagers
Calendrier	Années 2013-2015
Indicateurs	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes présentant polyhandicap, plurihandicap et des situations complexes de handicap

Objectif opérationnel 8	Adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un polyhandicap, plurihandicap et des situations complexes de handicap
Action 25	Développer une prise en charge de proximité et sécurisée dans les territoires de la région pour les adultes handicapés
Objectifs	Faire évoluer l'offre médico-sociale existante pour les adultes handicapés sur chaque territoire, soit par développement, soit par adaptation pour mieux prendre en charge les adultes présentant un polyhandicap, plurihandicap et des situations complexes de handicap, en articulation étroite avec le secteur sanitaire
Public	Adultes handicapés
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des besoins par territoire en réalisant si nécessaire des coupes dans les ESMS, - Création d'unités spécifiques d'un minimum de six places (MAS ou FAM) dont 10 % au minimum de places d'accueil temporaire pour ce public suite à AAP spécifique, - Des places de FAM pourront être transformées en MAS en fonction de la caractéristique de la population prise en charge et des modalités de prises en charge nécessaires. - Adaptation et/ou développement de l'offre en fonction de la situation territoriale Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion.
Territoire	Eure-et-Loir (territoire prioritaire), autres territoires en fonction de l'analyse des besoins
Partenaires	Pilote : ARS Contributions à la réflexion : MDPH, Conseils généraux, ESMS, associations, représentants des usagers et établissements de santé
Calendrier	2012-2013 : analyse des besoins, coupes en ESMS 2014-2016 : ouverture des unités suite à AAP
Indicateurs	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes présentant polyhandicap, plurihandicap et des situations complexes de handicap

Objectif opérationnel 8	Adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un polyhandicap, plurihandicap et des situations complexes de handicap
Action 26	Développer un équipement spécifique médico-social pour la prise en charge des traumatisés crâniens sévères
Objectifs	Faire évoluer l'offre médico-sociale existante pour les adultes traumatisés crâniens sévères en créant une structure spécifique régionale sur un territoire de la région (autour de 50 places), en articulation très étroite avec un établissement de santé
Public	Adultes handicapés
Modalités	- Analyse des besoins dans le cadre de l'observatoire - Définition d'un territoire approprié non éloigné d'un établissement de santé - Lancement d'un AAP spécifique régional (MAS/FAM)
Territoire	Régional
Partenaires	Pilote : ARS Contributions à la réflexion : MDPH, Conseils généraux, ESMS, associations et établissements de santé, représentants des usagers
Calendrier	2013 : analyse des besoins dans le cadre du groupe observatoire des besoins 2016 : financement et ouverture de l'ESMS
Indicateurs	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes présentant polyhandicap, plurihandicap et des situations complexes de handicap

Objectif opérationnel 9 : adapter l'offre de prise en charge au vieillissement des personnes en situation de handicap (Priorité ARS)

Contexte et enjeux

La population française et de la région Centre vieillit. Ce vieillissement général de la population touche également les personnes en situation de handicap. Le constat peut être posé, en région Centre, d'un vieillissement des usagers handicapés pris en charge en ESMS et à domicile.

Cette population n'est pas à ce jour recensée régionalement ; les MDPH pourraient cependant contribuer à leur identification plus fine. Les usagers vieillissants à domicile sont beaucoup plus difficilement repérables.

Tous les types d'ESMS pour adultes handicapés sont concernés par cette problématique. Cette dernière nécessite d'adapter les prises en charge, les projets de vie des usagers, les projets professionnels pour les travailleurs d'ESAT et même l'architecture des ESMS.

En région Centre, une offre spécifique ciblée pour la prise en charge des adultes handicapés vieillissants a pu se développer dans certains territoires, et plus particulièrement en foyers d'accueil médicalisés. La tendance depuis une dizaine d'années dans cette région est de développer des prises en charge en soins dans des foyers de vie existants en les médicalisant. Cette tendance a le mérite de maintenir les usagers vieillissants dans leur structure de prise en charge mais elle a pour corolaire de s'accompagner d'une diminution de l'offre en foyers de vie dans certains territoires, ce qui peut contribuer à l'entretien et à l'accroissement des « amendements Creton ».

D'autres territoires comme l'Eure-et-Loir ont développé des foyers de vie « retraite » pour d'anciens travailleurs d'ESAT ou expérimenté de l'accueil familial collectif.

Les solutions pour répondre à cette problématique ne sont donc pas uniformes et elles se doivent d'être développées en proximité.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 9	Adapter l'offre de prise en charge au vieillissement des personnes en situation de handicap
Action 27	Recenser, pour cette problématique, régionalement et par territoire le nombre d'usagers et les ESMS concernés, ainsi que les solutions mises en place
Objectifs	Avoir une situation plus précise de cette problématique sur la région afin de pouvoir agir sur les offres et les prises en charge d'une manière efficiente
Public	Adultes handicapés en ESMS et à domicile
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre de l'observatoire, et en lien avec les MDPH et les Conseils généraux, recueillir et exploiter les données nécessaires pour mieux cerner cette problématique au niveau régional - Réaliser une étude spécifique sur le vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT – COPIL étude vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT - Réaliser une étude spécifique sur les modalités et adaptations mises en place sur chaque territoire pour prendre en compte cette problématique dans les autres types d'ESMS concernés - Présentation de ces études devant la commission de coordination des politiques publiques
Territoire	Les six territoires de la région
Partenaires	CREAI, ESMS et associations, MDPH, Conseils généraux et ARS, Cohésion sociale
Calendrier	Années 2012-2013
Indicateurs	Nombre d'études réalisées, nombre d'usagers et d'ESMS concernés

Objectif opérationnel 9	Adapter l'offre de prise en charge au vieillissement des personnes en situation de handicap
Action 28	Développer et adapter l'offre médico-sociale sur chaque territoire de la région en créant des unités spécifiques médicalisées (FAM, MAS, unités en EHPAD, etc.) pour des places dédiées aux usagers vieillissants et/ou en adaptant l'offre existante
Objectifs	<p>Faire évoluer l'offre médico-sociale existante sur chaque territoire, soit par développement, soit par adaptation pour mieux prendre en charge en proximité les usagers vieillissants. Les places dédiées devront avoir un projet d'établissement spécifique.</p> <p>L'atteinte de cet objectif nécessite une articulation renforcée avec les Conseils généraux compte tenu de leurs compétences pour les foyers de vie et les foyers d'hébergement.</p>
Public	Adultes handicapés pris en charge en foyers de vie, en foyers d'accueil médicalisés et à domicile
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail vieillissement par territoire interinstitutionnel pour définir les modalités d'adaptation ou de développement de l'offre - Si nécessaire, appel à projet spécifique par territoire pour le développement de l'offre avec rédaction préalable d'un cahier des charges - Possibilité d'un appel à projet expérimental <p>Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion, ainsi que celles résultant des différentes études qui seront menées à cet effet.</p>
Territoire	Seront priorités, dans un premier temps, les territoires pour lesquels cette offre spécifique est inexistante (Indre-et-Loire) ou insuffisante (Indre, Loir-et-Cher et Loiret) puis dans un second temps les territoires pour lesquels les besoins recensés sont les plus importants.
Partenaires	Pilote: ARS - Conseils généraux - ESMS et associations, usagers, Cohésion sociale
Calendrier	Années 2013-2016
Indicateurs	<p>Nombre de places spécifiques créées.</p> <p>Nombre d'appels à projets lancés et de réponses reçues.</p>

Objectif opérationnel 9	Adapter l'offre de prise en charge au vieillissement des personnes en situation de handicap.
Action 29	Développer et adapter l'offre médico-sociale et les prises en charge sur chaque territoire de la région pour les travailleurs handicapés vieillissants
Objectifs	Faire évoluer, en articulation étroite avec les Conseils généraux concernés, l'offre médico-sociale existante sur les territoires et relative aux travailleurs handicapés (ESAT, foyer d'hébergement, SAVS), soit par développement, soit par adaptation pour mieux prendre en charge en proximité les usagers vieillissants. Les places dédiées devront avoir un projet d'établissement spécifique. L'atteinte de cet objectif nécessite une articulation renforcée avec les Conseils généraux compte tenu de leurs compétences pour les foyers de vie et les foyers d'hébergement.
Public	Adultes handicapés travaillant en ESAT
Modalités	- Groupe de travail vieillissement par territoire interinstitutionnel : articulation avec les Conseils généraux concernés pour agir globalement - Lancement si nécessaire d'appels à projet dont un appel à projet expérimental. Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion.
Territoire	Territoires dans lesquels les ESAT les plus concernés par cette problématique sont présents
Partenaires	ARS, ESAT et associations, MDPH, Conseils généraux, représentants d'usagers.
Calendrier	Années 2013-2016
Indicateurs	Nombre de travailleurs handicapés concernés pouvant continuer à travailler

Objectif opérationnel 10 : contribuer, par territoire, au renforcement des coordinations des acteurs et des professionnels prenant en charge des personnes handicapées afin d'optimiser les compétences et les complémentarités dans un contexte de démographie médicale et paramédicale non favorable dans les cinq ans à venir

Contexte et enjeux

Les difficultés de coordination qui ont été identifiées dans le cadre des travaux du SROMS concernent principalement, pour les personnes handicapées enfants et adultes, les liens entre les ESMS et le sanitaire, dont plus particulièrement la psychiatrie.

Concernant la prise en charge des jeunes handicapés, il a été pointé également le besoin de renforcer les coordinations entre institutionnels dont l'Education nationale.

Cet objectif général concerne l'ensemble des personnes en situation de handicap, jeunes et adultes.

Les personnes prises en charge dans le médico-social bénéficient souvent d'intervenants multiples en fonction des compétences à mobiliser sur chaque situation individuelle.

Dans le cadre des travaux préparatoires du SROMS, des difficultés d'articulations, de complémentarités, de coordinations des acteurs du médico-social entre eux, des acteurs du médico-social et des acteurs sanitaires autour des situations individuelles ont été fortement pointées.

Ces difficultés de coordination ont été repérées dans l'ensemble des territoires de la région et pour l'ensemble des populations prises en charge par le médico-social, que cela soit en établissements ou à domicile.

L'absence de coordination ne favorise pas une prise en charge de qualité et elles peuvent occasionner des difficultés de prises en charge, des manques de prises en charge et des hospitalisations inappropriées et insuffisamment préparées.

De plus, il a également été constaté au cours des travaux préparatoires que les acteurs de chaque territoire se connaissaient insuffisamment et que les transmissions d'informations sur les usagers et les échanges étaient insuffisants, et plus particulièrement entre le médico-social et le sanitaire.

L'absence de dossier médical partagé, l'absence d'outil de transmission de l'information entre professionnels sur certains territoires ne favorise pas les coopérations, les coordinations et la qualité des prises en charge.

Il est donc important d'agir sur ces problèmes, et plus particulièrement dans une région dans laquelle les ressources paramédicales et médicales manquent.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 10	Contribuer, par territoire, au renforcement des coordinations des acteurs et des professionnels prenant en charge des personnes handicapées
Action 30 (Priorité ARS)	Identifier les possibilités de coopérations entre professionnels et renforcer plus particulièrement le conventionnement entre le sanitaire (et plus particulièrement la psychiatrie) et le médico-social pour contribuer à faciliter la continuité des soins et l'accès aux soins des personnes handicapées
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Développer le conventionnement entre le médico-social et le sanitaire et les protocoles d'intervention avec plus particulièrement les équipes de psychiatrie. L'élaboration de ces conventions et protocoles doit permettre de favoriser les échanges, la circulation des informations, les connaissances réciproques et de préciser les interventions de chacun. - Identifier dans chaque structure sanitaire un réfèrent handicap pour faciliter les soins et les hospitalisations. <p>Cette action pourra permettre de compenser le manque de certains professionnels sur certains territoires sans nuire à la qualité des prises en charge. La mise en œuvre de ces axes pourra être incluse en termes d'objectifs dans les CPOM des établissements de santé et des ESMS.</p>
Public	ESMS et associations, établissements de santé dont psychiatrie et SSR : professionnels de ces deux secteurs
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail « renforcement des coordinations et accès aux soins » par territoire - Réaliser un état des lieux des possibilités de coopérations - Définir un cadre type d'une convention et d'un protocole - Réunions d'informations - Réunions de formalisation entre acteurs des conventions et protocoles - Evaluation de l'action par questionnaire
Territoire	Tous les territoires de la région
Partenaires	ARS, ESMS et associations, établissements de santé, représentants des usagers, Conseils généraux
Calendrier	Années 2012-2014
Indicateurs	Nombre de conventions, coopérations et protocoles signés, nombre de référents identifiés

Objectif opérationnel 10	Contribuer, par territoire, au renforcement des coordinations des acteurs et des professionnels prenant en charge des personnes handicapées
Action 31	Renforcer les articulations entre institutionnels par territoire autour des situations des usagers par la mise en place de dispositifs expérimentaux
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le travail partenarial au travers de la mise en place effective de groupes techniques de coordination départementaux ARS / Education nationale en l'élargissant aux MDPH et au secteur psychiatrique selon les besoins pour accompagner la scolarisation des jeunes handicapés et permettre une meilleure appréhension des difficultés et limites de chacun (cf objectif opérationnel sur la scolarisation) - Expérimenter, par territoire, la mise en place d'instances institutionnelles décisionnelles de coordination pour gérer les situations difficiles des personnes handicapées (cf objectif opérationnel sur la scolarisation) - Renforcer, voire organiser la complémentarité entre les services de PMI, les structures de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et le secteur de la pédopsychiatrie sur chaque territoire - Contribuer au soutien des professeurs instituteurs en lien avec des personnes ressources de l'Education nationale pour faciliter l'intégration auprès des autres enfants d'une classe accueillant un enfant handicapé (cf objectif opérationnel sur la scolarisation)
Public	Personnes handicapées
Modalités	Réunions spécifiques expérimentales et groupe de coordination élargi scolarisation par territoire
Territoire	Tous les territoires de la région
Partenaires	ARS, Conseils généraux, Education nationale, MDPH, ESMS et associations, secteur sanitaire, représentants des usagers
Calendrier	Années 2014-2016
Indicateurs	Nombre de réunions des groupes techniques, nombre de situations difficiles ayant trouvé une solution

Objectif opérationnel 10	Contribuer, par territoire, au renforcement des coordinations des acteurs et des professionnels prenant en charge des personnes handicapées
Action 32	Contribuer à une meilleure articulation entre ESMS et institutionnels sur les situations des usagers en définissant les bases d'un protocole d'admission partagé et concerté et les notions d'urgence et de priorité
Objectifs	Améliorer la concertation et l'articulation entre ESMS et institutionnels pour : <ul style="list-style-type: none"> - échanger sur les données relatives aux usagers pris en charge et à leur suivi, - arrêter les bases concertées et partagées d'un protocole d'admission régional des ESMS pour gérer les priorités et urgences.
Public	Enfants, adolescents, adultes handicapés à domicile ou en ESMS
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Réflexion dans le cadre du groupe de coordination élargi scolarisation par territoire : définition des bases d'un protocole d'admission concerté et partagé et les notions de priorités et urgence - Harmonisation au niveau régional dans un second temps dans le cadre d'un groupe spécifique issu des groupes de coordination - Participation au comité de pilotage EMERGENCE pour articuler cette action avec les axes de ce projet - Déployer les conclusions des travaux et les mettre en œuvre.
Territoire	Tous les territoires de la région
Partenaires	ESMS et associations, MDPH, Conseils généraux, ARS, Education nationale, secteur de la psychiatrie, représentants des usagers
Calendrier	Années 2013-2014
Indicateurs	Nombre de réunions Conclusions du groupe de travail diffusées Nombre d'ESMS appliquant les bases du protocole d'admission régional

Objectif opérationnel 10	Contribuer, par territoire, au renforcement des coordinations des acteurs et des professionnels prenant en charge des personnes handicapées
Action 33	Mettre en place par territoire une équipe mobile venant en appui des ESMS pour les situations complexes
Objectifs	Permettre aux ESMS face à une ou des situations complexes de disposer de nouvelles compétences et d'approfondir les évaluations de besoins d'accompagnement.
Public	ESMS
Modalités	AAP sur chaque territoire Cahier des charges régional avec particularités de territoire pour tenir compte de l'existant
Territoire	Les six territoires
Partenaires	Pilote : ARS Contributions à la réflexion : ESMS et associations, secteur sanitaire, secteur psychiatrique, MDPH, représentants des usagers
Calendrier	Années 2014-2016
Indicateurs	Nombre d'équipes mises en place au niveau régional

Objectif opérationnel 11 : renforcer la prévention des complications liées au handicap

Contexte et enjeux

Afin de conserver une qualité de vie en « bonne santé » en ESMS ou à domicile, il convient d'agir tout au long de la vie par la prévention des complications liées au handicap, à l'âge et aux conduites à risques.

La prévention vise à empêcher la survenue ou l'aggravation de la maladie en réduisant ou supprimant les facteurs de risques, en organisant le dépistage, en évitant ou retardant les complications, ou en favorisant la réinsertion des personnes atteintes.

La prévention se décompose en :

- prévention primaire qui vise à éviter une maladie chez une personne indemne de celle-ci,
- prévention secondaire qui vise à rechercher chez les individus asymptomatiques un signe précurseur d'une maladie pour la traiter le plus tôt possible,
- la prévention tertiaire qui vise à réduire les invalidités consécutives à la maladie.

L'éducation pour la santé s'inscrit dans le cadre général de la promotion de la santé. Elle comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes.

La promotion de la santé comprend, outre les activités d'éducation pour la santé, un ensemble d'activités à portée sociale et politique visant à changer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie des personnes dans un sens favorable à leur santé ; donner aux personnes et aux groupes des moyens pour agir sur les déterminants de leur santé, c'est-à-dire tous les facteurs qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches.

Les personnes en situation de handicap présentent elles aussi une vulnérabilité particulière. Leurs problèmes de santé, qu'ils soient ou non liés au handicap, se traduisent par un cumul de pathologies et de fragilités. Un manque d'accès à la prévention, aux soins peuvent se surajouter à ces difficultés et provoquer des sur handicaps ou des souffrances psychologiques. L'analyse de la littérature scientifique internationale montre que l'état de santé des personnes déficientes intellectuelles est bien plus défavorable que celui de la population générale.

La prévalence du domaine de la santé cardio-vasculaire, des problèmes thyroïdiens, des problèmes auditifs et/ou visuels, la prévalence de la maladie d'Alzheimer, la prévalence du tabagisme et de

l'obésité sont nettement supérieures aux prévalences de la population générale. Pour cette population, des manques et des actions à mener ont également été identifiés.

Il est donc nécessaire d'agir et de renforcer la prévention et la promotion de la santé pour les personnes en situation de handicap.

Les actions de dépistage renvoient aux actions des objectifs généraux du PSRS suivants : dépister et accompagner précocement le handicap et prévenir la perte d'autonomie. Ces actions sont développées dans le corps de ce document.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 11	Renforcer la prévention des complications liées au handicap
Action 34	Développer des actions de prévention et de promotion de la santé destinées aux personnes en situation de handicap
Objectifs	Permettre, dans le cadre d'actions de prévention et de promotion de la santé, de préserver, soutenir ou renforcer la qualité de vie des personnes handicapées
Public	Personnes en situation de handicap, jeunes et adultes
Modalités	<p>Mise en œuvre prioritairement dans le cadre des groupes de travail qui seront mis en place au niveau du schéma prévention.</p> <p>Plusieurs axes seront privilégiés dans le cadre du développement de programmes et d'actions de prévention et de promotion de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'aide à l'arrêt du tabac pour les travailleurs handicapés en ESAT, - l'accompagnement à la sexualité et à la prévention des IST et du VIH pour les personnes avec handicap mental, - la nutrition pour prévenir les risques de surpoids favorisés notamment par certaines thérapeutiques, - les soins dentaires au plus près du droit commun (et plus particulièrement pour les autistes et les polyhandicapés), - les addictions (drogue et alcool). <p>Le développement de ces axes passe par un travail de partenariat avec les réseaux spécialisés en prévention et promotion de la santé de la région et également par une prise en compte au sein même des ESMS et par leurs professionnels : organisation d'ateliers, conception de messages spécifiques et adaptés, etc.</p> <p>Des formations devront être déployées pour aider les professionnels des ESMS concernés.</p> <p>Il devra être recherché dans tout programme de prévention et de promotion de la santé de promouvoir également la question des personnes en situation de handicap.</p>
Territoire	Tous les territoires de la région
Partenaires	ARS, partenaires de la prévention et de la promotion de la santé de la région, ESMS et associations, Conseils généraux, représentants des usagers, Mutualité Française du Centre
Calendrier	Années 2012 à 2016
Indicateurs	Nombre d'actions mises en œuvre et d'usagers touchés

Objectif opérationnel 12 : améliorer l'accès aux soins et faciliter la continuité des soins des personnes en situation de handicap prises en charge en ESMS et à domicile

Contexte et enjeux

La santé doit être accessible pour tout le monde.

Or, dans le cadre des travaux préparatoires du SROMS, il a souvent été exprimé des difficultés dans l'accès aux soins des personnes prises en charge dans les ESMS ou à domicile.

Les problèmes de manque de professionnels médicaux et paramédicaux dans la région n'expliquent pas tout.

Des études nationales témoignent que les personnes handicapées peuvent vivre de multiples difficultés d'accès aux soins. L'inaccessibilité des soins a des causes multiples : impréparation des médecins, inaccessibilité des locaux et des installations, difficultés d'expression des personnes handicapées, méconnaissance des personnes handicapées.

De plus, l'hôpital peut être démuni devant la personne handicapée qu'il ne connaît pas et qu'il ne peut pas comprendre si elle n'est pas accompagnée d'un proche, de sa famille ou de l'institution. Enfin, par manque de temps et de moyens, les personnes handicapées ne reçoivent pas toujours les soins, l'attention et l'écoute qui leur sont nécessaires. La prise en charge des personnes handicapées nécessite un temps plus long.

Des difficultés d'accès aux soins et de continuités peuvent également être identifiées pour les personnes sous addictions ou en difficultés spécifiques.

Les difficultés d'accès aux soins ont plus particulièrement été identifiées pour les soins psychiatriques lors des travaux préparatoires du SROMS.

Dans le cadre des travaux préparatoires du SROMS, il a souvent été exprimé également des difficultés dans la continuité des soins des usagers pris en charge en ESMS et à domicile.

Ces difficultés sont renforcées par les problèmes de manque de professionnels médicaux et paramédicaux sur certains territoires de la région et l'absence de visibilité sur les dispositifs existants.

Or, chaque usager du médico-social se doit d'avoir, dans le cadre de son projet individualisé de prise en charge, des garanties pour que les soins dont il a besoin lui soient fournis.

Pour faciliter la continuité des soins des usagers pris en charge en ESMS et à domicile, il faut agir par territoire de proximité et en lien avec l'établissement de santé de référence et les autres acteurs concernés (ESMS, libéraux).

L'enjeu est de se rapprocher des dispositifs de droit commun. Mais ces derniers ne sont pas toujours suffisants pour des situations complexes, et il peut être alors souhaitable de développer des dispositifs spécifiques qui vont au devant des usagers du médico-social, ce qui limite ainsi les transports.

Ces difficultés dans la continuité des soins concernent aussi bien les établissements que le domicile.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 12	Améliorer l'accès aux soins des usagers pris en charge en ESMS et à domicile
Action 35 (Priorité ARS)	Contribuer, par territoire, à l'amélioration de l'accès aux soins et à la continuité des soins des personnes en situation de handicap en établissements et favoriser le renforcement des coordinations des acteurs
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des actions par territoire et au niveau régional pour améliorer les accès aux soins des personnes handicapées et la prise en charge de ce public en ESMS. - Renforcer les complémentarités entre les ESMS et le secteur libéral par territoire afin de faciliter par exemple la complétude des dossiers médicaux des usagers et les échanges d'informations. Ceci concerne notamment les rééducations prises en charge par les professionnels libéraux.
Public	Personnes handicapées
Modalités	<p>Groupe de travail « renforcement des coordinations, coopérations, accès aux soins et continuité des soins » par territoire avec pour objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - état des lieux, recensement des difficultés d'accès et de continuité des soins et des prises en charge dans le cadre du groupe de travail, - développement d'actions de renforcement des complémentarités pour faciliter la continuité des soins : <ul style="list-style-type: none"> ▪ formation des professionnels de santé aux problématiques du handicap, ▪ renforcement de l'accès et de la prise en charge des personnes handicapées aux soins psychiatriques et à leur suivi quel que soit le type d'ESMS, ▪ organisation, par territoire ou au niveau régional, de services sanitaires identifiés des établissements de santé (ex : stomatologie) pour faciliter l'accessibilité, l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées en soins et en hospitalisation (créneau horaire spécifique avec du personnel formé, consultations spécifiques identifiées en dupliquant le modèle du centre hospitalier de Châteauroux, etc.), ▪ action d'information pour faciliter la connaissance des plateaux techniques sanitaires de premier niveau et du niveau régional, ▪ développement des réseaux de professionnels paramédicaux et médicaux formés à la problématique du handicap et intervenant dans les ESMS par territoire, ▪ révision de certains agréments des ESMS (âge, public, etc.) pour faciliter les continuités de prises en charge sur un territoire, ▪ incitation, par territoire de proximité au développement de GCSMS inter associatifs autour des ressources humaines afin de faciliter les recrutements et les remplacements et en conséquence la continuité des soins de qualité. - organisation de l'accès et de l'accompagnement en situation de soins programmés et d'urgence de certains types de handicaps tels que les déficients sensoriels. <p>Articulation avec le schéma ambulatoire Utilisation éventuelle de la procédure d'appels à projet. La mise en œuvre de ces axes pourra être incluse en termes d'objectifs dans les CPOM des établissements de santé et des ESMS.</p>
Territoire	Tous les territoires de la région
Partenaires	ARS, établissements de santé, libéraux, ESMS et associations, Conseils généraux, représentants des usagers
Calendrier	Années 2012-2014
Indicateurs	Nombre de réunions des groupes de travail, nombre de services sanitaires identifiés, nombre d'usagers pris en charge et nombre d'équipes mobiles spécialisées créées

Objectif opérationnel 12	Faciliter la continuité des soins des usagers pris en charge en ESMS et à domicile.
Action 36 (Priorité ARS)	Contribuer à faciliter, par territoire, l'amélioration de l'accès aux soins et la continuité des soins des personnes en situation de handicap prises en charge à domicile et favoriser le renforcement des coordinations des acteurs
Objectifs	Améliorer la prise en charge des personnes handicapées à domicile en renforçant l'articulation entre services
Public	Personnes handicapées à domicile
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail transversal « renforcement des coordinations, coopérations, accès aux soins et continuité des soins » par territoire pour faire un état des lieux des coopérations existantes et des difficultés rencontrées en termes de coordination des acteurs pour garantir une continuité des soins des personnes en situation de handicap, - définition du cadre de chaque intervenant en précisant les limites d'intervention, - définition d'actions de proximité pour renforcer les complémentarités des dispositifs, que ceux-ci soient caractérisés par une proximité dans l'offre proposée (SSIAD/SAMSAH-IDEL) ou qu'ils fonctionnent dans une optique de filière (sorties d'hospitalisations) et pour renforcer les articulations avec le sanitaire (HAD...), - développement des réseaux de professionnels paramédicaux et médicaux formés à la problématique du handicap et intervenant à domicile par territoire. <p>Utilisation éventuelle de la procédure d'appels à projet. La mise en œuvre de ces axes pourra être incluse en termes d'objectifs dans les CPOM des établissements de santé et des ESMS. Articulation avec le schéma ambulatoire.</p> <p>Le groupe de travail « aide et maintien à domicile » devra être destinataire des réflexions des groupes de travail territoriaux qui seront mis en œuvre dans le cadre de cette action. Il pourra également contribuer à la réflexion du thème de cette action.</p>
Territoire	Tous les territoires de la région
Partenaires	ARS, établissements de santé, libéraux, ESMS et associations, Conseils généraux, représentants des usagers
Calendrier	Années 2012-2014
Indicateurs	Nombre d'usagers pris en charge

Objectif opérationnel 13 : soutenir les aidants des personnes en situation de handicap par le développement de dispositifs de répit

Contexte et enjeux

Plusieurs plans nationaux destinés aux personnes en situation de handicap comportent un objectif et des mesures visant directement les aidants : plan autisme, plan traumatisés crâniens, etc.

L'ARS accompagne la mise en œuvre de ces plans au niveau du territoire régional.

Le retentissement sur la vie quotidienne des aidants naturels est colossal et il importe de leur apporter des solutions de soutien pour leur permettre de maintenir une qualité de vie satisfaisante.

Les structures d'accompagnement et de répit ont été conçues afin de permettre aux aidants de proximité des personnes en perte d'autonomie de disposer de relais professionnel leur permettant de marquer une pause dans leur accompagnement rapproché.

Ces structures recouvrent une palette diversifiée de dispositifs (accueil de jour, hébergement temporaire, séjour de vacances, service à domicile renforcé, etc.)

L'offre de répit pour les personnes en situation de handicap est moins développée que celle des personnes âgées, mais elle existe sur le territoire régional pour les jeunes handicapés comme pour les adultes. La situation de cette offre est également hétérogène en fonction des territoires. Il existe

une offre de répit dans des structures de prise en charge pour jeunes handicapés dans certains territoires pour des publics ciblés (polyhandicapés, autisme et troubles de la conduite et du comportement) et en MAS, FAM et structures à compétence unique des Conseils généraux. De plus, depuis 2006, le constat peut être fait que désormais les créations d'établissement de prise en charge pour personnes handicapées se font avec obligatoirement une offre de répit minimale associée.

Les enjeux sont donc de poursuivre le développement de ces dispositifs et de les renforcer sur certains territoires pour les personnes handicapées afin de pouvoir apporter une aide de proximité aux aidants et aux usagers pris en charge.

Il convient parallèlement d'interroger les freins au développement de ces dispositifs et de contribuer à les lever.

Chaque territoire doit pouvoir offrir un panel d'accueil pour les personnes handicapées (accueil temporaire, accueil de jour, accueil d'urgence) pour répondre à leurs besoins et à ceux des aidants et favoriser ainsi le maintien à domicile.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 13	Soutenir les aidants des personnes en situation de handicap par le développement de dispositifs de répit
Action 37	Renforcer, pour les personnes handicapées, le développement des dispositifs d'accueils de jour, d'accueils temporaires et d'accueils séquentiels et d'urgence en région Centre et/ou en proximité sur chaque territoire
Objectifs	Améliorer le soutien aux aidants de personnes handicapées sur la région Centre et/ou en proximité sur chaque territoire et plus particulièrement pour les personnes les plus lourdement handicapées
Public	Personnes lourdement handicapées, jeunes et adultes
Modalités	Groupe de travail régional « Aide et maintien à domicile » avec pour objectifs : <ul style="list-style-type: none"> - état des lieux de l'offre de répit pour jeunes et adultes handicapés existant sur chaque territoire et au niveau régional, - analyse des taux d'occupation et de l'attractivité de ces équipements, - définition d'une base minimale souhaitable par territoire et au niveau régional, - définition des conditions nécessaires à la réalisation d'une offre de répit (places minimales, projet spécifique...). Développement ou restructuration de l'offre existante Lancement d'AAP spécifique si besoin Prendre en compte la dimension transport Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion.
Territoire	Région et territoires de la région non pourvus en offre de répit
Partenaires	Pilote : ARS Contributions à la réflexion dans le cadre du groupe de travail : ESMS et associations, Conseils généraux, représentants des usagers, Mutualité française du Centre
Calendrier	Années 2013-2016
Indicateurs	Part des services dans l'offre globale médico-sociale et pourcentage de places de répit sur places d'ESMS par territoire et au niveau régional (évolution de l'indicateur sur la durée du SROMS)

Objectif opérationnel 13	Soutenir les aidants des personnes en situation de handicap par le développement de dispositifs de répit
Action 38	Expérimenter le développement d'une plateforme d'accompagnement et de répit pour personnes adultes handicapées sur un territoire et accompagner le développement de formes innovantes de répit pour les personnes handicapées au niveau régional : séjour vacances, accueil de nuit, garde itinérante de nuit, etc.
Objectifs	Améliorer le soutien aux aidants de personnes handicapées en proximité sur chaque territoire de la région Centre
Public	Personnes handicapées
Modalités	Groupe de travail régional « aide et maintien à domicile » : AAP spécifiques – Articulation avec les dispositifs existants
Territoire	Loiret pour la plateforme – région pour les formes innovantes dont l'Indre
Partenaires	Pilote : ARS Contributions à la réflexion dans le cadre du groupe de travail : Conseils généraux, ESMS, associations et MDPH, représentants des usagers, Mutualité française du Centre
Calendrier	Années 2014-2015
Indicateurs	Pourcentage de places de répit sur places d'ESMS par territoire et au niveau régional : évolution de l'indicateur sur la durée du SROMS

Objectif opérationnel 14 : développer l'information et la formation à destination des aidants naturels de personnes en situation de handicap

Contexte et enjeux

Les aidants naturels occupent une place primordiale dans l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie. Ce constat suppose de leur apporter les connaissances et les outils adaptés à l'accompagnement de leur proche.

On entend par « aidant naturel » toute personne qui vient en aide à titre non professionnel en partie ou totalement à une personne âgée dépendante, handicapée ou atteinte d'une maladie chronique pour les activités de la vie quotidienne. Ce peut être un membre de la famille ou un proche.

Le maintien ou le retour à domicile après hospitalisation, la vie en milieu ordinaire autant et aussi longtemps que possible, répondent à la fois aux aspirations des personnes âgées, handicapées et malades, et se traduisent de plus en plus dans les orientations des pouvoirs publics. Ces objectifs ne sont possibles que par une importante implication des aidants familiaux des personnes concernées.

Le besoin d'aide humaine à domicile concerne les personnes en situation de handicap, jeunes ou moins jeunes. La prestation compensation pour l'autonomie a en effet permis un énorme progrès dans le choix de vie à domicile des personnes handicapées. Les aidants familiaux des personnes handicapées peuvent également être fortement présents pour accompagner le choix de vie à domicile. Ce choix peut être contraint par une absence d'offre médico-sociale satisfaisante sur un territoire ou par une volonté de la personne handicapée et/ou de sa famille de ne pas vivre en ESMS.

Pour pouvoir assurer pleinement son rôle, l'aidant familial doit être informé et formé.

L'accompagnement au quotidien d'une personne en situation de handicap peut essouffler l'aidant familial. Ce dernier a alors besoin d'être aidé, accompagné et soutenu.

L'accueil, l'information et l'évaluation des personnes en situation de handicap relèvent des compétences des MDPH qui se doivent de jouer un rôle de relais vis-à-vis des aidants familiaux.

Pour soutenir les aidants de personnes handicapées, plusieurs axes peuvent être privilégiés :

- le développement d'actions de formations,
- le développement d'actions d'informations et d'échanges lors de rencontres thématiques,
- le développement d'actions d'accompagnement relationnel et émotionnel animées par un psychologue (groupes de paroles).

La section IV de la CNSA peut également soutenir financièrement des actions d'informations-formations pour les aidants des personnes handicapées.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 14	Développer l'information et la formation à destination des aidants naturels de personnes en situation de handicap
Action 39	Soutenir le développement d'actions d'informations, d'échanges et de soutien pour les aidants de personnes en situation de handicap : groupes d'informations et d'échanges, groupes de parole, etc.
Objectifs	Améliorer, par de l'information-formation, le soutien aux aidants de personnes handicapées sur la région Centre
Public	Aidants de personnes en situation de handicap
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail régional « aide et maintien à domicile » - Soutiens de l'ARS dans des actions régionales destinées aux aidants de personnes en situation de handicap (autisme, handicap invisible...) - En articulation avec les dispositifs existants : centres de ressources, les associations gestionnaires, les MDPH, la plateforme d'accompagnement et de répit, les GEM, les ESMS gérant des places d'accueil de jour, soutenir le développement de groupes de paroles et de groupes d'informations et d'échanges destinés aux aidants des personnes handicapées - Privilégier un fonctionnement en réseau - Mettre en œuvre des actions d'informations aux aidants, en s'appuyant sur les relais pertinents (ex : faire connaître les dispositifs existants par territoire).
Territoire	Région Centre
Partenaires	ARS, Conseils généraux, Conseil régional, OPCA et CNSA, Mutualité française du Centre
Calendrier	Années 2013-2016
Indicateurs	Nombre de personnes formées / nombre d'actions réalisées.

Objectif opérationnel 14	Développer l'information et la formation à destination des aidants naturels de personnes en situation de handicap.
Action 40	Développer des actions de formations spécifiques à destination des aidants de personnes en situation de handicap : autisme, handicaps psychiques, polyhandicaps, aspirations endotrachéales, handicaps invisibles, suivi des traitements, informations sur des signes précurseurs, etc.
Objectifs	Améliorer, par de la formation, le soutien aux aidants de personnes en situation de handicap sur la région Centre
Public	Aidants de personnes en situation de handicap
Modalités	Groupe formation autisme du CTRA Mise en œuvre d'actions de formations spécifiques dans le cadre du plan de formation section IV CNSA.
Territoire	Région Centre
Partenaires	ARS, Conseils généraux, Conseil régional, OPCA et CNSA, représentants des usagers, ESMS et associations, Mutualité française du Centre
Calendrier	Années 2013-2016
Indicateurs	Nombre de personnes formées / nombre d'actions réalisées

Objectif opérationnel 15 : renforcer l'offre médico-sociale destinée à la prise en charge des personnes en situation de handicap à domicile

Contexte et enjeux

Pour être maintenues à domicile, les personnes en perte d'autonomie peuvent être accompagnées, en complément ou à la place des aidants naturels, par des professionnels issus de services médico-sociaux autorisés. Il convient donc d'avoir une attention particulière au développement de ces services pour favoriser le choix d'une vie à domicile.

Le soutien des aidants familiaux des personnes âgées, handicapées et/ou malades passe en premier lieu par la disponibilité de services et professionnels assurant soins et accompagnement. Ces services doivent répondre à des critères de proximité, de continuité, de souplesse, de qualité et de coût afin de permettre une meilleure accessibilité de l'offre.

Par services, il faut entendre plus particulièrement :

- les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui assurent des prestations de soins infirmiers à domicile ou dans les établissements non médicalisés,
- les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés qui assurent à la fois des soins réguliers et un accompagnement social, médical et paramédical en milieu ouvert (SAMSAH),
- les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) qui assurent des prestations de services ménagers ou d'aide pour les activités de la vie quotidienne,
- les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui assurent à la fois les missions du SSIAD et du SAAD.

Les personnes handicapées qui vivent à domicile ont souvent besoin de gestes techniques réalisés par les infirmières. Souvent, plusieurs types d'intervention à domicile, plusieurs intervenants sont mis en place pour assurer la continuité de la prise en charge à domicile : HAD, SSIAD, SAMSAH, SAVS, etc., en articulation avec les structures de répit.

Depuis la mise en place de la prestation compensation handicap, de nouveaux usagers sont entrés dans le champ du handicap : les personnes atteintes d'une maladie chronique, d'un cancer, en fin de vie, les personnes atteintes de sclérose en plaques, etc.

En région Centre, il existe une offre spécifique pour favoriser le maintien et la prise en charge à domicile des personnes en situation de handicap. Cette offre est hétérogène entre les territoires :

- pour les SAMSAH, tous les territoires de la région disposent de cette offre qui est souvent ciblée sur la prise en charge d'un seul handicap (handicap psychique, handicap moteur, polyhandicap),

- pour les SSIAD pour personnes handicapées, l'ensemble des territoires ont des places identifiées, à l'exception de l'Eure-et-Loir, territoire pour lequel les SSIAD interviennent aussi bien pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées.

Cette offre de services, articulée avec l'offre de répit, est indispensable pour permettre un maintien à domicile.

En région Centre, certains SESSAD spécifiques comme ceux pour la prise en charge des très jeunes polyhandicapés (Loiret) ou des handicaps sensoriels peuvent également apporter une aide à domicile aux jeunes handicapés et un accompagnement et soutien aux jeunes parents dans l'attente d'une place en ESMS ou de l'acceptation du handicap.

Dans le cadre des travaux du SROMS, les difficultés pour maintenir une prise en charge de qualité et continue ont été soulevées. En effet, la prise en charge d'une personne en situation de handicap à domicile nécessite souvent l'intervention de plusieurs services et professionnels en complémentarité des aidants. Ces interventions, qui peuvent s'inscrire dans la durée, sont plus importantes si le handicap est lourd car les soins techniques seront importants.

Elles nécessitent une bonne coordination et coopération entre acteurs sanitaires, ambulatoires et médico-sociaux pour permettre une continuité des soins, même les week-ends.

Dans le cadre des travaux du SROMS, la question a également été posée des limites du maintien à domicile même s'il s'agit du choix de la personne. Au-delà d'une certaine limite, le maintien à domicile peut devenir un risque à la fois pour la personne elle-même et également pour les institutions qui ont donné leur accord.

L'enjeu, dans le cadre de cet objectif opérationnel, est de maintenir au domicile une qualité de prise en charge avec le soutien d'intervenants souvent multiples et une qualité de vie à domicile pour les personnes en situation de handicap.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 15	Renforcer le développement de services destinés à la prise en charge des personnes handicapées à domicile
Action 41 (Priorité ARS)	Améliorer la couverture territoriale des services pour personnes handicapées favorisant le choix de vie à domicile dans la région Centre
Objectifs	Favoriser le maintien et une prise en charge de qualité des personnes en situation de handicap en proximité sur chaque territoire de la région en faisant évoluer l'offre médico-sociale
Public	Personnes en situation de handicap
Modalités	Les modalités de mise en œuvre sont les suivantes : - restructuration de l'offre, en proximité sur les territoires pour les SESSAD spécifiques : polyhandicap, autisme et déficients sensoriels, - développement de l'offre, en proximité sur les territoires, pour les SSIAD, SAMSAH et SPASAD, - expérimenter un SAMSAH spécifique dans la prise en charge des adultes présentant des troubles du spectre autistique, - favoriser la polyvalence et la capacité à travailler en réseau. Les données issues de l'observation des besoins seront à intégrer à la réflexion.
Territoire	SAMSAH : Eure-et-Loir (TSA – appel à projet, lancement en 2014 et évaluation en 2016), Indre-et-Loire, Cher et Loiret (insertion professionnelle), SAMSAH pour déficients sensoriels à expérimenter SESSAD : Cher, Eure-et-Loir, Indre et Loiret
Partenaires	Pilote : ARS Contributions à la réflexion : Conseils généraux, ESMS et associations, MDPH et représentants des usagers
Calendrier	Années 2012 à 2016
Indicateurs	Part des services dans l'offre globale médico-sociale (indicateur CPOM)

Conclusion

Les objectifs opérationnels et actions concernant le volet « Personnes en situation de handicap » prioritaires pour l'ARS du Centre au titre des années **2012/2013** sont les suivants :

- améliorer la connaissance des besoins par la création d'un système d'information partagé au niveau régional (observatoire des besoins),
- améliorer le dépistage et l'accompagnement précoce du handicap : état des lieux par territoire, renforcement et développement des services,
- soutenir la scolarisation des jeunes en situation de handicap (développement de SESSAD),
- améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins : état des lieux par territoire et définition d'actions d'amélioration
- adapter l'offre de prise en charge aux besoins des personnes en situation de handicap avec principalement la prise en compte du vieillissement des personnes en situation de handicap : dans le cadre de cette priorité, les dossiers d'autorisation passés en Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) et en attente de financement seront privilégiés jusqu'à leur caducité. La mise en œuvre de cette priorité, qui aura des effets sur la durée du SROMS a pour finalité de **réduire le nombre de jeunes sous amendement Creton**,
- soutenir les aidants par le renforcement de l'offre médico-sociale destinée à la prise en charge des personnes en situation de handicap à domicile.

Pour permettre la mise en œuvre des actions du SROMS, la constitution de groupes de travail spécifiques au volet « Personnes en situation de handicap » est indispensable. Ces groupes se réuniront au niveau régional ou sur chaque territoire. Pour la constitution de ces groupes, un appel à candidature sera réalisé prioritairement auprès des Conseils généraux, des associations et des fédérations.

Les groupes régionaux sont les suivants :

Groupe de travail régional « Besoins »	Action 1
Groupe de travail régional « Informations, communications »	Actions 2, 3 4 et 5 en association
Groupe de travail régional « Dépistage, diagnostic et accompagnement précoce des autistes » - CTRA	Action 8
Groupe de travail CTRA Autistes	Actions 12, 13 et 40
Groupe de travail régional « Insertion professionnelle »	Actions 16, 17, 18 et 19
Groupe de travail régional « Insertion sociale »	Action 20
Groupe de travail régional « Troubles complexes du comportement »	Action 22
Comité de pilotage de l'étude « Vieillissement en ESAT »	Action 27
Groupe de travail régional « Aide et maintien à domicile »	Actions 36 en association, 37, 38, 39 et 41

Les groupes territoriaux sont les suivants :

Groupe de travail territorial « Dépistage et accompagnement précoce »	Actions 5, 6, 7, 9, 10 et 11
Groupe territorial élargi de coordination scolarisation	Actions 14, 15, 31 et 32
Groupe de travail par territoire sur le vieillissement des personnes handicapées	Actions 28 et 29
Groupe de travail par territoire « renforcement des coordinations, coopérations, accès aux soins et continuité des soins »	Actions 30, 31, 35 et 36

Volet « Personnes âgées »

1 Rappel des priorités du PSRS concernant les personnes âgées

1.1 [Priorités du domaine de l'autonomie concernant les personnes âgées](#)

Améliorer la qualité de vie des personnes âgées (à domicile ou en établissement)

- prévenir la perte d'autonomie,
- améliorer le dépistage des facteurs de fragilité, dont les troubles cognitifs,
- améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques.

Promouvoir une prise en charge de qualité et sécurisée

- améliorer la coordination des acteurs,
- promouvoir les bonnes pratiques professionnelles,
- organiser l'accès et la continuité des soins.

Favoriser le choix de vie à domicile

- apporter des solutions de répit et alternatives à l'institutionnalisation,
- améliorer l'information et la formation à destination des aidants naturels,
- adapter l'offre médico-sociale.

1.2 [Priorités du domaine de la santé mentale concernant les personnes âgées](#)

Diminuer la mortalité par suicide

Améliorer la réponse aux situations de crise

- optimiser le circuit de l'urgence et faire mieux connaître le circuit de l'urgence,
- améliorer la coordination et l'accompagnement dans la phase de post crise.

Améliorer la qualité des prises en charge en santé mentale

- mieux connaître et faire connaître les besoins en santé mentale,
- reconnaître la place de l'entourage,
- assurer la continuité et le suivi des prises en charge dans les territoires de proximité,
- adapter les réponses aux spécificités de certains publics dont les personnes âgées.

1.3 [Priorités du domaine des maladies chroniques concernant également les personnes âgées](#)

Améliorer la qualité de vie des malades chroniques

- soutenir la personne dans son projet de vie,
- limiter les complications,
- prévenir et dépister les maladies chroniques.

Renforcer la lutte contre les maladies chroniques ayant le plus fort impact en termes de mortalité et de morbidité

- réduire l'incidence et la prévalence des cancers,
- réduire l'incidence et la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires,
- réduire l'incidence et la prévalence du diabète.

2 Contexte régional

2.1 La démographie

Répartition de la population régionale âgée de 60 ans et plus par zone géographique et par tranche d'âge

Libellé	Ensemble population	60-74 ans	En %	75 ans et plus	En %	75-79 ans	En %	80-84 ans	En %	85 ans et plus	En %
Bourges	181 173	27 078	14,95	16 579	9,15	7 061	3,90	5 338	2,95	4 179	2,31
Vierzon	47 795	7 753	16,22	5 707	11,9	2 326	4,87	1 919	4,02	1 462	3,06
Saint-Amand-Montrond	48 094	8 948	18,60	6 186	12,86	2 622	5,45	2 004	4,17	1 560	3,24
Aubigny	37 538	6 510	17,34	4 962	13,22	2 041	5,44	1 651	4,40	1 270	3,38
Total Cher	314 600	50 289	15,98	33 433	10,63	14 051	4,47	10 912	3,47	8 470	2,69
Chartres	199 928	23 824	11,92	15 870	7,94	6 454	3,23	5 163	2,58	4 252	2,13
Dreux	126 445	15 225	12,04	8 885	7,03	3 736	2,95	2 875	2,27	2 274	1,80
Châteaudun	58 452	8 932	15,28	6 993	11,96	2 921	5,00	2 333	3,99	1 739	2,98
Nogent-le-Rotrou	37 585	5 927	15,77	4 520	12,03	1 913	5,09	1 492	3,97	1 115	2,97
Total Eure-et-Loir	422 410	53 907	12,76	36 268	8,58	15 024	3,55	11 864	2,81	9 381	2,22
Châteauroux	117 289	18 108	15,44	12 651	10,79	5 313	4,53	4 019	3,43	3 320	2,83
Argenton-sur-Creuse	50 341	9 460	18,79	7 495	14,89	3 023	6,01	2 400	4,77	2 072	4,12
Issoudun	36 087	6 091	16,88	4 409	12,22	1 857	5,15	1 392	3,86	1 159	3,21
La Châtre	29 075	5 514	18,97	4 369	15,03	1 905	6,55	1 452	4,99	1 012	3,48
Total Indre	232 791	39 173	16,83	28 925	12,42	12 097	5,20	9 263	3,98	7 564	3,25
Tours	400 446	51 527	12,87	33 766	8,43	13 737	3,43	10 815	2,70	9 215	2,30
Amboise	74 192	9 916	13,37	6 916	9,32	2 799	3,77	2 279	3,07	1 839	2,48
Loches	49 911	8 471	16,97	6 355	12,73	2 676	5,36	2 068	4,14	1 610	3,23
Chinon	58 534	9 177	15,68	6 917	11,82	2 828	4,83	2 253	3,85	1 836	3,14
Total Indre-et-Loire	583 084	79 090	13,56	53 955	9,25	22 040	3,78	17 415	2,99	14 500	2,49
Blois	185 300	26 361	14,23	18 974	10,24	7 776	4,20	6 139	3,31	5 058	2,73
Vendôme	69 711	11 514	16,52	8 778	12,59	3 585	5,14	2 891	4,15	2 302	3,30
Romorantin	71 279	11 852	16,63	8 410	11,80	3 426	4,81	2 712	3,80	2 273	3,19
Total Loir-et-Cher	326 290	49 726	15,24	36 163	11,08	14 787	4,53	11 743	3,60	9 633	2,95
Orléans	398 591	46 751	11,73	29 298	7,35	11 959	3,00	9 694	2,43	7 644	1,92
Montargis	122 669	19 252	15,69	12 897	10,51	5 627	4,59	4 101	3,34	3 170	2,58
Pithiviers	60 239	7 701	12,78	5 784	9,60	2 328	3,87	1 977	3,28	1 479	2,46
Gien	66 229	9 904	14,95	7 084	10,70	2 862	4,32	2 274	3,43	1 948	2,94
Total Loiret	647 727	83 609	12,91	55 063	8,50	22 776	3,52	18 046	2,79	14 241	2,20
TOTAL REGION CENTRE	2 526 902	355 795	14,08	243 805	9,65	100 774	3,99	79 242	3,14	63 789	2,52

Source : INSEE par zone d'emploi 2007

La population de la région Centre est aujourd'hui plus âgée que la moyenne française. Au 1er janvier 2007, la région Centre comptait 243 805 personnes âgées de plus de 75 ans, soit 9,65 % de la population (contre 8,6 % en France).

En 2030, la région compterait 368 000 personnes âgées de plus de 75 ans, soit 13,8 % de la population totale projetée à cette date. Les 80 ans et plus représentent 5,6 % de la population régionale en 2007 ; ils représenteront 11 % de la population régionale en 2040. Les évolutions démographiques sont principalement impactées par l'arrivée à la retraite des générations du baby-boom. La moyenne d'âge en région passerait alors à 45 ans en 2040, contre 40,2 ans en 2005.

Le tableau ci-dessous présente les projections de la population à l'horizon 2040, par tranche d'âge et par département.

Répartition de la population des départements par tranches d'âge

	Effectif total		Moins de 20 ans		20 à 29 ans		30 à 59 ans		60 à 79 ans		80 ans ou plus	
	2007	2040	2007	2040	2007	2040	2007	2040	2007	2040	2007	2040
Cher	314 600	314 610	22,5	20,6	10,0	9,4	41,2	32,7	20,2	25,1	6,1	12,3
Eure-et-Loir	422 410	471 754	25,9	23,5	11,3	10,0	41,7	35,2	16,1	21,4	5,0	9,9
Indre	232 791	237 923	21,2	19,3	9,4	8,8	40,5	32,2	21,8	26,6	7,2	13,1
Indre-et-Loire	583 084	687 614	24,4	22,4	12,6	12,0	40,4	33,6	17,2	21,2	5,4	10,8
Loir-et-Cher	326 290	366 444	23,4	21,4	9,7	9,0	40,8	32,7	19,6	24,5	6,5	12,4
Loiret	647 727	728 238	25,5	23,4	12,4	11,4	40,9	34,3	16,2	21,0	4,9	9,9
Centre	2 526 902	2 806 583	24,3	22,3	11,3	10,6	40,9	33,7	17,9	22,5	5,6	11,0
Métropole	61 795 007	70 734 136	24,8	22,4	12,6	11,5	41,2	35,1	16,6	21,3	4,9	9,7

Source : Insee, Omphale, scénario central

L'évolution de la population âgée de plus de 75 ans entre 1999 et 2020 est contrastée selon les départements de la région avec un vieillissement de la population très sensible dans le sud (Cher et Indre), une évolution des plus de 75 ans dans les départements les plus peuplés (Eure-et-Loir, Indre-et-Loire et Loiret), se traduisant par un effet volume très marqué, particulièrement dans le Loiret et l'Indre-et-Loire.

2.2 [Quelques données chiffrées](#)

Une espérance de vie à la naissance superposable à la moyenne nationale

L'espérance de vie à la naissance pour les hommes est de 77,5 ans, en progression de près de quatre ans entre 1990 et 2007 et de 84,6 ans pour les femmes, en progression de près de trois ans.

Un choix de lieu de vie prioritaire : le domicile

Les personnes de 75 ans et plus vivent majoritairement à domicile. Ce sont les troubles cognitifs qui aujourd'hui sont les premiers facteurs d'institutionnalisation.

Certaines personnes âgées vivent seules. Au 1er janvier 2006, près de 90 000 personnes âgées de 75 ans et plus vivaient seules à domicile en région Centre, soit une proportion de 37,4 % de la tranche d'âge (39 % au niveau national)

Les territoires du Cher et de l'Indre présentent les taux de personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules à domicile les plus élevés. L'Eure-et-Loir, le Loir-et-Cher et le Loiret présentent les taux les plus faibles. Le taux de l'Indre-et-Loire est comparable au taux régional.

Au 31 mars 2010 : 27 947 personnes de plus de 60 ans étaient considérées comme dépendantes à domicile, soit 4,7 % des plus de 60 ans en région. La majorité de ces personnes sont GIR 3 et 4 (DREES).

Répartition des GIR des bénéficiaires de l'APA à domicile par territoire en 2010 (source : Conseil général)

Départements	GIR 1		GIR 2		GIR 3		GIR 4		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cher	89	2,29	822	21,19	725	18,69	2 244	57,84	3 880	100
Eure-et-Loir	109	2,96	745	20,24	943	25,62	1 884	51,18	3 681	100
Indre	53	1,62	447	13,70	541	16,58	2 222	68,10	3 263	100
Indre-et-Loire	111	2,04	999	18,32	1 257	23,05	3 086	56,59	5 453	100
Loir-et-Cher	63	1,39	787	17,32	1 132	24,92	2 561	56,37	4 543	100
Loiret	213	2,75	1 651	21,33	1 930	24,93	3 947	50,99	7 741	100
Région	638	2,23	5 451	19,09	6 528	22,86	15 944	55,82	28 561	100

2.3 Etat de santé des personnes âgées

Nous disposons de peu d'informations sur l'état de santé des personnes âgées vivant à domicile hormis les motifs d'entrées en Affection de longue durée (ALD) dans l'état actuel des systèmes d'information.

Selon une étude régionale SSIAD menée en 2006 par l'Assurance Maladie, trois grands groupes de pathologies motivent la prise en charge initiale en SSIAD :

- les affections neurologiques invalidantes, accidents vasculaires, les syndromes parkinsoniens, la sclérose en plaques, les déficits neurologiques, post traumatiques ou non (31,80 %),
- les affections locomotrices invalidantes : fractures principalement (22 %),
- les syndromes démentiels (16,20 %),
- l'insuffisance cardiaque (8,50 %) et le cancer viennent aux 4e et 5e rangs.

42 % des patients avaient 85 ans et plus au moment de l'étude.

En EHPAD, à partir des bilans réalisés sur les données 2008, 2009 et 2010 à l'aide de l'outil PATHOS, il est constaté :

- nombre moyen de pathologies par patient : 6.58 (7.4 bilan national),
- âge moyen des hommes : 82,2 ans (81,5 ans bilan national),
- âge moyen des femmes : 86,9 ans (86,2 ans bilan national).

Principaux états pathologiques rencontrés chez les résidents :

- 52,05 % présentaient une hypertension artérielle,
- 51,12 % présentaient un syndrome démentiel,
- 37,85 % souffraient de troubles chroniques du comportement,
- 36,00 % présentaient des états dépressifs,
- 22,59 % présentaient des troubles du rythme,
- 19,85% présentaient une insuffisance cardiaque.

Parallèlement, les patients âgés de plus de 80 ans constituent plus de la moitié de la population hospitalisée en médecine dans les établissements de proximité. Les pathologies neuro-cardiovasculaires sont au premier plan.

2.4 Définitions et description de l'offre régionale

L'offre est présentée en :

- offre sanitaire compétence ARS,
- offre médico-sociale, compétence exclusive ARS et conjointe ARS / Conseil général,
- offre sociale, compétence Conseil général,
- offre spécifique pour les patients atteints de maladies d'Alzheimer et apparentées.

2.4.1- Offre sanitaire

2.4.1.1-Éléments de définition

L'offre de soins gériatriques en région Centre est organisée à partir d'un ensemble de dispositifs au sein des territoires et repose sur une prise en charge graduée et diversifiée adaptée aux particularités de chacun des six territoires de la région.

Les préconisations du SROS 3 sont aujourd'hui mises en œuvre à plus de 85 %.

Bien que répartie sur l'ensemble des territoires, l'offre reste hétérogène et encore insuffisante dans certaines zones, en lien avec les difficultés de recrutement de médecins gériatres mais aussi du fait de la prise de conscience tardive de certaines équipes médicales, de l'utilité de développement de l'offre gériatrique en dépit d'une population âgée.

Définition des différents dispositifs « gériatriques »

Il s'agit :

- de consultation gériatrique (consultation médico-psycho-sociale),
- de court séjour gériatrique,
- de Pôle d'évaluation de proximité et de référence s'appuyant sur l'**hôpital de jour**,
- de Consultation Mémoire labellisée ou non,
- d'équipes mobiles intra hospitalières,
- de Soins de suite et de réadaptation (SSR) autorisés avec la mention affection de la personne âgée polypathologique,
- d'Unité de soins de longue durée (USLD) dite redéfinie.

Ces dispositifs ont fait l'objet de fiches techniques, élaborées par le comité d'experts de gériatrie en région Centre, sur la base des recommandations du Plan solidarité grand âge.

Ces fiches décrivent :

- les missions,
- le profil de patients,
- le plateau technique et les modalités de fonctionnement,
- les articulations à mettre en œuvre.

<p>La consultation :</p> <p>Implantée dans un centre hospitalier, un hôpital local, un établissement de SSR. Réalisée par un gériatre.</p> <p>Missions :</p> <p>Repérer les problèmes somatiques, psychiques, sociaux.</p> <p>Les hiérarchiser.</p> <p>Evaluer la situation sociale.</p>	<p>Le pôle d'évaluation :</p> <p>S'appuie sur une hospitalisation de jour ou de semaine. Prise en charge effectuée par une équipe pluridisciplinaire au sein d'une structure disposant d'un plateau technique minimum.</p> <p>Missions :</p> <p>Réaliser des bilans spécifiques sur la base d'une évaluation gériatrique standardisée à partir d'outils validés, notamment l'évaluation des troubles de la mémoire.</p> <p>Le pôle est qualifié de référent ou de proximité selon le niveau de plateau technique dont il dispose.</p>	<p>Le court séjour gériatrique :</p> <p>Implanté au sein d'une structure hospitalière, prise en charge par une équipe pluridisciplinaire avec évaluation quotidienne par un gériatre.</p> <p>Missions :</p> <p>Prise en charge en phase aiguë des patients âgés fragiles à haut risque de décompensation et des sujets âgés polyopathologiques ne relevant pas d'une spécialité d'organe.</p> <p>Accès au plateau technique et permanence des soins organisés.</p> <p>Un projet de soins et un projet social sont élaborés pour chaque patient.</p>
--	---	---

L'hôpital de jour gériatrique

Il permet la réalisation **de bilans diagnostiques ou thérapeutiques** avec **recours à une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin**. Plusieurs examens sont réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents ; une synthèse est effectuée par un médecin gériatre à chaque hospitalisation.

L'objectif du Plan solidarité grand âge était de 0,5 place d'Hôpital de jour (HDJ) gériatrique/1 000 habitants de plus de 75 ans d'ici 2012.

Les consultations mémoire

Les consultations mémoire peuvent être dites « labellisées » dès lors qu'elles répondent au cahier des charges national (circulaire du 30 mars 2005) qui précise notamment l'organisation, les compétences requises et l'importance de la file active (200 à 400 patients par an).

Les consultations mémoire doivent se situer dans un établissement de soins de court séjour et pouvoir avoir accès autant que possible à des places d'hospitalisation de jour qui permettent de regrouper en un lieu et sur une journée tous les examens nécessaires et éviter une hospitalisation classique à chaque fois que celle-ci n'a pas de justification médicale.

La consultation mémoire a pour mission :

- d'affirmer le trouble de mémoire, de diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence,
- de mettre en place un projet de soins personnalisé et articulé avec un projet social,
- de participer au suivi des personnes malades en partenariat avec les médecins de ville (généralistes, neurologues, psychiatres, etc.) et les professionnels médico-sociaux,
- de participer à la formation des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles démentiels (généralistes, personnels des services de soins infirmiers à domicile, etc.).

L'identification de situations complexes justifie le recours au Centre mémoire labellisé de ressources et de recherche (CMRR) du CHU de Tours. Cette démarche doit être systématique pour les sujets jeunes.

Pour remplir ces missions, la consultation mémoire dispose d'une équipe pluridisciplinaire, de moyens paracliniques (tests et imagerie cérébrale) et d'outils de suivi. L'accès à des places d'hospitalisation de jour doit être organisé.

Le Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR)

Il est chargé :

- d'assurer un recours pour les consultations mémoire et les spécialistes pour les cas difficiles,
- d'assurer les missions d'une consultation mémoire pour le secteur géographique,
- de développer des travaux de recherche,
- d'assurer des formations universitaires,
- de structurer et animer un dispositif régional et/ou interrégional en partenariat avec les consultations mémoire,
- d'aborder et traiter les questions à caractère éthique.

Ces centres sont obligatoirement implantés au sein d'un centre hospitalo-universitaire. Un cahier des charges définit le plateau technique nécessaire.

L'équipe mobile intra hospitalière

L'équipe mobile gériatrique fonctionne au sein d'une structure hospitalière siège d'un service d'accueil des urgences.

Elle intervient à la demande des médecins de court séjour afin de réaliser une évaluation médico-psycho-sociale précoce des patients hospitalisés, y compris aux urgences, qui peut déboucher sur une prise en charge médicale et/ou sociale à l'aide des différents dispositifs déjà décrits. Elle ne se substitue pas à l'équipe soignante du service où elle intervient.

Cette équipe est composée :

- d'un gériatre, d'une infirmière,
- d'une assistante sociale,
- de l'appui d'une secrétaire.

La création d'une équipe mobile suppose au préalable que l'ensemble du dispositif (court séjour, consultations, pôles d'évaluation) soit fonctionnel au sein de l'établissement siège de la structure des urgences.

Les priorités régionales arrêtées dans le SROS 3 pour la mise en place d'équipes mobiles étaient les suivantes :

- les établissements multi-sites,
- les établissements objectivant des difficultés de prise en charge des personnes âgées aux urgences se traduisant par des transferts vers d'autres centres hospitaliers,
- les établissements disposant déjà d'une activité transversale de prise en charge mais insuffisamment structurée.

Soins de suite et réadaptation (SSR) «Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance »

Les SSR autorisés pour cette spécialité ont pour mission l'accueil des patients pouvant nécessiter :

- une rééducation complexe (multidisciplinaire) et modérée (généralement moins de deux heures par jour),
- une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de comorbidité, ou de risques cliniques / séquelles / complications de l'affection causale,
- une charge importante en soins techniques et de nursing,
- un accompagnement et une organisation de la fin de vie.

La structure autorisée doit être capable d'accueillir des patients présentant :

- des troubles cognitifs et démences,
- des chutes et troubles de la marche et de l'équilibre,
- des complications des maladies chroniques,
- des complications de la fragilité liée à l'âge, réversibles ou non,
- un diabète et les pathologies endocriniennes du sujet âgé.

Les objectifs spécifiques de cette prise en charge sont de favoriser l'entretien ou la récupération de capacités physiques et psychiques les plus satisfaisantes possibles dans les suites d'un épisode aigu survenu chez des patients âgés souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques invalidantes et présentant des risques particuliers et fréquents de décompensations organiques, susceptibles d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance physique ou psychique.

Unités de soins de longue durée (USLD)

Les missions et l'organisation de ces unités font l'objet d'un volet spécifique du Schéma régional d'organisation des soins.

Les USLD ont été définies par l'arrêté du 12 mai 2006. Les USLD accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Les principales différences entre USLD et EHPAD dans le contexte règlementaire 2010 sont les suivantes :

- profils de patients à l'admission : pathologie instable ou à haut risque de rechute requérant des actes médicaux itératifs,
- organisation de la permanence infirmière (cf. arrêté du 12/05/2006),
- organisation d'une permanence médicale,
- des chambres équipées de gaz médicaux.

Filière gériatrique

La filière de soins gériatriques a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé.

La mise en place des dispositifs décrits ci-dessus a permis de labelliser une ou plusieurs filières gériatriques sur chaque territoire.

La filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité, mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.

Hospitalisations non programmables :	Hospitalisations programmables :	Bilans réalisés à froid :	A toutes les phases du séjour :
Prise en charge par : . les services d'urgence associés aux équipes mobiles de gériatrie, . les courts séjours gériatriques.	Prise en charge (selon la pathologie ou le niveau de recours au plateau technique) par : . les services de court séjour gériatrique, . les lits de médecine des hôpitaux locaux, . SSR, USLD, HAD.	Consultations gériatriques. Hospitalisation de jour. Consultations mémoire. (Cf. plan Alzheimer)	Avis gériatrique d'une équipe mobile. Soins palliatifs (court séjour, SSR, USLD...) Prise en charge des problèmes psycho-gériatriques.

L'établissement « support » de la filière gériatrique comporte une structure d'urgence, un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de consultations et d'hospitalisation gériatrique de jour, un SSR Gériatrique, une USLD.

La filière gériatrique implique de solides partenariats avec d'autres structures (hôpitaux locaux, SSR, HAD, CLIC, SSIAD...) dont les modalités sont formalisées par conventions. Celles-ci sont inscrites dans les CPOM et font l'objet d'une évaluation annuelle.

Outre ces missions, la filière gériatrique assure un rôle de « ressources » dans le domaine de la gériatrie pour les acteurs de ville, les secteurs médico-social et social. Elle est le garant de la diffusion de la culture gériatrique et du niveau de formation des personnels intervenant auprès des personnes âgées.

2.4.1.2- Etat des lieux et constats

La présentation de l'état des lieux de l'offre sanitaire gériatrique par territoire est complétée par les implantations de structure ou antenne d'Hospitalisation à domicile (HAD) et par les équipes d'appui départementales de soins palliatif.

Cher

Zone d'Emploi	Consult	Pôle Evaluation	Court séjour	EMG	CS Mémoire	SSR	HAD	USLD
Bourges	X	X	X	X	X Lab.	X	X	X
Vierzon	X	X	X	X partiellement IDE	X Lab.	X	X	X
St Amand Montrond	X	X Récent	X		X Lab.	X		X
Aubigny Sancerre	X				X	X		X
+ Equipe d'appui départementale soins palliatifs								

Le Cher est le département dont le développement et le maillage des dispositifs de la filière gériatrique sont les plus avancés. Le Cher disposera de trois filières labellisées en 2012.

Eure-et-Loir

Zone d'Emploi	Consult	Pôle Evaluation	Court séjour	EMG	CS Mémoire	SSR	HAD	USLD
Chartres	X	X	X	X	X Lab.	X	X	
DREUX	X	X	X	x	X Lab.	X	X	X
Nogent le Rotrou						X	X	X La Loupe
Chateaudun Bonneval	X+/-		x		X+/-	X	X	X
+ Equipe d'appui départementale soins palliatifs								

Les points de faiblesses restent les zones de Châteaudun et Nogent le Rotrou où l'offre gériatrique est soit fragilisée soit quasi inexistante. L'Eure-et-Loir dispose de deux filières labellisées.

Indre

Zone d'Emploi	Consult	Pôle Evaluation	Court séjour	EMG	CS Mémoire	SSR	HAD	USLD
Chateauroux	X	X	X	X	X Lab.	X	X	X
Issoudun	x		X			X	X	X
Argenton/le blanc			ouverture programmée 2011			X	X	X
La Chatre	X+/-				X+/-	X	X	
+ Equipe d'appui départementale soins palliatifs et réseau Etre Indre								

La dynamique gériatrique est amorcée sur les zones du Blanc, d'Issoudun, avec persistance de difficultés sur toutes les zones en lien avec les difficultés de recrutement de médecins gériatres. Une seule filière gériatrique est labellisée.

Indre-et-Loire

Zone d'Emploi	Consult	Pôle Evaluation	Court séjour	EMG	CS Mémoire	SSR	HAD	USLD
Tours	X	X	X	X	X Lab. CMRR	X	X	X
Amboise /Château Renault	X	X	X sur chaque site		X Lab	X	X	
Chinon	X+/-		X		X Lab	X	X	X
Loches	X+/-	X+/-	X+/-		X	X	X	
+ Equipe d'appui départementale soins palliatifs								

L'offre est à identifier et à développer sur la zone de Loches.

Les capacités d'accueil sur Tours sont insuffisantes au regard des besoins de population en court séjour gériatrique.

L'Indre-et-Loire disposera de deux filières labellisées en 2012.

Loir-et-Cher

Zone d'Emploi	Consultations	Pôle Evaluation	Court séjour	EMG	CS Mémoire	SSR	HAD	USLD
Blois	X	X+/-	X	X	X Lab.	X	X	X
Vendôme	X		X		X Lab.	X	X	
Romorantin	X+/-					X	X	X
+ Equipe d'appui départementale soins palliatifs								

L'offre est à construire sur la zone de Romorantin Lanthenay et insuffisante encore en ce qui concerne les pôles d'évaluation sur les zones de Blois et Vendôme.
Le Loir-et-Cher dispose de deux filières labellisées.

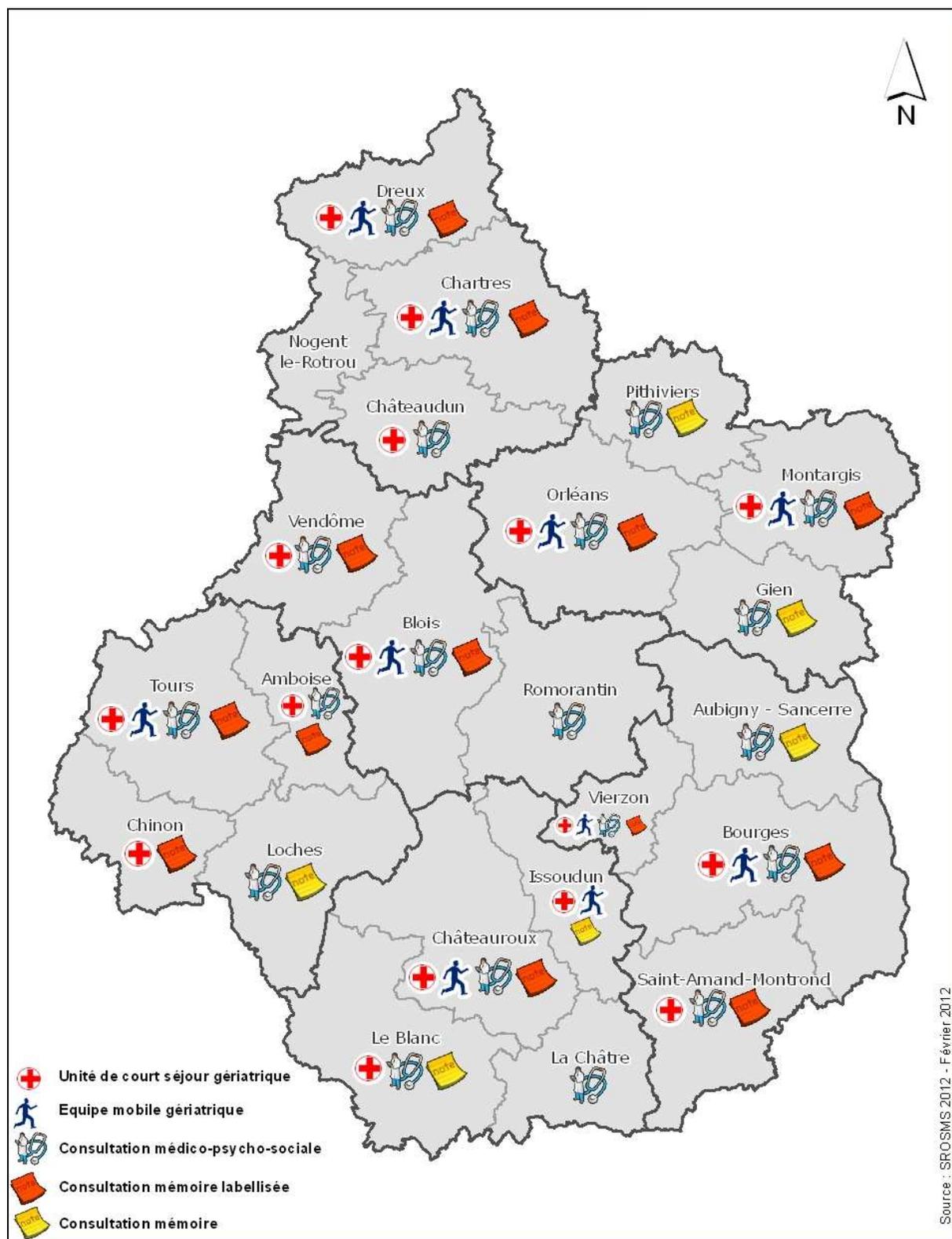
Loiret

Zone d'Emploi	Consult	Pôle Evaluation	Court séjour	EMG	CS Mémoire	SSR	HAD	USLD
Orléans	X	X	X	X	X Lab.	X	X	x
Montargis	X	X+/-	X	x	X Lab.	X	X	X
Gien/Sully/Briare	X+/-				Xlab	X	X	X
Pithiviers	X+/-				Xlab	X	X	X
+ Equipe d'appui départementale soins palliatifs								

L'offre est encore insuffisamment développée sur la zone de Pithiviers. Sur la zone de Gien, la dynamique gériatrique repose sur les trois centres hospitaliers ; elle est à conforter sur Montargis au niveau du pôle d'évaluation.

Le Loiret dispose de deux filières labellisées, la construction de la troisième filière est en cours.

Répartition des dispositifs gériatriques, au sein de la région Centre, par territoire de filières (hors SSR et USLD)



2.4.2 - Description de l'offre médico-sociale

2.4.2.1 - Eléments de définition

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) (compétence ARS) :

Les SSIAD assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, et doivent organiser la continuité des soins et leur bonne coordination. Les SSIAD assurent eux-mêmes, ou font assurer, les soins mentionnés quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires.

Le financement est assuré en totalité par l'assurance maladie. Il n'existe pas de reste à charge pour les patients.

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (compétence ARS et Conseil général) :

Les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des établissements dits médicalisés car ils sont dotés d'un forfait soins. L'hébergement est à la charge du patient (ou de sa famille sous certaines conditions, ou encore pris en charge par l'aide sociale sous certaines conditions), le forfait soins est versé par l'assurance maladie.

Les accueils de jour (compétence ARS et Conseil général) :

Leurs missions ont été définies en 2002 puis en 2005 dans le cadre du premier plan Alzheimer 2004-2008.

Ils accueillent des personnes vivant à domicile pour une ou plusieurs journées par semaine, voire demi-journées, dans des structures autonomes ou rattachées à un EHPAD. Lorsqu'il accueille des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, l'accueil de jour doit travailler en articulation étroite avec une consultation mémoire ou un spécialiste de la maladie pour que chaque bénéficiaire de l'accueil de jour fasse l'objet d'un diagnostic et que le stade de sa maladie soit connu.

Leurs principaux objectifs sont :

- la resocialisation ou le maintien d'un lien social,
- l'adaptation à la vie quotidienne avec travail visant à maintenir les capacités restantes,
- l'organisation de répit et d'écoute des aidants.

Un projet individualisé et personnalisé est élaboré pour chaque personne en tenant compte de ses besoins et de la pathologie présentée.

Le cahier des charges précise les compétences requises et les missions des professionnels.

Il doit s'intégrer dans un système coordonné de soins et d'aides afin d'assurer le suivi de la personne en concertation avec l'ensemble des professionnels.

Le décret n°2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour précise un certain nombre de points dont les capacités à respecter : six places au minimum si l'accueil de jour est rattaché à un EHPAD et 10 places au moins si autonome (des exceptions sont possibles pour les accueils de jour existants sous certaines conditions d'activité et d'existence de projet spécifique).

Hébergement temporaire médicalisé (compétence ARS et Conseil général) et hébergement temporaire non médicalisé (compétence Conseil général) :

L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limitée dans le temps. Il s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis. Il peut s'utiliser comme premier

essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement, ou servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, mais ne doit pas se substituer à une prise en charge en soins de suite.

Le caractère temporaire de ce mode d'hébergement impose un travail en étroite collaboration avec l'entourage familial et repose sur un engagement contractuel des deux parties.

Médecin coordonnateur en EHPAD : ses missions sont définies par décret.

Le médecin coordonnateur :

1 - élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre,

2 - donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution,

3 - organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. A cet effet, il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a connaissance, le cas échéant, liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 730 à R. 736 du Code de la santé publique,

4 - évalue et valide l'état de dépendance des résidents,

5 - veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins,

6 - contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du Code de la santé publique,

7 - contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement,

8 - élabore un dossier type de soins,

9 - établit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents,

10 - donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des convention(s) conclue(s) entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels,

11 - collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent Code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du Code de la santé publique,

12 - identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.

Le médecin coordonnateur ne peut pas exercer la fonction de directeur de l'établissement.

Le médecin coordonnateur peut avoir en dehors de son temps de coordination une activité de soins au sein de l'EHPAD, soit à titre libéral soit à titre salarié.

2.4.2.2 Etats des lieux et constats

SSIAD

Un taux d'équipement régional apparaissant suffisant au regard des taux nationaux mais une situation encore hétérogène entre les différents départements et en infra-territorial.

La région Centre apparaît globalement bien équipée en places de SSIAD avec un taux de 20,91 ‰ supérieur au taux cible national de 18,48 ‰ et au taux moyen national d'équipement de 19,60 ‰.

Un rééquilibrage de l'offre a été mené à bien sur ce secteur. Cependant, il reste encore des inégalités avec un déficit en Eure-et-Loir, et quelques rééquilibrages au niveau des zones d'intervention au sein de certains territoires comme le Cher. Par ailleurs, une étude approfondie devra être menée au regard de multiples indicateurs et pas seulement sur l'importance des listes d'attente.

L'examen des seuls taux d'équipement ne suffira pas à affirmer que le besoin est satisfait. En effet, l'offre de SSIAD sur un territoire doit tenir compte :

- de choix de vie à domicile et de la politique de maintien à domicile mise en œuvre par les Conseils généraux et des évolutions démographiques pour les classes d'âge les plus élevées,
- de l'entrée de plus en plus tardive en institution, et donc de dépendance accrue à domicile avec polypathologie complexifiant les interventions du SSIAD à domicile,
- de la tarification actuelle des SSIAD qui peuvent contraindre les gestionnaires à refuser des patients « lourds » qui, en revanche, seront initialement pris en charge par des services d'aide à domicile,
- de zones de complémentarité encore mal définies pour certains types de prise en charge entre SSIAD et HAD du fait des règles de tarification en vigueur,
- de l'offre en Infirmières diplômées d'Etat (IDE) libérales et de la typologie des actes effectués par ces IDE.

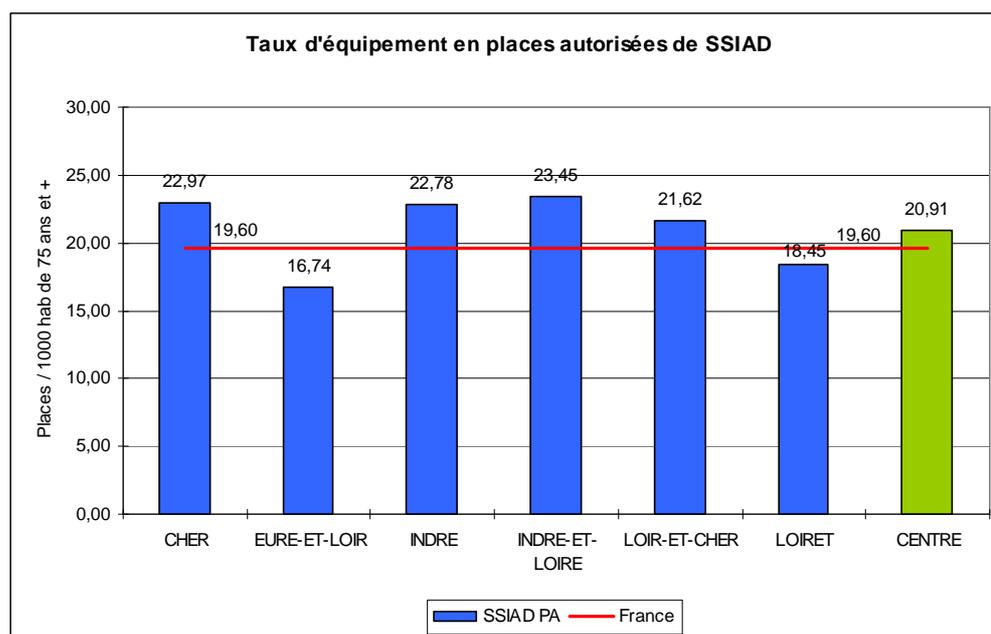
L'équipement en places de SSIAD autorisées est réparti de la manière suivante dans les territoires de la région :

SSIAD personnes âgées hors Alzheimer		
Département	Nombre de SSIAD	Nombre de places autorisées
Cher	17	768
Eure-et-Loir	10	579
Indre	16	649
Indre-et-Loire	18	1 269
Loir-et-Cher	17	802
Loiret	16	1 171
Région	94	5 238

Source FINESS au 1^{er} septembre 2011

La présentation des taux d'équipement ci-dessous a pour vocation de montrer une photographie au 31/12/2010 de la situation de chaque territoire de la région en termes d'offre et de montrer les écarts d'équipement entre eux. Elle permet également de situer la région Centre par rapport au national, qui utilise cette référence pour attribuer des mesures nouvelles aux différents territoires régionaux de l'hexagone.

Cette présentation n'a pas pour vocation de porter un jugement sur les besoins de chaque territoire et le critère « taux d'équipement » n'a pas vocation à perdurer comme seul critère d'affectation des places nouvelles qui sont attribuées à la région Centre.



EHPAD :

Une offre quantitative globalement satisfaisante

Au regard des taux d'équipement nationaux, l'offre en région Centre est plutôt bien placée pour l'hébergement complet. Ce constat quantitatif ne doit pas occulter cependant les difficultés des territoires, les restructurations nécessaires et la problématique du reste à charge.

Les EHPAD accueillent de plus en plus tard des patients en perte d'autonomie et présentant plusieurs pathologies. Les Durées moyennes de séjour (DMS) plus courtes (deux ans et six mois), l'âge d'entrée tardif (85 ans en 2007) et le taux annuel de rotation de 40 % font que, globalement, l'offre quantitative s'avère globalement satisfaisante dans la plupart des territoires. La poursuite de rénovations ou des reconstructions constituent des priorités de l'ensemble des Conseils généraux.

L'offre est bien répartie dans le Cher, l'Eure-et-Loir poursuit les transformations et la médicalisation de foyers logement dans le nord du département, le rééquilibrage en cours entre nord et sud du département de l'Indre est en voie d'achèvement. En Indre-et-Loire, l'offre quantitative, si elle semble satisfaisante, est cependant concentrée sur Tours et son agglomération. Ce territoire a développé une offre pour handicapés vieillissants. Le Loir-et-Cher présente une offre en hébergement la plus favorable de la région. Dans le Loiret, l'équipement en EHPAD est satisfaisant au regard des projets en cours, mais la vétusté de certains EHPAD conduit le Conseil général à engager un effort important d'amélioration de l'habitat.

Une offre nécessitant une perpétuelle adaptation qualitative au regard de la typologie du public accueilli

Les patients présentant des troubles cognitifs sont désormais majoritaires au sein des EHPAD (près de 60 %, avec progression constante depuis 10 ans), ce qui pose le problème de l'adaptation de l'habitat, voire la question de l'identification d'unités pour les patients ne présentant pas de troubles cognitifs à l'entrée en EHPAD.

Depuis 2001/2002, les financeurs ont largement incité et soutenu les établissements pour la mise en place d'unités spécifiques pour patients présentant des troubles cognitifs et ayant conservé leur autonomie locomotrice.

Un manque de lisibilité de l'offre en termes d'unités spécifiques Alzheimer pour l'ensemble de la région

L'absence de cahier des charges, de recommandations concernant l'encadrement en personnel, de recommandations concernant le règlement intérieur pour ces unités, font qu'aujourd'hui les modalités

d'admission, de sortie éventuelle et de fonctionnement sont différentes d'une structure à l'autre, ce qui ne facilite pas la lisibilité de l'offre. Par ailleurs, certaines de ces unités ont été identifiées dans le cadre de l'arrêté d'autorisation et sont repérables, d'autres non.

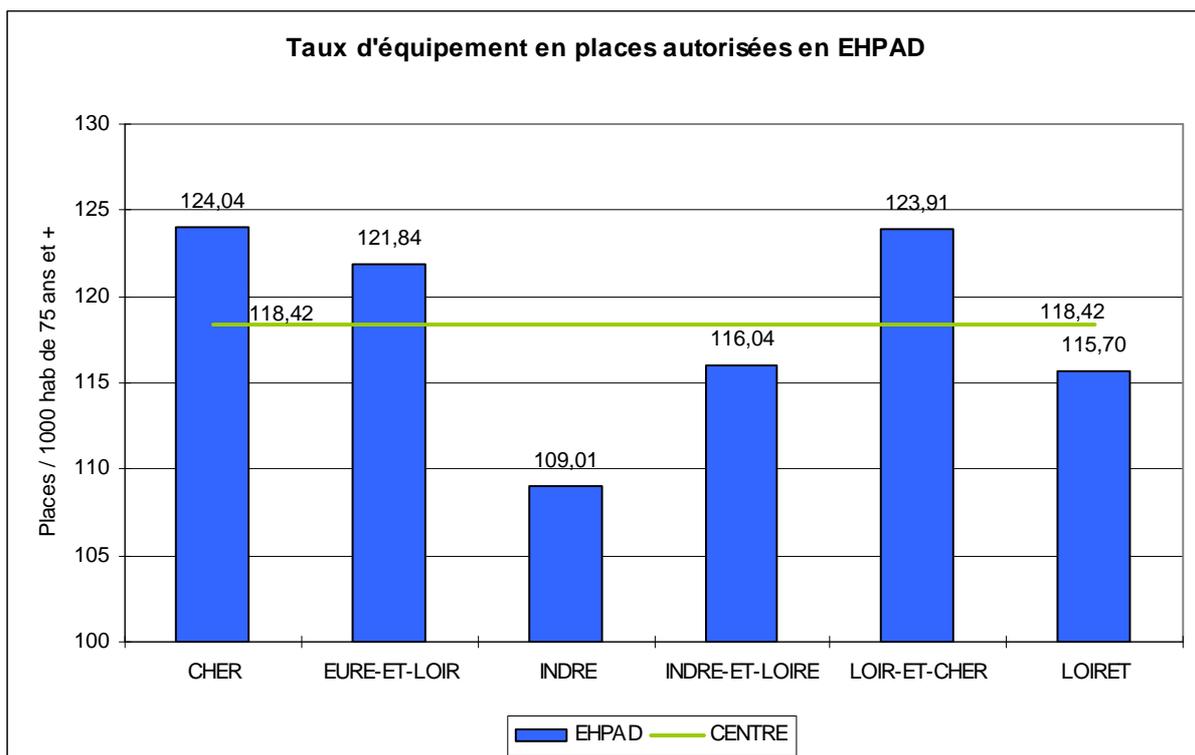
Un effort conséquent de médicalisation depuis 10 ans, notamment depuis 2007 avec l'introduction d'indicateur témoin du besoin de soins requis (et non constaté)

La plupart des patients admis en EHPAD sont des patients fragiles, en perte d'autonomie (44 % classée en GIR 1 ou 2) et polypathologiques. Les équipes soignantes doivent faire face à un accroissement de soins médico-techniques, qu'il faut également mettre en miroir avec les durées d'hospitalisation en court séjour qui se raccourcissent (effet Tarification à l'activité).

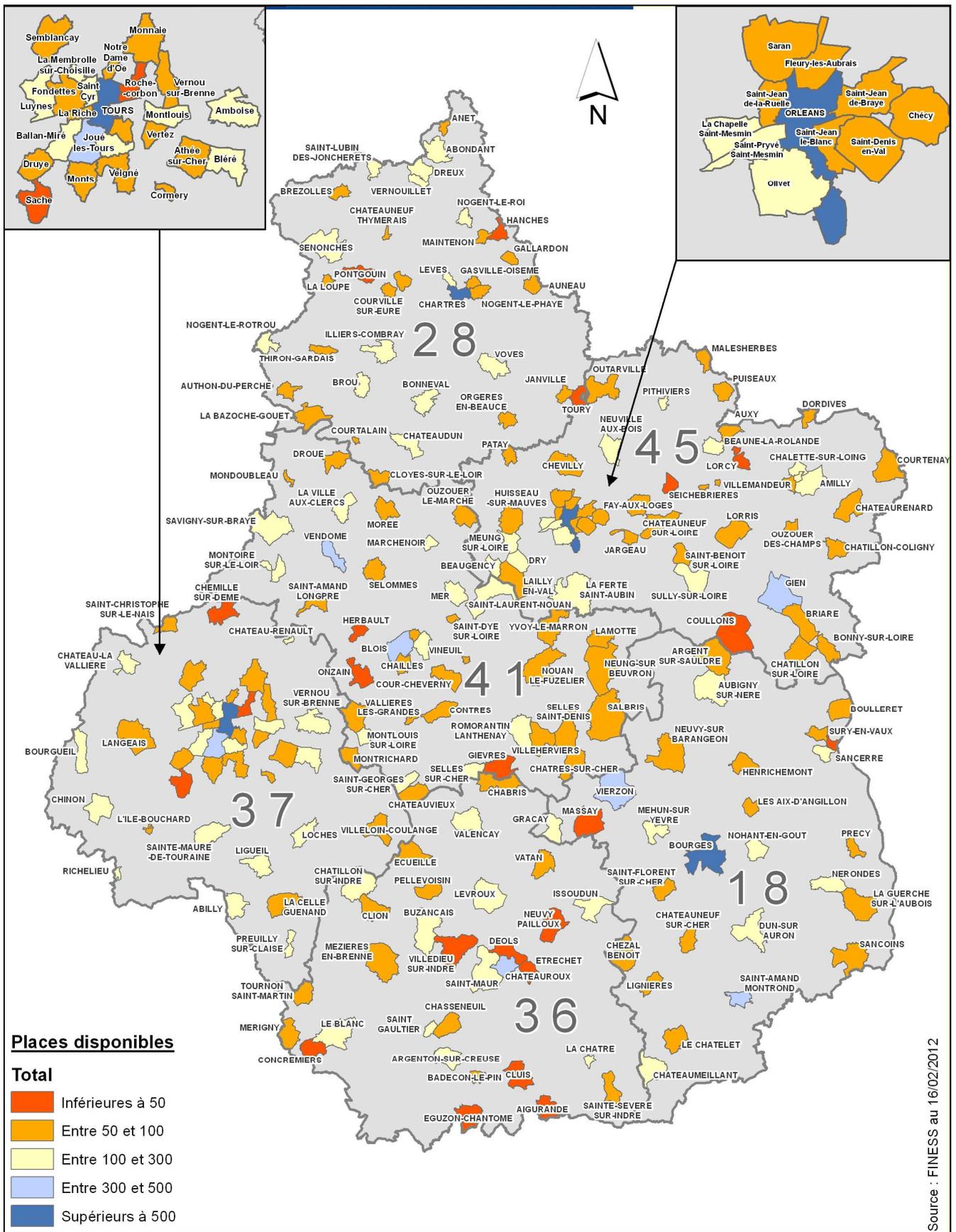
L'équipement en places d'EHPAD autorisées est réparti de la manière suivante dans les territoires de la région :

EHPAD (hors accueil de jour)		
Département	Nombre d'EHPAD	Nombre de places autorisées
Cher	39	3 987
Eure-et-Loir	50	4 368
Indre	40	3 119
Indre-et-Loire	65	6 059
Loir-et-Cher	54	4 507
Loiret	69	6 395
Région	317	28 435

Source FINESS au 1^{er} juillet 2011



Places d'hébergement installées dans les EHPAD en région Centre



Accueil de jour et hébergement temporaire

La région enregistre un retard dans le développement de ces modes d'accompagnement de répit.

Au gré des directives et circulaires successives, les EHPAD ont développé de façon hétérogène l'offre en accueil de jour et en hébergement temporaire.

Lors de la signature des premières conventions tripartites, les promoteurs étaient fortement incités à installer quelques places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Un manque de lisibilité de l'offre en termes d'accueil de jour et d'hébergement temporaire

Il est actuellement difficile de répertorier avec exhaustivité l'ensemble des accueils de jour et des hébergements temporaires en fonctionnement effectif, pour ceux rattachés aux EHPAD, et de différencier ceux spécifiquement dédiés à la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées de ceux sans spécificité.

Le travail mené conjointement avec les Conseils généraux et en concertation avec les établissements devrait permettre de clarifier la situation et de rentrer dans le cadre des préconisations de la circulaire du plan Alzheimer incitant à revoir les capacités des accueils de jour à 6 places minimum lorsqu'ils sont rattachés à un EHPAD et à 10 places lorsqu'ils sont autonomes, ceci pour permettre de dédier du personnel au fonctionnement et de mettre en place un véritable projet dans sa composante thérapeutique et sociale. A noter que cette problématique n'est pas spécifique à la région Centre.

L'équipement en places d'accueil de jour autorisées est réparti de la manière suivante dans les territoires de la région :

Accueil de jour		
Départements	Nombre d'établissements	Nombre de places autorisées
Cher	7	57
Eure-et-Loir	9	55
Indre	5	22
Indre-et-Loire	22	139
Loir-et-Cher	15	87
Loiret	23	175
Région	81	535

Source FINESS

Certains EHPAD ont des autorisations de lits d'hébergement temporaire. Parmi ceux-ci, certains sont effectifs, d'autres ne fonctionnent pas. Par ailleurs, il est fréquent que des EHPAD satisfassent des demandes d'hébergement temporaire sans lit spécifiquement identifié. Les enquêtes successives ont révélé un certain nombre d'erreurs.

La vision exhaustive de l'offre est donc complexe et tout comme pour les accueils de jour, un travail de recensement est en cours pour clarifier ces situations.

L'équipement en places d'hébergement temporaire autorisées est réparti de la manière suivante dans les territoires de la région :

Hébergement temporaire Autonome		
Départements	Nombre d'établissements	Nombre de places autorisées
Cher	2	28
Eure-et-Loir		
Indre	2	52
Indre-et-Loire	4	117
Loir-et-Cher		
Loiret	1	31
Région	9	228

Source FINESS

2.4.3 - Description de l'offre médico-sociale (compétence Conseil général)

2.4.3.1-Eléments de définition

Centre locaux d'information et de coordination (CLIC)

Les CLIC sont des services sociaux et médico-sociaux visés au 11° de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Les CLIC sont des guichets d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées dont les missions varient selon le label :

- CLIC niveau 1 : accueil et information,
- CLIC niveau 2 : accueil et information et évaluation du plan d'aide,
- CLIC niveau 3 : accueil et information et évaluation du plan d'aide et suivi du plan.

Services d'aide à domicile (SAD)

Les SAD assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, en dehors des actes de soins réalisés sur prescription médicale, qui relèvent des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles concourent au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

En complément du développement des EHPAD, chaque Conseil général a mené une politique d'adaptation de l'habitat, selon les territoires, des offres telles que des foyers logements, des Maisons d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA), des petites unités de vie ou des projets de regroupement d'habitat adapté.

L'Indre-et-Loire a développé l'hébergement temporaire non médicalisé.

Par ailleurs, en région Centre, la politique d'accompagnement à domicile est largement soutenue par l'ensemble des départements dans le cadre des plans APA avec un nombre d'heures payées aux Services d'aide à domicile allant de plus de 800 000 heures à près de 1 800 000 heures.

Certains Conseils généraux ont particulièrement soutenu l'accueil familial, c'est le cas par exemple de l'Indre et du Loiret.

Les coordinations gérontologiques sont historiquement très développées dans le Cher, l'Indre, l'Indre-et-Loire où elles ont déjà formalisé un certain nombre d'outils communs.

Le déploiement des CLIC est par contre relativement hétérogène tant dans le maillage que dans le niveau de labellisation. Certains départements, comme l'Eure-et-Loir et le Loiret, ont opté pour le maillage du territoire avec des CLIC de niveau 3 qui sont soit déjà opérationnels, soit en projet. D'autres, comme l'Indre et le Loir-et-Cher, ont mis en place une plateforme de coordination ou une instance de coordination départementale.

Cher	Deux CLIC, une MAIA, des coordinations gérontologiques couvrant le territoire.
Eure-et-Loir	Trois CLIC en cours de déploiement.
Indre	Une Instance de coordination gérontologique départementale (ICGD). Une coordination composée de 22 réseaux locaux implantés dans les différents cantons. Un CLIC départemental.
Indre-et-Loire	21 coordinations gérontologiques. Un dispositif d'information départemental détaillé : Touraine Repère 'Age
Loir-et-Cher	Une plateforme départementale de coordination : Vivre autonome 41, avec trois relais territoriaux : centre, nord, sud.
Loiret	Sept CLIC dont six de niveau 3 et un de niveau 2.

2.4.3.2- Déploiement des mesures du plan Alzheimer 2008-2012 : définition et état des lieux

Le plan Alzheimer 2008-2012 se décline en 44 mesures dont certaines sont actuellement déployées par les ARS en collaboration avec les acteurs de terrain et les Conseils généraux, sur la base de cahiers des charges élaborés au niveau national.

Il s'agit notamment de mesures visant à :

- améliorer la qualité de vie des aidants,
- améliorer la coordination des acteurs entre eux,
- optimiser le parcours de soins,
- valoriser les compétences et développer les formations des professionnels.

Les mesures actuellement suivies par les ARS sont les suivantes :

Mesure n°1 : développement et diversification des structures de répit (accueil de jour, hébergement temporaire, plateforme de répit)

Il s'agit :

- d'identifier et de développer les accueils de jour et hébergement temporaire. Les accueils de jour doivent pouvoir mettre en place un projet thérapeutique pour les patients et constituent une offre de répit pour les aidants. Les travaux en cours visent :
 - à évaluer l'activité, le service rendu,
 - à fiabiliser les informations concernant les accueils de jour,
 - à mettre en conformité les accueils de jour avec les préconisations de la circulaire en termes de taille minimale pour faciliter la mise en place d'un véritable projet.
- de développer des plateformes de répit pour les aidants et les patients.

La plateforme d'accompagnement et de répit permet un accompagnement de la personne malade, un soutien et un répit pour l'aidant et des activités pour le couple aidant-aidé.

La plateforme d'accompagnement et de répit a pour missions de :

- répondre aux besoins d'information, d'écoute, de conseils et de relais des aidants pour les conforter dans leur rôle d'aidants dans une logique de proximité,
- proposer diverses prestations de répit ou de soutien à la personne malade, à son aidant ou au couple,
- être l'interlocuteur privilégié des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) pour ces prestations et le recensement de l'offre de répit,
- être l'interlocuteur privilégié des médecins traitants chargés de suivre la santé des aidants et des patients et chargés de repérer les personnes «à risque»,
- offrir du temps libéré (une aide se substitue à celle apportée par l'aidant / séparation de l'aidant et de l'aidé) ou accompagné (sans séparation / intégrant la dimension de «bon temps passé ensemble»),
- informer, éduquer et soutenir les aidants pour les aider à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer,
- favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de la personne malade et de son aidant et de lutter contre le repli et la dépression,

L'objectif 2012 est de mettre en place six plateformes en région Centre. Le premier appel à candidature a été lancé en juillet 2011 pour créer trois plateformes.

Mesure n°2 : consolidation des droits et de la formation des aidants

Cette mesure vise à développer des formations pour les aidants pour apporter des connaissances et des outils essentiels à la compréhension des difficultés du malade, à l'adaptation de l'environnement et au maintien de la relation aidant-aidé.

Un appel à candidature a été lancé en mai 2011 sur la base d'un cahier des charges.

Mesure n°4 : labellisation sur tout le territoire de Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

L'objectif est de parvenir à mettre fin aux difficultés rencontrées par les malades et leurs familles face à une multitude de services présents sur les territoires mais insuffisamment articulés et n'aboutissant pas à une prise en charge coordonnée.

Le dispositif MAIA permet à partir d'une structure existante (d'accueil, d'orientation, de coordination) de construire, avec les partenaires institutionnels et les professionnels d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial. Loin de superposer un dispositif à un autre, les MAIA décroisent le secteur médico-social et le secteur sanitaire et organisent leur coopération, selon un processus établi afin que tous les partenaires recensés sur un territoire partagent des référentiels et aient des pratiques communes. Il s'agit de proposer une réponse harmonisée, complète et adaptée à chaque personne.

En 2011, deux MAIA sont en démarrage ou en consolidation en région Centre : une dans le Cher, une dans le Loiret.

Mesure n°6 : renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention de personnels spécialisés avec les Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) des SSIAD

L'équipe spécialisée rattachée à un SSIAD est constituée d'un assistant de soins en gérontologie, d'un ergothérapeute ou d'un psychomotricien.

Sur prescription médicale (15 séances), l'ergothérapeute ou le psychomotricien intervient à domicile afin d'assurer, dès le diagnostic, l'éducation thérapeutique, un bilan d'adaptation du logement, la réhabilitation et la stimulation cognitive et, le cas échéant, en cas de crise, la prise en charge des troubles du comportement.

L'objectif à fin 2012 est de créer 21 équipes spécialisées Alzheimer en région Centre. Fin 2011, la région Centre comptera 14 ESA.

Mesure n°11 : création des consultations mémoire dans les zones non pourvues

Mesure n°13 : renforcement des consultations mémoire à forte activité

Mesure n°16 : création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux

Il s'agit de la création :

- des Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA),
- des Unités d'hébergement renforcées (UHR).

Les PASA

Le PASA accueille dans la journée des résidents de l'EHPAD (12 à 14). Il n'est pas ouvert à un recrutement extérieur.

Le PASA est un lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques dont les principales caractéristiques sont :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement **modérés**,

- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades,
- l'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé après réalisation d'un bilan d'évaluation.

Chaque personne éligible peut bénéficier de un à plusieurs jours par semaine d'activités et de soins adaptés.

L'organisation et le fonctionnement du PASA doivent répondre à un cahier des charges précis.

L'objectif à fin 2012 est de créer 74 à 75 PASA en région Centre (selon que les PASA aient 12 ou 14 places). La montée en charge est progressive : huit PASA sont labellisés en 2010. Plus d'une vingtaine de projets sont suivis en 2011.

Les UHR

L'UHR propose un hébergement (de 12 à 14 personnes dans les EHPAD médico-sociaux), pouvant aller jusqu'à 20 personnes dans les USLD.

Les caractéristiques de cette unité sont :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement **sévères**,
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades,
- l'élaboration d'un projet adapté de soin et d'un projet de vie personnalisé,
- la participation des familles et des proches.

L'UHR fonctionne nuit et jour. Elle propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères. L'UHR est un lieu d'hébergement séquentiel pour des personnes qui sortiront de cette unité en cas d'amélioration notable des troubles.

L'organisation et le fonctionnement doivent répondre au cahier des charges.

L'objectif à fin 2012 est de créer 14 à 15 UHR réparties de la façon suivante : 9 UHR au sein des USLD, 6 UHR au sein des EHPAD.

Mesure n°17 : création d'unités spécialisées au sein des services de Soins de suite et de réadaptation (SSR), pour malades atteints d'Alzheimer : Unités cognitivo-comportementales (UCC)

Les unités cognitivo-comportementales (unités de 10 à 12 lits) sont situées en SSR. Elles s'adressent à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes : mobilité (patient valide), agressivité, troubles du comportement productifs (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves). Les patients proviennent essentiellement de leur domicile ou d'EHPAD.

Ces unités doivent élaborer un projet spécifique pour la prise en charge de ces malades intégrant les différents volets (projet médical, projet de soins, lieu de vie, considérations éthiques) et être identifiées au sein de l'établissement de santé sous forme d'unité fonctionnelle et d'unité médicale. Les pratiques suivantes doivent pouvoir être proposées à ces patients : psychomotricité, ergothérapie, orthophonie.

Les modalités de fin de prise en charge dans cette unité spécifique doivent être définies lors de l'élaboration de chaque projet thérapeutique.

Il s'agit à ce stade de projets expérimentaux, cinq UCC sont accordées à la région Centre.

En 2010, trois UCC sont ouvertes : une dans le Cher, une en Indre-et-Loire et une dans le Loiret.

En 2011, il est prévu une UCC supplémentaire dans le Loir-et-Cher pour une ouverture début 2012.

Mesure n°20 : un plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer

L'objectif de cette mesure est d'améliorer la prise en charge des malades :

- **par la mise à disposition de compétences professionnelles nouvelles**

Dans ce cadre, ont été mises en place des formations d'Assistant de soins en gérontologie (ASG). Il ne s'agit pas d'un nouveau métier mais d'une compétence supplémentaire acquise par un ou une aide soignante ou Aide médico psychologique (AMP) au cours d'une formation de 140 heures (formation dont le contenu est fixé par cahier des charges). Les cahiers des charges des dispositifs tels que les ESA au sein des SSIAD, des PASA, des UHR prévoient du temps d'ASG,

- **par la mise à disposition de personnels spécialisés dans les métiers de la réhabilitation cognitive et comportementale**

La formation initiale des ergothérapeutes et des psychomotriciens intégrera un module de formation axé sur les neurosciences et la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Mesure n°34 : mise en place d'un suivi épidémiologique en alimentant la Banque Nationale de Données Alzheimer

Objectifs:

- permettre de contribuer à adapter l'offre de soins spécialisés mémoire à travers les Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et d'apprécier la qualité de leur fonctionnement,
- disposer de données épidémiologiques et disposer de données d'activités des centres spécialisés.

Chaque consultation mémoire, voire à terme les neurologues libéraux devront alimenter cette banque. Chaque centre accède à ses propres données et chaque ARS a une vision d'ensemble.

Résultats de l'extraction région Centre année 2010

Ces résultats sont encore partiels du fait de la montée en charge progressive opérée par les consultations mémoire de la région et ne concernent que les données saisies en 2010.

L'extraction a porté sur sept centres dont le CMRR et 2 776 patients. L'âge moyen des patients en consultation est de 77,4 ans, les patients sont adressés par :

- un médecin généraliste : 50 % des cas,
- un médecin spécialiste : 24 % des cas,
- un EHPAD : 0,3 % des cas.

15 % des patients ont fait plus de 50 kms pour venir en consultation.

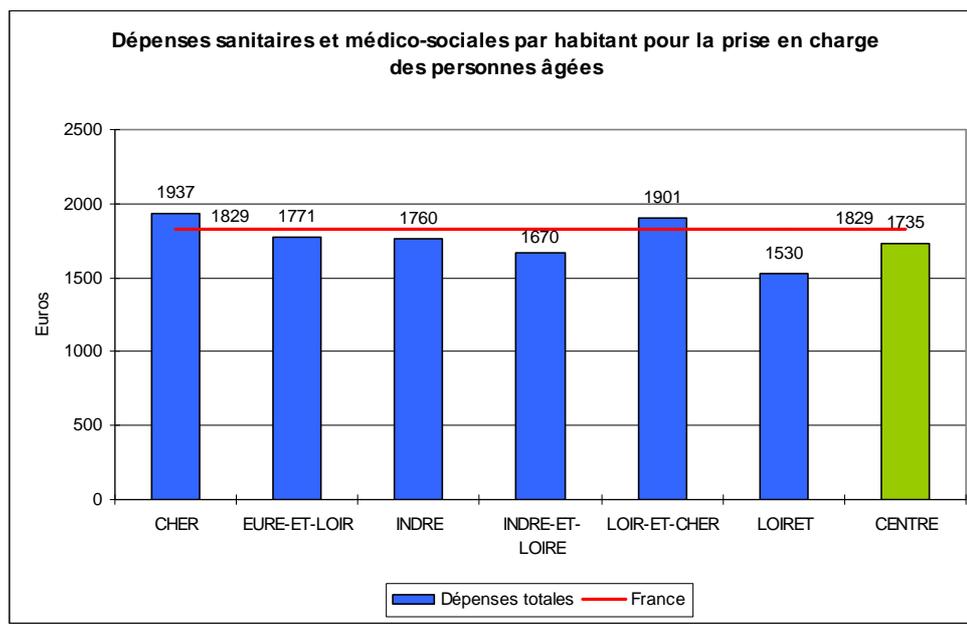
26 % présentaient une maladie d'Alzheimer, 20 % une maladie d'Alzheimer avec une autre pathologie associée, 26 % étaient en attente de diagnostic lors de l'extraction, 6 % présentaient des troubles cognitifs réels, maladie débutante, 6 % un état dépressif ou autre pathologie psychiatrique, 10 % se plaignaient de troubles de mémoire.

Tableau récapitulatif des dispositifs installés au 31 décembre 2010 :

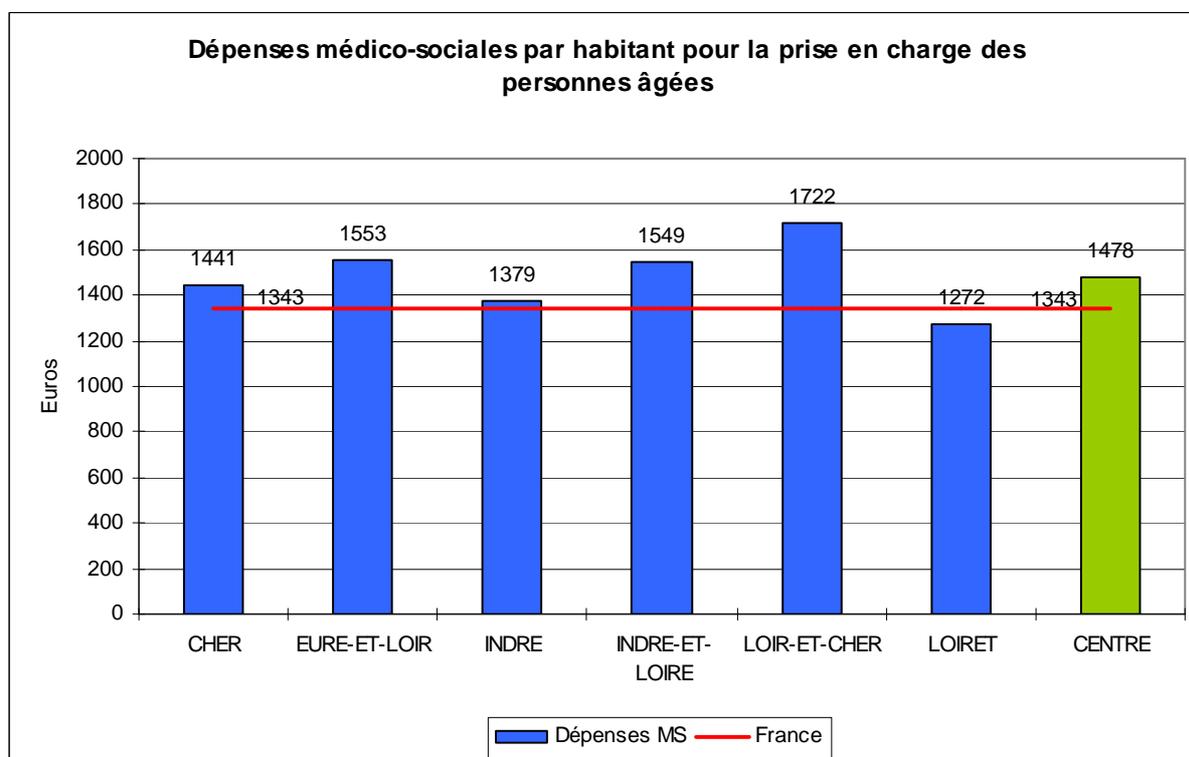
Département	Accueils de jour autorisés	UHR labellisées		PASA labellisés	SSIAD ESA	UCC	MAIA	Cs mémoire labellisées	CMRR
		Médico-social	Sanitaire						
Cher	7	0	1	0	0	1	1	3	0
Eure-et-Loir	9	1	0	2	2	0	0	2	0
Indre	5	0	1	4	1	0	0	1	0
Indre-et-Loire	22	0	0	0	2	1	0	3	1
Loir-et-Cher	15	0	0	0	1	0	0	2	0
Loiret	23	1	1	2	1	1	1	2	0
Total région 31/12/2010	81	2	3	8	7	3	2	13	1
Objectif national 2012 région Centre	Pas d'objectif chiffré	6	9	74	21	5	Pas encore fixé	Pas d'objectif chiffré	1

La mise en place de PASA, UHR et SSIAD s'accélère en 2011 du fait de la dynamique des acteurs de terrain, et ce en dépit des cahiers des charges qui sont parfois contraignants en termes d'organisation architecturale.

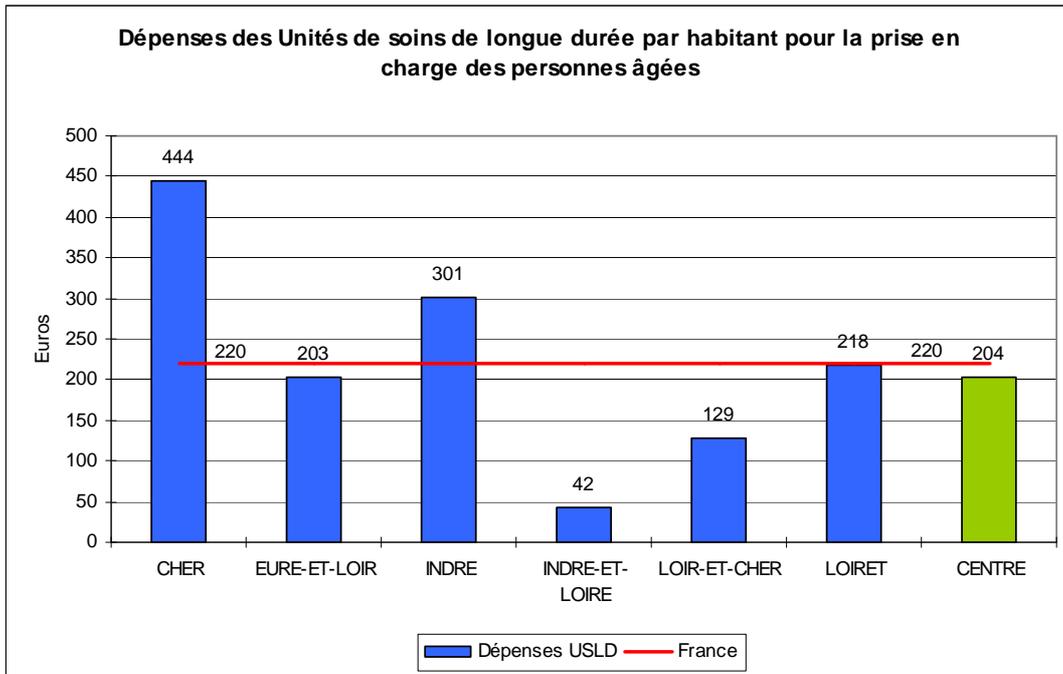
2.5 Dépenses par habitant



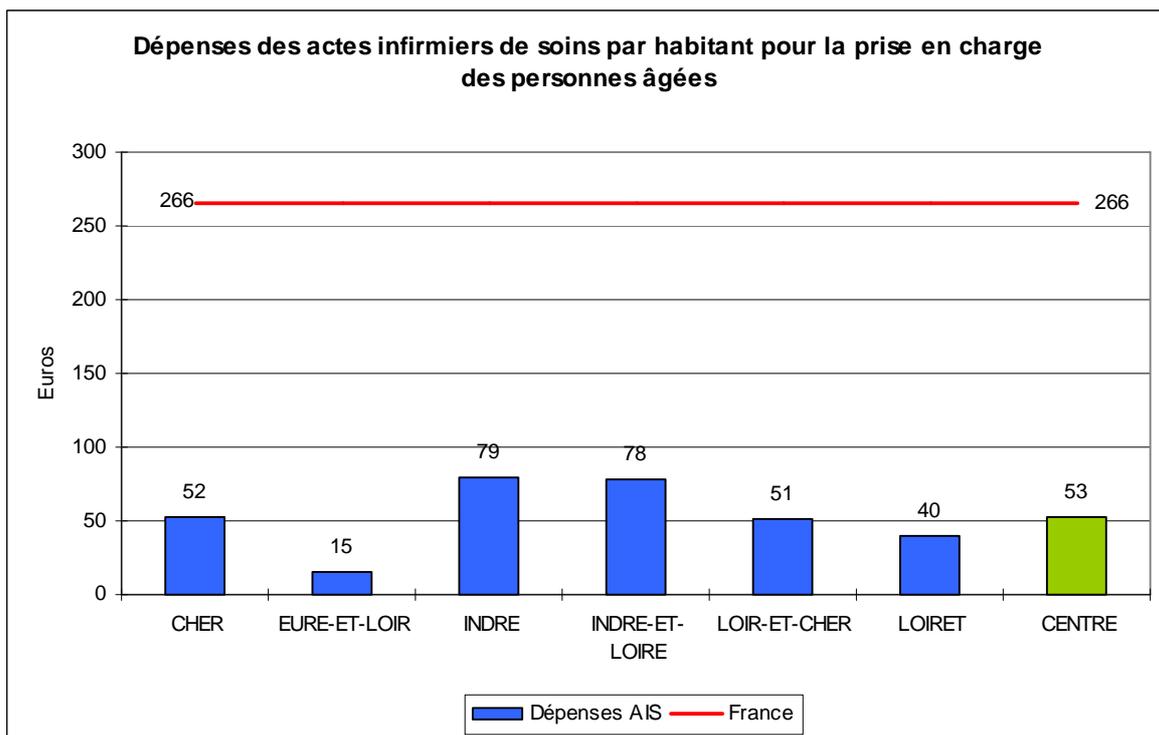
Globalement, la dépense par habitant de la région Centre pour la prise en charge des personnes âgées est inférieure de **5,14 %** à la moyenne nationale. Par ailleurs, des disparités existent entre les différents territoires en fonction des catégories de dépenses.



La moyenne régionale des dépenses médico-sociales par habitant est 10 % supérieure à la moyenne nationale. Seul le Loiret présente une dépense inférieure à la moyenne nationale.



La dépense moyenne régionale par habitant des USLD est du même ordre que la moyenne nationale, mais des disparités importantes existent entre les différents territoires.



La dépense moyenne régionale par habitant des actes infirmiers de soins est très inférieure à la moyenne nationale. Ce constat est observé dans tous les départements de la région.

Constats communs à tous les territoires de la région :

- **une dynamique gériatrique sur l'ensemble des territoires** qui a permis de développer les filières gériatriques et les consultations mémoire mais cependant avec des zones encore fragiles dans l'Eure-et-Loir (zone de Châteaudun), dans l'Indre (zones d'Issoudun, du Blanc, de La Châtre), dans le Loir-et-Cher (zone de Romorantin), dans le Loiret (zone de Pithiviers), voire en retard dans l'Eure-et-Loir (zone de Nogent-le-Rotrou),
- **une lisibilité insuffisante et une méconnaissance de l'ensemble des dispositifs et de leurs missions** tant sur le secteur sanitaire que sur le secteur médico-social, social et libéral à l'échelle d'un territoire qui ne facilite pas les interventions précoces globales et coordonnées,

Exemple : méconnaissances :

- de l'existence de numéros de téléphone mis à disposition des médecins généralistes par des médecins gériatres,
 - des pôles d'évaluation,
 - des nouveaux dispositifs développés dans le cadre du plan Alzheimer (SSIAD Equipes spécialisés Alzheimer, PASA, UHR, MAIA...),
 - des actions de prévention existantes telles que les ateliers « prévention des chutes, nutrition » tant pour les professionnels que pour les usagers, etc.,
 - des possibilités « offertes » dans certains plans d'aide APA.
- un dépistage des facteurs de fragilité et un diagnostic précoce à perfectionner sur certains territoires, voire à organiser sur certaines zones ; un dépistage des troubles cognitifs insuffisant et trop tardif,
 - un afflux croissant de personnes âgées aux urgences provenant du domicile mais également des EHPAD avec, pour certaines hospitalisations, l'identification de facteurs ou causes évitables (défaut d'anticipation sur des problèmes somatiques, psychiques, sociaux, sorties très précoces du court séjour rendant difficile la mise en œuvre de solutions adaptées, etc.),
 - une offre hétérogène en gérontopsychiatrie,
 - des professionnels intervenant à domicile insuffisamment formés au regard de l'évolution des pathologies présentées (troubles du comportement par exemple),
 - une coordination insuffisante des acteurs du territoire avec des zones de rupture ou des réponses inadéquates au regard des besoins des personnes âgées et des situations complexes qui augmentent,
 - une entrée de plus en plus tardive en EHPAD avec des besoins de soins croissants, une dépendance qui augmente, un public qui change avec une proportion croissante de patients présentant des troubles cognitifs et des troubles du comportement nécessitant de développer les formations des personnels,
 - un Plan Alzheimer décliné de façon hétérogène ne permettant pas la mise en place d'une offre équitable pour la population,
 - des difficultés de recrutement des professionnels médicaux et paramédicaux avec de nombreux postes vacants dont les postes de médecins coordonnateurs, tout particulièrement dans le Loir-et-Cher,
 - des recommandations de bonnes pratiques insuffisamment prises en compte (ex : pour la dénutrition, l'ostéoporose),
 - de nouvelles problématiques à prendre en compte, telles que le vieillissement de la population migrante et l'organisation de l'accès aux soins ; celles des personnes handicapées vieillissantes aux profils de besoins de soins et d'accompagnement différents,

- une offre de répit pour les aidants des patients présentant une maladie chronique ou une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées insuffisante.

3 Objectifs opérationnels et actions concernant le volet « personnes âgées »

Objectif opérationnel 16 : améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité

Contexte et enjeux

Espérance de vie sans incapacité, un enjeu majeur

Plus que le vieillissement ou l'espérance de vie, c'est l'espérance de vie sans incapacité qui constitue l'enjeu majeur d'aujourd'hui et des années à venir.

L'espérance de vie sans incapacité a progressé sur le même rythme que l'accroissement de l'espérance de vie. Aujourd'hui, après 80 ans, six personnes sur dix sont encore autonomes. Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités (dans les gestes de la vie quotidienne) et l'absence d'incapacité.

Selon l'INSEE, en France, en 2005, l'espérance de vie « en bonne santé » à 65 ans est estimée à :

- neuf ans pour les femmes (soit 74 ans)
- huit ans pour les hommes (soit 73 ans).

Compte tenu de l'espérance de vie actuelle, il peut être considéré que les femmes peuvent vivre 14 ans avec des limitations, et les hommes 10 ans.

Concept de fragilité de la personne âgée

Cette notion apparaît avec la perception ou la prise de conscience de la personne âgée des premiers signes du vieillissement et de l'émergence des difficultés dans la vie quotidienne. L'âge n'est pas le premier facteur de fragilité.

Le concept de fragilité est un concept multidimensionnel, mêlant des éléments liés à l'état de santé et à l'environnement (logement, vie sociale, entourage familial). Il existe un nombre important de facteurs difficilement hiérarchisables, leurs poids variant d'une personne à l'autre.

Les facteurs de fragilité retenus d'une façon générale sont :

- les troubles de la marche et les chutes,
- la dénutrition,
- l'incontinence,
- une mauvaise observance thérapeutique ou une complication iatrogénique,
- l'arthrose et l'ostéoporose,
- la perte d'audition ou de vision,
- la dépression,
- l'isolement social.

Dans les plans gouvernementaux les quatre premiers facteurs ont été jugés prioritaires au vu de leurs incidences fortes sur la vie quotidienne et le maintien à domicile.

Enjeu du repérage de la fragilité en termes d'accès aux soins

Le dépistage du syndrome de fragilité est important pour optimiser la prise en charge des sujets âgés qu'ils soient à domicile, à l'hôpital, en EHPAD et élaborer une politique de prévention, qu'elle soit :

- **primaire**, recouvrant les actions qui permettent de réduire la survenue d'un événement indésirable,
- **secondaire**, visant à réduire les conséquences d'un risque déjà advenu, en le diagnostiquant et le traitant précocement,
- **tertiaire**, pour amoindrir les conséquences et notamment les limitations d'activité et les restrictions de participation à la vie sociale associées.

L'accès aux soins, à la prévention et à l'éducation à la santé des personnes fragiles et ou en situation de perte d'autonomie est, en soi, un facteur de prévention de l'aggravation de leur situation.

Le poids démographique des personnes âgées en région Centre, le temps nécessaire pour évaluer la fragilité doivent être pris en compte dans l'organisation de l'accès au dépistage précoce des facteurs de fragilité. L'approche doit être globale, médicale, psycho-sociale.

Plusieurs outils simplifiés d'analyse des principaux éléments constitutifs de la fragilité existent.

La seule limite est lorsqu'une personne âgée vieillissante refuse bien souvent de se projeter dans un état de dépendance ou de santé qui se dégrade.

Méconnaissance des dispositifs existants

Les travaux du schéma ont mis en évidence la méconnaissance par les acteurs de terrain et les usagers de la palette développée au sein des territoires ainsi que l'insatisfaction des utilisateurs liée aux délais de rendez vous ou de mise en place des réponses.

Lorsque les dispositifs existent, ils sont parfois sous dimensionnés au regard de certains seuils considérés comme minimum dans le Plan solidarité grand âge (PSGA). Par exemple, pour l'offre en court séjour gériatrique en Indre-et-Loire, le seuil frôlera les 1 ‰ (seuil minimum dès la mise en place du court séjour pour le projet à Chinon) mais restera au dessous de 1 sur la zone de Tours (0,74).

Les questions qui se sont posées sont les suivantes :

- quels acteurs potentiels pour repérer la fragilité ?
- où et comment réaliser les bilans ?

Les acteurs potentiels sont les professionnels du domicile, des établissements, les professionnels libéraux, les pharmaciens, les équipes APA, l'entourage, etc.

Les évaluations globales sont principalement effectuées au sein des consultations gériatriques médico-psychosociales, au sein des pôles d'évaluation, par les équipes mobiles hospitalières en court séjour gériatrique et dans une certaine mesure en SSR.

Temps d'évaluation difficilement compatible avec les ressources actuelles de médecins libéraux

Le temps à consacrer rend difficile la réalisation de ces évaluations par les médecins libéraux, d'autant qu'il est souvent nécessaire de faire appel à une équipe pluridisciplinaire : IDE, kinésithérapeute, assistante sociale, diététicien(ne).

Les programmes avec consultations spécifiques et cotations spécifiques (CNAMTS) n'ont pas permis de développer ces actions par les médecins.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 16	Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité
Action 42	Elaboration d'un Guide ressources régional et par territoire en clarifiant qui fait quoi
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Faire connaître les dispositifs auprès des professionnels et des usagers, - Formaliser un annuaire et des fiches techniques descriptives par type de dispositif pour chaque territoire reprenant : <ul style="list-style-type: none"> . les missions, le profil de public accueilli, le plateau technique, les limites (ou exclusion) en termes de public et prises en charge, les articulations et complémentarités avec le champ sanitaire, médico-social, social au sein de chaque territoire pour tenir compte des spécificités, - Rendre disponible et accessible ces informations, - S'appuyer sur le ROR (Registre des ressources régionales)
Public	Usagers et professionnels de santé
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail régional représentatif pour arrêter un cadre type du guide ressources, définir les modalités de financement, de formalisation, d'actualisation, de communication et de pérennité et suivre le déroulement de l'action, - Groupe de travail par territoire pour mener la rédaction des fiches techniques et du guide, - Communication et diffusion du guide, - Recrutement d'un opérateur extérieur pour accompagner la démarche et formaliser le guide, <p>Action à articuler avec les axes d'EMERGENCE</p>
Territoire	Régional et par territoire
Partenaires	ARS, Conseils généraux, représentants des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé, ESMS, associations et représentants des usagers
Calendrier	Années 2013-2015
Indicateurs	100% de fiches pour ESMS fin 2014

Objectif opérationnel 16	Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité
Action 43 (Priorité ARS)	Poursuivre le développement des dispositifs de la filière gériatrique (consultation pôle court séjour)
Objectifs	Maillage des territoires pour organiser une offre adaptée aux besoins en proximité, Atteindre l'objectif minimal d'un lit pour 1 000 habitants de plus de 75 ans par territoire de santé
Public	Etablissements de santé
Modalités	Poursuivre le développement des consultations et des pôles d'évaluation et court séjour sur les zones fragiles : Châteaudun, Issoudun, Le Blanc, Romorantin et Pithiviers, Mettre en place sur les zones déficitaires : Nogent le Rotrou, La Châtre, Les identifier sur les établissements disposant d'équipes gériatriques : Loches, Renforcer les capacités d'accueil en court séjour gériatrique : Tours, Développer les partenariats entre CH de référence et CH de proximité qui sont en difficultés (ex : consultations avancées de gériatrie...), Mettre en œuvre une véritable politique gériatrique au sein des établissements qui n'ont développé aucun dispositif, Evaluer l'activité des Equipes mobiles gériatriques et si besoin les renforcer
Territoire	Cf. SUPRA
Partenaires	ARS, établissements de santé
Calendrier	Années 2012 -2016 – action sur la durée du schéma
Indicateurs	Nombre de filières labellisées, Nombre de consultations pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, Ratio lits de court séjour pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans par territoire

Objectif opérationnel 16	Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité
Action 44 (Priorité ARS)	Améliorer l'accès aux consultations mémoire pour diagnostic et accompagnement précoce et assurer la transmission de données à la Banque nationale Alzheimer
Objectifs	Réduire les délais de rendez-vous pour les premières consultations qui peuvent atteindre plusieurs mois Alimenter la base nationale pour améliorer la connaissance des besoins
Public	Etablissements de santé
Modalités	- Identifier les facteurs explicatifs des délais de rendez-vous pour chaque consultation labellisée, - Développer les partenariats entre CH de référence et CH de proximité (ex : consultations mémoire mutualisées, avancées, etc.), - Identifier et construire un partenariat avec les neurologues libéraux, - Mettre en conformité les consultations mémoire labellisées avec le nouveau cahier des charges de 2011, - Identifier les partenariats possibles avec les psychiatres au sein des établissements psychiatriques.
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, établissements de santé, neurologues et psychiatres
Calendrier	Années 2012 -2016 – action sur toute la durée du schéma
Indicateurs	Suivi des délais

Objectif opérationnel 16	Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité
Action 45 (Priorité ARS)	Mettre à disposition des médecins généralistes et leur faire connaître un numéro d'appel pour avis gériatrique sur les territoires qui n'en disposent pas encore Diffuser cette information auprès des médecins
Objectifs	Permettre aux médecins d'avoir un avis gériatrique rapide pour pouvoir programmer les évaluations, si nécessaire
Public	Médecins libéraux
Modalités	A organiser au minimum sur tous les CH porteurs d'une filière labellisée
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, établissements de santé
Calendrier	Années 2012- 2014 pour ceux qui n'en disposent pas encore
Indicateurs	Pourcentage de mise en place au regard des filières labellisées objectif 2013 : 100 %

Objectif opérationnel 16	Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité
Action 46	Expérimenter des coopérations entre médecins libéraux et professionnels de santé pour dépister les facteurs de fragilité chez les personnes âgées
Objectifs	Développer les actions de dépistage
Public	Personnes âgées à domicile
Modalités	Développer, en lien avec les médecins libéraux, le dépistage des facteurs de fragilité (dénutrition, chute, diabète, maladies cardio-vasculaire, limitation de la iatrogénie médicamenteuse) au plus près des personnes âgées sur la base d'outils validés proposés par le comité d'experts en gériatrie de la région en s'appuyant sur : <ul style="list-style-type: none"> - les IDE libérales, - les kinésithérapeutes libéraux, - les SSIAD, - les HAD, - les pharmaciens, - les CH, notamment sur les petits hôpitaux, à partir de consultations regroupées au sein des maisons de santé pluridisciplinaire, centres de santé, etc.
Territoire	Lancement d'un appel à candidature en zone urbaine et en zone rurale, de préférence sur les territoires les plus en difficultés démographiques
Partenaires	ARS, professionnels de santé des territoires
Calendrier	Années 2013 – 2015 : élaboration du projet et expérimentation
Indicateurs	Critères qui seront retenus pour l'évaluation de l'expérimentation

Objectif opérationnel 16	Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité
Action 47	Former les acteurs intervenant à domicile aux signes d'alerte (chutes, troubles cognitifs, problèmes alimentaires, modifications de comportement, etc.) et améliorer la transmission d'information vers le médecin généraliste
Objectifs	Faciliter la transmission de l'information utile aux médecins traitants par les professionnels du domicile en ciblant les informations susceptibles de déclencher les actions du médecin
Public	Personnes âgées à domicile
Modalités	Mettre en place un groupe de travail régional « transmission des informations » pour élaborer des outils et des procédures en s'appuyant sur ceux existants Tester l'efficacité
Territoire	A terme les six territoires sont concernés.
Partenaires	ARS, médecins libéraux, professionnels intervenant à domicile, gériatres de filières labellisées, représentants des usagers
Calendrier	Années 2012-2013
Indicateurs	Nombre de professionnels utilisant l'outil en 2016

Objectif opérationnel 16	Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité
Action 48	Développer les politiques de prévention au sein des EHPAD (chutes, nutrition, dépistage des troubles cognitifs...)
Objectifs	Organiser le dépistage systématique en EHPAD pour limiter et prévenir les aggravations des pathologies et de la perte d'autonomie (prévention secondaire et tertiaire)
Public	Personnes âgées en EHPAD
Modalités	Information et suivi dans le cadre des actions de GDR
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, ESMS et gestionnaires, gériatres des filières, assurance maladie, Conseils généraux
Calendrier	Années 2012-2016 – action sur toute la durée du schéma.
Indicateurs	Nombre d'actions mises en œuvre et suivies Indicateurs GDR Evolution des indicateurs sur l'état de santé issus des coupes PATHOS

Objectif opérationnel 17 : améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques par la mise en œuvre du plan Alzheimer (Priorité ARS)

Contexte et enjeux :

Un plan ambitieux

Le plan Alzheimer 2008-2012 est un plan ambitieux de 44 mesures et de 1,6 milliard d'euros de dépenses nouvelles sur cinq ans, réparti comme suit :

- le volet médico-social : plus d'1,2 milliard d'euros,
- le volet sanitaire : plus de 200 millions d'euros,
- le volet recherche : 200 millions d'euros,
- le volet accompagnement (médico-social) est largement doté.

Une dynamique indispensable de tous les acteurs

La mise en œuvre des différentes mesures suppose une dynamique de tous les acteurs et un accompagnement des institutions, la finalité étant d'apporter le plus rapidement possible des solutions aux patients et à leurs familles.

En région Centre, fédérations et syndicats d'établissements ont contribué largement à entretenir cette dynamique et ont relayé les informations sur l'ensemble des territoires.

La répartition par régions de certains dispositifs s'est basée sur le nombre d'affections de longue durée (ALD) pour cette pathologie.

Une amélioration incontestable de l'accompagnement

Certains dispositifs déjà mis en place ont permis aux familles et aux personnels de porter un regard différent sur la maladie et constituent un véritable accompagnement pour les patients malades.

Plus d'une dizaine de mesures sont actuellement suivies par les ARS en lien étroit avec leurs partenaires institutionnels : les Conseils généraux.

Quelques difficultés à expliciter et à surmonter

En dépit de la forte volonté de développer ces actions, la mise en œuvre n'est pas sans difficultés :

- freins des familles à l'utilisation des accueils de jour (fait l'objet d'une étude par l'ORS en région Centre),
- difficultés à recruter des professionnels, tels que psychomotriciens et ergothérapeutes, indispensables pour la mise en œuvre de séances de réhabilitation auprès des patients,
- contraintes architecturales.

Une nécessaire information

De nouvelles prises en charges, de nouveaux sigles, un repérage encore difficile du fait des montées en charge, autant d'éléments qui incitent à faire connaître ces nouveaux dispositifs.

Problématique des sujets jeunes

La maladie touche aussi des sujets jeunes. Selon l'assurance maladie, environ 8 000 personnes de moins de 60 ans bénéficient en France d'un protocole « Affection de longue durée » (ALD 15) pour une Maladie d'Alzheimer ou une Maladie Apparentée (MAMA) et tous les patients jeunes ne sont pas identifiés comme tels.

- Deux fois sur trois, la maladie d'Alzheimer à début précoce est diagnostiquée tardivement, cette maladie étant souvent considérée comme une affection de la personne âgée par le grand public. Les signes qui apparaissent au début de la maladie, souvent insidieux, ne sont pas toujours reconnus par les soignants ou pris à tort pour des manifestations psychologiques, faute d'outils de diagnostic adaptés à la pratique des professionnels de première ligne (médecins généralistes, médecins du travail).
- La maladie est responsable de difficultés majeures dans le travail et dans la vie familiale, qui s'aggravent progressivement et entraînent de lourdes conséquences, en l'absence de prise en charge adaptée et précoce.

- Dans ce contexte, le sentiment de désespoir et d'isolement social des personnes atteintes et des proches est particulièrement aigu et nécessite un accompagnement particulier prenant en compte les perturbations de la dynamique familiale.
- A un stade tardif de l'évolution, les patients ayant une perte d'autonomie ne permettant plus le maintien à domicile, ne peuvent pas être admis dans des structures habituelles de soins et les unités médicalisées dédiées font défaut pour cette population de patients, encore jeunes.

L'amélioration du repérage rapide des personnes atteintes constitue un enjeu essentiel pour réduire l'errance diagnostique et limiter l'évolution de la maladie et ses conséquences sur la vie sociale des malades et des aidants. L'accès le plus rapide aux thérapeutiques innovantes, la mise en place de structures spécifiques de réhabilitation cognitivo-comportementale et d'unités d'accueil et de répit constituent des priorités essentielles pour l'amélioration de la prise en charge des malades.

Les objectifs à échéance du plan en 2012 sont les suivants :

Département	UHR labellisées		PASA labellisés	SSIAD ESA	UCC	MAIA	Consultations mémoire labellisées Existant 2011 Pas d'objectif
	Médico-social	Sanitaire					
Cher	1	2	10	3	1	1	3
Eure-et-Loir	1	1	12	4	1	0	2
Indre	1	1	8	3	0	0	1
Indre-et-Loire	1	1	18	4	1	0	3
Loir-et-Cher	1	2	10	3	1	0	2
Loiret	1	2	16	4	1	1	2
Objectif régional 2012	15		74 à 75 (selon places 12 à 14)	21	5	pas encore fixé	pas d'objectifs

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 17	Améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques par la mise en œuvre du plan Alzheimer
Action 49	Aider au déploiement des dispositifs préconisés dans le Plan Alzheimer 2008- 2012
Objectifs	Assurer le plus rapidement possible un maillage par territoire à partir de la répartition faite au niveau national pour améliorer les prises en charge des patients et l'aide aux aidants
Public	Patients atteints de la maladie ou de maladies apparentées et leur famille
Modalités	<ul style="list-style-type: none">- Appel à candidature pour certains dispositifs sur la base d'un cahier des charges national,- Accompagnement des établissements (aide au repérage de patients éligibles, examen des aménagements possibles, organisation de rencontres entre professionnels échangeant sur pratiques et difficultés ...),- Suivis d'indicateurs permettant d'objectiver les activités des consultations mémoire et le besoin de renforts de temps de professionnels,- Soutien des actions de formation des assistants de soins en gérontologie,- Identification des freins à la mise en place mais aussi à l'utilisation par les malades et les aidants.
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, ESMS et gestionnaires, établissements de santé, Conseils généraux, associations d'usagers
Calendrier	Années 2012-2013 pour atteindre les objectifs de montée en charge
Indicateurs	Indicateurs de suivi des dispositifs mis en place dont l'indicateur CPOM ARS sur le taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (PASA/UHR) au regard de l'objectif régional

Objectif opérationnel 17	Améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques par la mise en œuvre du plan Alzheimer
Action 50	Organiser la mise en œuvre des mesures du plan dans un souci de maillage équitable au sein des territoires en favorisant efficience et complémentarité avec les dispositifs existants
Objectifs	Proposer une offre cohérente au sein des territoires pour une meilleure prise en charge des malades et des aidants
Public	Patients atteints de la maladie ou de maladies apparentées et leur famille
Modalités	<p>Sur le champ médico-social et sanitaire :</p> <p>MAIA : organiser la mise en place des MAIA et les zones de couverture en lien avec les filières gériatriques,</p> <p>AJ : organiser une réponse de proximité avec un véritable projet thérapeutique et une offre adaptée au milieu rural, tout en tenant compte de la réglementation,</p> <p>PASA : développer l'offre au sein des ESMS accueillant des patients éligibles en favorisant une répartition cohérente au sein des territoires,</p> <p>UHR : médico-sociales et sanitaires : répartir l'offre de façon cohérente entre les deux secteurs en s'appuyant sur le repérage des patients éligibles au travers des coupes PATHOS et de la grille d'évaluation des troubles du comportement (NPIES), lancement d'un appel à candidature pour mise en place d'une UHR sanitaire en Eure-et-Loir,</p> <p>SSIAD ESA : développer l'offre et l'organiser au fur et à mesure de la montée en charge pour assurer une couverture territoriale en lien avec les consultations mémoire labellisées, ce prioritairement dans les zones de plus forte concentration de malades, et avec un partenariat de l'ensemble des SSIAD d'un territoire,</p> <p>Consultations mémoire : poursuivre leur développement et favoriser les consultations avancées dans le respect des critères nationaux de labellisation, s'assurer de la transmission des données vers la Banque Nationale Alzheimer,</p> <p>UCC : poursuivre leur déploiement dans le cadre de l'expérimentation (cinq UCC pour la région) en maintenant le principe d'implantation au sein d'un SSR gériatrique existant dans un établissement disposant de consultations mémoire labellisées,</p> <p>Plateforme de répit : à échéance du plan mettre en place au moins une offre dans chaque territoire,</p> <p>Formation des aidants : poursuivre le développement de l'offre en favorisant la proximité et l'organisation avec une offre de répit.</p>
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ESMS, établissements de santé, Conseils généraux, associations d'usagers
Calendrier	Années 2012-2013 pour atteindre les objectifs de montée en charge
Indicateurs	Indicateurs de suivi des dispositifs mis en place

Objectif opérationnel 17	Améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques par la mise en œuvre du plan Alzheimer
Action 51	Optimiser les organisations pour la prise en charge des sujets jeunes du diagnostic à l'accompagnement
Objectifs	Tous les patients jeunes doivent être orientés par les médecins vers un CMRR pour réalisation d'explorations confortant ou infirmant le diagnostic. Sur la base des travaux du centre de recherche de Lille pour les sujets jeunes, préciser le besoin d'accompagnement.
Public	Patients jeunes atteints de la maladie ou de maladies apparentées et leur famille
Modalités	Information à diffuser en lien avec le CMRR auprès des médecins. <ul style="list-style-type: none"> • FMC, • Réunion régionale sous l'égide du CMRR, • Groupe de travail régional pour accompagnement.
Territoire	Les six territoires
Partenaires	CMRR, établissements de santé, professionnels libéraux, ESMS, Conseils généraux, associations d'usagers.
Calendrier	Années 2012 à 2015
Indicateurs	Suivi du nombre de personnes diagnostiquées et des dispositifs mis en place

Objectif opérationnel 17	Améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques par la mise en œuvre du plan Alzheimer
Action 52	Diffuser l'information par territoire et au niveau régional pour faire connaître ces dispositifs aux usagers et professionnels
Objectifs	Rendre visible l'offre développée pour une meilleure orientation
Public	Usagers, professionnels
Modalités	Assises régionales annuelles : présentation des nouveaux dispositifs, échanges d'expériences entre professionnels, avis des usagers et de leur famille. Site de l'ARS, des Conseils généraux
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, Conseils généraux, ESMS et gestionnaires, professionnels et représentants d'usagers
Calendrier	Une réunion annuelle sur toute la durée du schéma
Indicateurs	Satisfaction des usagers

Objectif opérationnel 18 : contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées à domicile et en EHPAD

Contexte et enjeux

Personnes âgées à domicile

La coordination des soins et de l'accompagnement a pour but d'organiser de la façon la plus efficace possible les interventions de prévention des professionnels dispensant, en ville (souvent en lien avec l'hôpital) des soins curatifs, des soins d'entretien, une aide à la vie quotidienne, etc.

Plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre au cours des vingt dernières années en France pour tenter de répondre au manque de coordination et notamment les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les réseaux gérontologiques. Ils ont permis des avancées notables mais leurs domaines d'intervention restent encore trop cloisonnés, principalement sociaux pour les premiers, principalement sanitaires pour les seconds.

Certaines coordinations gérontologiques sur les territoires jouent ce double rôle (coordination des soins et sociale y compris celui de gérer des situations complexes du domicile, ce que font les CLIC de niveau 3 également). Cette coordination qui peut être complexe est organisée de façon hétérogène en fonction des particularités locales.

Les points de faiblesse à améliorer sont les suivants :

- la transmission d'informations entre professionnels y compris aux sorties d'hospitalisation,
- la clarification sur un territoire des rôles respectifs entre service d'aide à domicile, IDE libérales, SSIAD, HAD et la réponse à organiser du fait des zones de ruptures possible entre HAD et SSIAD dans l'attente d'une nouvelle tarification des SSIAD,
- l'organisation de la continuité des prestations du SSIAD,
- le déclenchement précoce de l'intervention médicale.

Personnes âgées en EHPAD

Les personnes âgées admises en EHPAD sont de plus en plus fragiles et polyopathologiques, leur état de santé peut se dégrader rapidement. Il est donc important de repérer les facteurs prédictifs d'aggravation, de gérer au plus vite une situation qui peut se dégrader en 24 heures.

Des efforts ont été faits dans la transmission d'informations sur l'état de santé de la personne âgée lors d'une hospitalisation avec la mise en place du Dossier de liaison d'urgence (DLU) mais cette transmission n'est pas encore systématique.

A l'inverse, le retour d'hospitalisation vers l'EHPAD n'est pas suffisamment préparé en concertation et il n'est pas exceptionnel d'assister à des retours tardifs en soirée en l'absence d'IDE qui ne pourra prendre le relai de la prescription par exemple.

Afflux croissant des personnes âgées aux urgences

On constate une augmentation considérable du nombre de personnes âgées aux urgences provenant du domicile mais également des EHPAD, avec pour certaines hospitalisations l'identification de facteurs ou causes évitables.

Exemples :

- défaut d'anticipation sur des problèmes somatiques, psychiques, sociaux,
- situations fragiles connues non prises en compte,
- situations complexes, refus de soins ou d'accompagnement des personnes, etc.,

- insuffisance d'approche globale et de coordination des acteurs,
- sorties très précoces du court séjour rendant difficile la mise en œuvre de solutions adaptées,
- dispositifs insuffisants ou inexistantes ou inadaptés,
- épuisement des aidants.

Difficultés de recrutement des médecins coordonnateurs

Plusieurs EHPAD en région Centre ne parviennent pas à recruter ou garder les médecins coordonnateurs. Les causes sont multiples. Parmi les principales, on peut citer :

- la pénurie médicale,
- les missions trop lourdes au regard du temps accordé ou du temps de présence possible effectif,
- les difficultés dans les missions de coordination avec les autres confrères libéraux (médecins, kinésithérapeutes...),
- les difficultés à dégager du temps pour se former (diplôme obligatoire de médecin coordonnateur, ou capacité de gériatrie, ou Diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) de gériatrie, etc.).

Difficultés à maintenir une offre de médecine libérale au sein des EHPAD

Il n'est pas exceptionnel qu'au départ à la retraite d'un médecin, il existe des difficultés à le remplacer dans ses missions de médecin traitant pour ses patients en EHPAD.

Problématique du vieillissement des personnes en situation de handicap

Ce point est détaillé dans le volet « personnes en situation de handicap ». Les situations de handicap sont multiples et une réponse unique n'est pas la solution. L'enjeu est de mieux connaître les souhaits et les besoins de ces personnes et de proposer une palette de réponses en tenant compte des particularités des types de handicap.

Plan d'actions :

Contribuer à éviter des hospitalisations en urgence des personnes âgées vivant à domicile :

Les actions :

- **favoriser le dépistage et la prise en charge précoce des facteurs de fragilité (cf. actions décrites ci-dessus),**
- **mettre en place des équipes mobiles extra hospitalières sur la base d'un cahier des charges régional,**
- **améliorer la transmission des informations entre professionnels et établissements,**
- **clarifier les rôles respectifs et les articulations entre services d'aide à domicile, IDE libérales, SSIAD, HAD et organiser la continuité des prises en charge pour les patients relevant de SSIAD.**

Objectif opérationnel 18	Contribuer à éviter des hospitalisations aux urgences des personnes âgées vivant à domicile
Action 53	Mettre en place une équipe mobile gériatrique extra hospitalière
Objectifs	A la demande du médecin traitant, venir en appui et en complémentarité des dispositifs existants lors de situations complexes (MAIA, CLIC, réseaux équipe APA, etc.) mais aussi pour aider à la prise en charge des handicapés vieillissants, des populations migrantes
Public	Patients à domicile en priorité ou en substitut de domicile non médicalisé
Modalités	Appel à candidature sur la base d'un cahier des charges régional avec déclinaison territoriale pour tenir compte de l'existant Equipe pluridisciplinaire pouvant s'appuyer sur une structure sanitaire ou médico-sociale en étroite partenariat avec les équipes APA, les CLIC, les MAIA et les plateformes de coordination
Territoire	Les six territoires
Partenaires	Pilote : ARS, professionnels libéraux, gériatres des filières gériatriques labellisées, Conseils généraux, réseaux de santé, CLIC et MAIA
Calendrier	Années 2013-2016 - réalisation du cahier des charges en 2013
Indicateurs	Nombre d'équipes mobiles gériatriques créées Nombre de situations gérées par an ayant permis de limiter le recours à hospitalisation en urgence

Objectif opérationnel 18	Contribuer à éviter des hospitalisations en urgences des personnes âgées vivant à domicile
Action 54 (Priorité ARS)	Organiser pour tous les établissements et services, la transmission d'information vers le médecin traitant et vers les IDE le cas échéant dès la sortie d'hospitalisation (type lettre abrégée, fiche de liaison IDE) Cette action s'inscrit également en lien avec le déploiement du DMP.
Objectifs	Permettre l'amélioration du suivi des patients lors des sorties d'hospitalisation
Public	Tous les établissements y compris les ex hôpitaux locaux, sorties de court séjour, SSR, psychiatrie
Modalités	S'appuyer sur des procédures déjà existantes et les rendre systématiques
Territoire	Les six territoires
Partenaires	Etablissements, professionnels libéraux
Calendrier	Années 2012-2014
Indicateurs	Taux d'évolution du nombre d'ESMS assurant cette transmission Pourcentage de transmission par établissement ou service concerné

Objectif opérationnel 18	Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées à domicile
Action 55 (Priorité ARS)	Clarifier les rôles respectifs et les articulations entre services d'aide à domicile, IDE libérales, SSIAD, HAD et organiser la continuité des prises en charge pour les patients relevant de SSIAD
Objectifs	Assurer la bonne prise en charge par le bon service et non par défaut Identifier les zones de ruptures et proposer une réponse pour assurer la continuité des prises en charge
Public	Personnes à domicile
Modalités	Groupe de travail « domicile » par territoire (partages des informations, recensement des difficultés) Protocole entre les acteurs en infra territorial sur la base de document type régional Articulation à mettre en place avec les MAIA lors du déploiement et avec les CLIC niveau 3 et selon les territoires des dispositifs de coordination gérontologique A réévaluer selon les nouvelles modalités de financement des SSIAD à venir
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, SAD/SSIAD/HAD et gestionnaires, IDE libérales, URPS, gériatres, Conseils généraux
Calendrier	Années 2013-2016

Indicateurs	Zones couvertes par protocole par territoire
-------------	--

Objectif opérationnel 18	Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées à domicile
Action 56	Déployer un outil de gestion unique de liste d'attente en EHPAD
Objectifs	Disposer d'une meilleure visibilité (pour ARS et Conseil général) de la demande d'admission en EHPAD pour limiter les doublons et suivre l'évolution et pour permettre une meilleure planification Contribuer à la fluidité des parcours
Public	Tout établissement disposant d'un EHPAD / établissements sanitaires
Modalités	Sur la base de l'outil existant dans le Cher (voire dans l'Indre), déployer au niveau des autres territoires le principe en s'appuyant sur la plateforme régionale après avoir identifié et corrigé les éléments bloquants
Territoire	Les six territoires (en priorité le Loir-et-Cher)
Partenaires	ARS, EHPAD et gestionnaires, tout établissement sanitaire partenaire, Conseils généraux
Calendrier	Années 2012-2013 : élaboration de l'outil en lien avec EMERGENCE Années 2014-2015 : mise en place
Indicateurs	Suivi de la montée en charge

Contribuer à éviter des hospitalisations aux urgences des personnes âgées accueillies en EHPAD :

Les actions :

- favoriser le dépistage et la prise en charge précoce des facteurs de fragilité, cf actions décrites ci-dessus,
- favoriser les organisations en EHPAD pour intervention médicale précoce,
- mettre en place au sein de chaque EHPAD des outils facilitant ou orientant les prises de décisions par le médecin régulateur,
- veiller à la mise en place effective du DLU et à l'organisation de sa transmission lors d'hospitalisation mais aussi à son retour avec lettre de sortie,
- développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires de court séjour SSR, USLD, HAD et avec les services de psychiatrie ou de géro-psycho-geriatrie d'un territoire,
- développer les partenariats avec les équipes d'appui départementales de soins palliatifs.

Objectif opérationnel 18	Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées en EHPAD
Action 57	Mettre en place au sein de chaque EHPAD une organisation permettant l'intervention médicale et la prise en charge précoce : <ul style="list-style-type: none"> • optimiser la présence médicale en lien avec les médecins traitants des résidents, • optimiser les plages de couverture des IDE, • permettre aux médecins traitants se déplaçant sur site de répondre à certaines situations y compris s'ils ne sont pas le médecin traitant du résident.
Objectifs	Anticipation et gestion précoce et coordonnée des situations réduisant les hospitalisations
Public	ESMS
Modalités	Travail partenarial entre médecins libéraux et médecins coordonnateurs Utilisation des données issues de PATHOS pour aider à évaluer le besoin d'IDE Mise en place d'un chariot d'urgences en collaboration avec le SAMU
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, médecins libéraux, médecins coordonnateurs, médecin SAMU, ESMS et gestionnaires
Calendrier	2012-2016

Indicateurs	Evolutions du nombre et des motifs d'hospitalisation
Objectif opérationnel 18	Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées en EHPAD
Action 58	Mettre en place au sein de chaque EHPAD des outils facilitant ou orientant les prises de décisions par un médecin régulateur
Objectifs	Faciliter les décisions de non hospitalisation des personnes en fin de vie pour un meilleur accompagnement lors de demandes d'avis par appel au 15
Public	Personnes âgées des ESMS
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> • Travail partenarial entre médecins libéraux et médecins coordonnateurs • Mettre en place une fiche de non hospitalisation (sur la base de l'expérience menée dans le Cher) • Mettre en place une fiche pour informations minimales à transmettre à la régulation lors d'appel au 15 par les aides soignantes (AS) • Former les AS volontaires à certains gestes d'urgences et à la prise de constantes de base
Territoire	Les six territoires
Partenaires	Médecins libéraux et médecins coordonnateurs, médecins régulateurs, équipes soignantes des ESMS
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre EHPAD ayant mis en place la procédure en 2016

Objectif opérationnel 18	Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées en EHPAD
Action 59 (Priorité ARS)	Dans l'attente du déploiement du DMP, veiller à la mise en place effective du DLU et à l'organisation de sa transmission lors d'hospitalisation mais aussi lors du retour avec lettre de sortie
Objectifs	Contribuer à améliorer la qualité des prises en charge des personnes âgées
Public	ESMS, établissements de santé (services d'accueil des urgences)
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Point à traiter dans le cadre des conventions à mettre en place - Contrôle lors des évaluations PATHOS, lors des inspections
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, établissements/ESMS et gestionnaires
Calendrier	Années 2012-2016 sur toute la durée du schéma
Indicateurs	Pourcentage des ESMS ayant mis en œuvre par territoire

Objectif opérationnel 18	Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées en EHPAD
Action 60	Développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires de court séjour, SSR, USLD et avec les services de psychiatrie ou de gériopsychiatrie d'un territoire.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la qualité des prises en charge - Organiser une réponse à des situations - Limiter le recours à une hospitalisation en urgence non justifiée, ou un retour en EHPAD dans des conditions non optimales
Public	EHPAD, tout établissement sanitaire partenaire
Modalités	Définir par voie de convention les modalités et conditions d'admission, de retour dans la structure, modalités d'admission directe en court séjour gériatrique Elaborer les protocoles d'intervention des équipes psychiatriques en EHPAD S'appuyer sur des organisations déjà existantes qui ont fait preuve de leur efficacité
Territoire	Les six territoires
Partenaires	EHPAD, tout établissement sanitaire partenaire, ARS
Calendrier	Années 2012-2016
Indicateurs	Nombre de conventions signées

Objectif opérationnel 18	Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées en EHPAD
Action 61 (Priorité ARS)	Développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires pour disposer de temps médical partagé EHPAD / structure gériatrique sanitaire
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser une réponse permettant d'assurer du temps de médecin coordonnateur en EHPAD dans les zones déficitaires - Renforcer les liens entre sanitaire et médico social au sein de la filière gériatrique de territoire - Faciliter l'accès à l'avis gériatrique y compris en utilisant la télémédecine
Public	EHPAD, tout établissement sanitaire partenaire
Modalités	Identifier et suivre les difficultés par territoires Temps partagé de PH S'appuyer sur les organisations déjà existantes qui ont fait preuve de leur efficacité
Territoire	Les six territoires (en priorité le Loir-et-Cher)
Partenaires	ARS, EHPAD, tout établissement sanitaire partenaire
Calendrier	Années 2012-2016
Indicateurs	Nombre de partenariats aboutis en 2016

Objectif opérationnel 18	Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées en EHPAD
Action 62	Organiser la couverture médicale pour les soins de l'ensemble des résidents dans les EHPAD
Objectifs	Organiser une réponse permettant d'assurer du temps de médecin traitant
Public	EHPAD
Modalités	Identifier et suivre les difficultés par territoires Groupe de travail par territoire (URPS, Conseil de l'Ordre, médecins coordonnateurs, EHPAD)
Territoire	Les six territoires (en priorité le Loir-et-Cher)
Partenaires	ARS, EHPAD, Conseils généraux, URPS, Conseil de l'Ordre, médecins coordonnateurs
Calendrier	Années 2012-2016
Indicateurs	Suivi des EHPAD en difficultés

Objectif opérationnel 18	Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées en EHPAD
Action 63	Poursuivre et développer les partenariats avec les Equipes d'appui départementales de soins palliatifs (EADSP)
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la qualité des soins des patients - Contribuer à la formation des professionnels
Public	ESMS, professionnels
Modalités	Convention (soutien aux équipes et formation)
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, équipes d'appui départementales
Calendrier	Années 2012-2016
Indicateurs	Nombre de conventions signées

Objectif opérationnel 18	Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées à domicile et en EHPAD
Action 64	Poursuivre et développer les partenariats avec les Hospitalisations à domicile (HAD)
Objectifs	Améliorer la qualité des soins des patients en respectant les conditions d'intervention de l'HAD en EHPAD Contribuer à l'organisation de la continuité des prises en charges IDE pour les patients relevant de l'HAD
Public	ESMS
Modalités	Convention
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, HAD, ESMS et gestionnaires
Calendrier	Années 2012-2016
Indicateurs	Suivi des indicateurs au travers des coupes PATHOS

Objectif opérationnel 19 : améliorer l'accès aux soins et identifier les besoins d'accompagnement pour la population migrante vieillissante

Contexte et enjeux

Problématique du public vieillissant au sein des structures d'accueil des migrants

Le vieillissement de la population en région Centre affecte également les travailleurs migrants âgés hébergés dans les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), Foyers de travailleurs migrants (FTM) ou en résidences sociales. Le veuvage, l'isolement familial et social, les problématiques de santé confèrent un caractère urgent d'octroyer à ces personnes les droits les plus essentiels pour vieillir dignement. Les besoins de ces populations migrantes sont mal connus tant en termes de besoins de santé que d'accompagnement.

Leurs habitudes de vie en centre, voire en communauté, doivent être prises en compte dans les réponses à apporter pour favoriser l'accès aux soins et construire une réponse en termes d'accompagnement.

Objectif opérationnel 19	Améliorer l'accès aux soins et identifier les besoins d'accompagnement pour la population migrante vieillissante
Action 65	Identifier les besoins de soins et d'accompagnement pour la population migrante vieillissante.
Objectifs	Après analyse de la situation par centre, apporter des réponses adaptées
Public	Population migrante vieillissante des centres d'hébergement
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> En étroite partenariat avec l'ARS, est initiée une démarche d'ingénierie portant sur les migrants âgés résidants en FTM et résidences sociales. Cette action est inscrite au Programme régional d'intégration des populations immigrées. Etude spécifique en lien avec la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de Cohésion Sociale (DRJSCS)
Territoire	Les six territoires (le Loiret en priorité)
Partenaires	Pilotes : DRJSCS et ARS, la DREAL, les Conseils généraux et les principaux opérateurs FTM en région
Calendrier	Année 2012 : étude spécifique sur un site Année 2014 pour mise en œuvre des réponses adaptées
Indicateurs	Nombre de réponses apportées

Objectif opérationnel 20 : développer les mesures de répit : plateformes de répit et d'accompagnement des aidants, formes innovantes de répit sur les territoires ; former et informer les aidants

Contexte et enjeux

La revue de littérature réalisée par le Gérontopôle de Toulouse montre que le répit seul n'a pas fait la preuve de son efficacité sur la santé en général de l'aidant. De nombreux travaux ont mis en évidence l'épuisement que peut représenter pour l'aidant principal l'accompagnement au quotidien d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et son impact sur sa santé, son niveau de stress, d'anxiété et de dépression.

En revanche, les interventions multidimensionnelles comprenant, outre le répit, soutien, conseil, éducation et information ont montré des résultats plus positifs sur ces mêmes variables.

Le plan Alzheimer 2008-2012 a pour objectif d'apporter un soutien accru aux aidants. Dans cette perspective, cette mesure a pour objectif d'offrir sur chaque territoire une palette diversifiée de dispositifs de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à ces structures.

Le répit est aussi un besoin pour les aidants de patients atteints de maladies chroniques et les propositions concerneront tous ces publics.

En plus des accueils de jour et des places d'hébergement temporaire, plusieurs formes de répit ont été expérimentées au niveau des régions, telles que par exemple :

- l'accueil de nuit,
- la garde de nuit (itinérante ou non) à domicile,
- l'accueil familial.

Ces dispositifs restent encore marginaux au niveau national comme en région Centre.

Problématique des Accueils de jour (AJ) et Hébergements temporaires (HT)

Au plan national comme au plan régional, il est nécessaire de clarifier les missions des AJ, de les rendre visibles, de déployer une offre qui correspond aux attentes des patients et des aidants et d'homogénéiser certaines organisations.

En effet, actuellement, certains AJ autorisés ne sont pas installés. Les AJ de petite taille peinent à développer un projet spécifique avec du personnel dédié. Les organisations, la professionnalisation, les compétences recrutées, sont très hétérogènes. Le recrutement de patients s'avère difficile dans les zones rurales isolées. Les freins à l'utilisation de l'AJ par les aidants sont nombreux : freins psychologiques, freins financiers liés au « reste à charge », etc.

Certains AJ n'accueillent pas uniquement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Ils accueillent des patients atteints de maladie chronique (séquelles AVC, SEP, maladie de Parkinson), des personnes isolées permettant ainsi le maintien d'un certain lien social.

Le nombre de petits AJ (une à cinq places) prédomine encore largement, contrairement aux nouvelles bases redéfinies dans le cadre de la mesure 1 du plan Alzheimer : six places lorsqu'un AJ est adossé à un EHPAD et 10 places pour un accueil de jour autonome.

La visibilité est également complexe pour les HT. Certains sont autonomes, d'autres sont rattachés à des EHPAD. Parmi ceux-ci, certains ont fait l'objet d'une autorisation spécifique, pour d'autres, l'hébergement temporaire s'organise au gré des demandes et des places disponibles.

Les nouveaux dispositifs

La mesure 1B de ce plan a pour but de développer des plateformes d'accompagnement et de répit.

Les missions de ces plateformes sont :

- de répondre aux besoins d'information, d'écoute, de conseils et de relais des aidants pour les conforter dans leur rôle d'aidants dans une logique de proximité,
- de proposer diverses prestations de répit ou de soutien à la personne malade, à son aidant ou au couple,
- d'être l'interlocuteur privilégié des médecins traitants chargés de suivre la santé des aidants et des patients et chargés de repérer les personnes à risques,
- d'offrir du temps libéré ou accompagné,
- d'informer, éduquer, soutenir les aidants pour les aider à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer,
- favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de la personne malade et de son aidant et de lutter contre le repli et la dépression,
- contribuer à améliorer les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles des personnes malades.

L'enjeu est donc d'accompagner le développement de ces plateformes de répit et de développer des formes innovantes pour les personnes en perte d'autonomie.

Si la politique de soutien aux aidants se met très progressivement en place, il est notoire que les dispositifs d'accueil temporaire et d'accueil de jour constituent un apport très important aux aidants, en termes de répit et de lien avec les professionnels de la prise en charge.

Plusieurs actions d'information et de formation des aidants sont déjà mises en place soit par les associations, soit par les Conseils généraux, soit par les centres hospitaliers, voire par certains ESMS (exemple : accueils de jour).

Cependant, aucune visibilité de l'ensemble des actions proposées et de la qualité de leur contenu n'est disponible.

Lorsque des actions d'information et de communication existent, il est souvent compliqué pour l'aidant de se libérer et de se faire remplacer auprès du patient, ce qui limite l'accès à ces formations.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 20	Développer les formules de répit et d'accompagnement des aidants, les formes innovantes de répit ; former et informer les aidants
Action 66	Développer l'offre en AJ et HT en clarifiant les missions, en tenant compte des particularités territoriales et en assurant un maillage cohérent et ce dans un souci d'efficience
Objectifs	Libérer l'aidant, offrir et adapter l'offre de répit pour les aidants
Public	Aidants et malades
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> • Recenser, identifier et poursuivre le développement des AJ et HT par territoire • Identifier le besoin réel en infra territorial pour tous les patients et pas seulement pour les patients atteints de troubles cognitifs • Favoriser le regroupement ou le développement des AJ itinérants en zone rurale (et mise en conformité avec les recommandations) • S'assurer que l'AJ répond à une demande de répit et met en place un véritable projet thérapeutique en tenant compte du public accueilli
Territoire	Les six territoires et en infra territorial
Partenaires	Pilote : ARS en lien étroit avec les Conseils généraux, ESMS et gestionnaires, représentants des usagers
Calendrier	Années 2012-2016 – action sur toute la durée du schéma

Indicateurs	Nombre AJ en activité répondant aux missions par territoire et nombre d'HT Part des services dans l'offre globale médico-sociale (indicateur CPOM ARS)
-------------	---

Objectif opérationnel 20	Développer les formules de répit et d'accompagnement des aidants et des formes innovantes de répit ; former et informer les aidants
Action 67 (Priorité ARS)	Poursuivre la mise en place d'une plateforme de répit par territoire d'ici 2012 Identifier auprès des usagers le besoin d'offres différentes de répit en vue de développer des formules innovantes
Objectifs	Offrir répit et activités au couple aidant/aidé
Public	Aidants/ aidés
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> Appel à candidature en 2012 sur la base du cahier des charges, pour les territoires non couverts par les plateformes Appel à candidature pour des formules innovantes une fois le besoin mieux défini
Territoire	Territoires prioritaires pour plateforme en 2012 : Eure-et-Loir, Indre
Partenaires	Pilote : ARS, ESMS disposant des accueils de jour et gestionnaires, Conseils généraux, représentants des usagers
Calendrier	Années 2012-2014
Indicateurs	Nombre d'aidants

Objectif opérationnel 20	Développer les formules de répit et d'accompagnement des aidants et des formes innovantes de répit ; former et informer les aidants
Action 68	Recenser, identifier et faire connaître par territoire, les actions de formation et d'information destinées aux aidants
Objectifs	Rendre visible et s'assurer que les formations s'inscrivent dans le cahier des charges de la formation aux aidants
Public	Aidants
Modalités	Recensement avec l'aide des Conseils généraux, des associations concernées Appel à candidature en 2012 pour des actions complémentaires de formation d'aides aux aidants, à développer en lien avec l'offre d'accueil de jour
Territoire	Les six territoires
Partenaires	ARS, associations, établissements, Conseils généraux
Calendrier	Années 2012-2013
Indicateurs	Nombre d'actions de formations des aidants par territoire quel que soit le porteur.

Objectif opérationnel 21 : adapter l'offre en SSIAD au sein des territoires en tenant compte des spécificités

Contexte et enjeux :

Le choix des personnes âgées est de pouvoir rester le plus longtemps à domicile.
Les travaux préparatoires à l'élaboration du schéma ont montré l'évolution de la dépendance à domicile et l'âge de plus en plus tardif d'entrée en EHPAD.

L'offre en soins doit donc évoluer en fonction des choix des patients et de leur besoin d'accompagnement.
Parallèlement, la coordination de tous les acteurs intervenant à domicile est indispensable et indissociable de l'évolution de cette offre.

Les taux d'équipement ne sont pas suffisants pour permettre une réponse adaptée à la demande en pleine évolution, les facteurs à prendre en compte sont multiples dont :

- l'évolution des répartitions des GIR à domicile,
- l'offre en Services d'aide à domicile et les complémentarités existantes ou à développer avec les SSIAD (les Services d'aide à domicile suppléent dans certains cas de non disponibilité des SSIAD),
- le poids des actes effectués dans certains territoires par les IDE libérales intervenant à domicile,
- la couverture existante (distance/ population couverte, etc.),
- les complémentarités existantes ou à mettre en œuvre avec les HAD.

D'ores et déjà, le schéma a pointé des besoins ou des problématiques :

- la poursuite du renfort de l'offre dans l'Eure-et-Loir,
- la nécessité de revoir certaines zones de couverture dans le Cher et l'Indre-et-Loire,
- la nécessaire explication des difficultés rencontrées dans l'Indre en dépit de taux d'équipement en SSIAD et en IDE libérales supérieurs à la moyenne nationale.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 21	Adapter l'offre en SSIAD au sein des territoires en tenant compte des spécificités
Action 69 (Priorité ARS)	Analyser, suivre les besoins et la répartition en SSIAD par département et développer l'offre médico-sociale
Objectifs	Répondre à la demande
Public	Personnes âgées à domicile et en hébergement de moins de 25 places
Modalités	Groupe de travail multipartenaire « domicile » par territoire Analyse des facteurs intervenant dans l'adaptation du besoin par territoires
Territoire	Les six territoires
Partenaires	Pilote : ARS, Conseils généraux, URPS, IDE, SSIAD, ARS, ESMS, associations et représentants des usagers
Calendrier	Année 2012 : AAP pour l'Eure-et-Loir, l'Indre et le Loir-et-Cher Années 2013-2016 pour les autres départements en fonction des besoins analysés
Indicateurs	Suivi des délais d'admission en SSIAD

Conclusion :

Les objectifs opérationnels et actions concernant le volet « personnes âgées » prioritaires pour l'ARS du Centre au titre des années **2012/2013** sont les suivants :

- améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques par la mise en œuvre du plan Alzheimer : poursuite de la mise en œuvre des différentes mesures dont celle relative au développement des dispositifs de répit (plateforme de répit par territoire),
- adapter l'offre en SSIAD au sein des territoires en tenant compte des spécificités locales pour contribuer au choix d'une vie à domicile,
- améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité et plus particulièrement les actions relatives à l'amélioration de l'accès aux consultations mémoire, à la poursuite du développement des dispositifs de la filière gériatrique et celle recherchant la mise à disposition auprès des médecins généralistes d'un numéro d'appel pour donner un avis gériatrique,
- contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées à domicile et en EHPAD et plus particulièrement les actions concernant la mise en place effective du DLU pour faciliter la transmission d'informations vers le médecin traitant ; pour les usagers vivant à domicile, l'organisation de la transmission d'informations vers les médecins traitant et vers les IDE dès la sortie d'hospitalisation; le développement des partenariats entre ESMS et les établissements sanitaires et l'action sur la clarification des rôles et des articulations entre les intervenants à domicile.

Plusieurs de ces actions seront mises en œuvre sur l'ensemble de la durée du schéma.

Pour permettre leur mise en œuvre, la constitution de groupes de travail spécifiques au volet « Personnes âgées » est indispensable. Ces groupes se réuniront au niveau régional ou sur chaque territoire. Pour la constitution de ces groupes, un appel à candidature sera réalisé (notamment auprès des Conseils généraux).

Les groupes de travail identifiés en termes de modalités de réalisation des actions sont les suivants :

- groupes de travail régional et territoriaux sur l'élaboration du guide ressources (action 42),
- groupe de travail régional sur la transmission des informations aux médecins traitants par les intervenants à domicile : action 47,
- groupe de travail territorial « domicile » : actions 55 et 69 plus particulièrement.

Volet « Personnes confrontées à des difficultés spécifiques »

1-Rappel des priorités du PSRS concernant les personnes exposées à des conduites à risques

Au sein du PSRS, les objectifs généraux concernant les « personnes confrontées à des difficultés spécifiques » émanent des priorités 1 et 2 du domaine « Conduites à risques ». D'autres priorités influent cependant sur ces publics (santé mentale et autonomie).

Priorités du domaine des conduites à risques liées aux conduites addictives, avec ou sans substance

Prévenir les conduites à risques :

- améliorer la connaissance en matière de conduites à risques.

Réduire les conséquences des conduites à risques :

- dépister précocement les conduites à risques,
- organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité.

Priorité du domaine de la santé mentale

Améliorer la qualité des prises en charge en santé mentale :

- adapter les réponses aux spécificités de certains publics : enfants/adolescents, personnes âgées, détenus et personnes en précarité.

Priorité du domaine de l'autonomie

Promouvoir une prise en charge de qualité et sécurisée :

- organiser l'accès et la continuité des soins.

2-Contexte régional et diagnostic concernant le volet « personnes en difficultés avec les addictions »

Le SROSMS prend en compte le dispositif de prise en charge médico-sociale des personnes présentant des conduites addictives. Ce dispositif comprend les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD).

A noter que les conclusions du Schéma régional d'addictologie (SRA) de la région Centre qui couvrait la période 2009-2013, ont été reprises en tout ou partie pour enrichir ce volet « personnes confrontées à des difficultés spécifiques » du SROMS.

De plus, le secteur médico-social spécialisé s'articule avec le dispositif hospitalier en addictologie déjà organisé dans le cadre du précédent SROS 3 et repris dans le SROS actuel 2012-2016.

Le schéma concernant les personnes présentant des conduites addictives est également transversal avec les politiques sociales pour l'accès aux prises en charge médico-sociales des publics n'ayant pas un hébergement stable ou hébergés dans des structures sociales sur les problématiques d'addiction.

Ce volet « personnes en difficultés avec les addictions » se situe bien au carrefour et en complémentarité des secteurs sociaux, médico sociaux, hospitaliers et ambulatoires.

Quelques données chiffrées

Analyse de l'état de santé en région Centre – données de mortalité et de séjours hospitaliers

Consommation d'alcool

Les pathologies prises en compte pour représenter la mortalité par consommation excessive d'alcool sont les tumeurs de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, du larynx, de l'œsophage, les cirrhoses du foie et les psychoses alcooliques. Elles représentent plus de 960 décès par an, en moyenne, en région Centre sur la période 2000-2007. La mortalité par consommation d'alcool est plus présente dans **le sud de la région (départements du Cher et de l'Indre) et sur la frange ouest du département d'Eure-et-Loir.**

Avec un peu plus de 19 150 hospitalisations par an en moyenne, sur la période 2006-2008, pour des troubles liés à la consommation d'alcool, la région Centre présente, en éliminant les effets de l'âge, un taux comparatif de 8 séjours hospitaliers pour 1 000 habitants. La plus forte concentration des séjours est observée dans **le nord du département d'Eure-et-Loir.**

Les conséquences dramatiques de l'alcool au volant imposent une attention particulière face à la pratique d'alcoolisation massive des jeunes (binge drinking) qui demeurent les plus exposés dans les accidents de la route (en 2009 les 15/24 ans enregistrent en région Centre près de 20 tués pour 100 000 habitants).

L'alcool est la substance psycho-active dont l'expérimentation est la plus précoce. Pour les deux sexes, elle se fait autour de 12 ans. L'enquête européenne HBSC (Health behaviour in school-aged children) de 2006 estime à 59 % le nombre d'élèves de 11 ans en France qui déclarent en avoir consommé au cours de leur vie.

Avec un chiffre de 12,9 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus en 2006, la France reste l'un des pays du monde où l'on consomme le plus d'alcool. Sur la base de l'enquête baromètre santé de 2005 et l'extrapolation des données obtenues au niveau national, il est possible d'estimer que parmi les 15/64 ans de la région Centre, plus de 112 000 hommes et 21 000 femmes présenteraient un risque de dépendance ou un risque chronique.

La consommation d'alcool pendant la grossesse expose l'enfant à divers risques dans le cadre d'un syndrome d'alcoolisation fœtale. Il concernerait 5 pour 1 000 naissances pour les formes modérées et 1 à 23 naissances pour 1 000 pour les formes sévères pour la période 1986/1990, sachant que 1 000 enfants naîtraient avec une forme sévère chaque année en France. Pour la région Centre, cela correspondrait à environ 164 naissances par an.

Consommation de tabac

Les pathologies prises en compte pour représenter la mortalité liée au tabac sont les tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon, les bronchites chroniques, les maladies pulmonaires obstructives et les cardiopathies ischémiques. Elles représentent plus de 3 540 décès par an, en moyenne, en région Centre sur la période 2000-2007. La région Centre présente un taux standardisé sur l'âge de mortalité par pathologies liées au tabac inférieur à la moyenne nationale. Tout comme la mortalité par consommation excessive d'alcool, celle en lien avec le tabac est principalement représentée dans **le sud de la région (départements du Cher et de l'Indre) et au nord-ouest du département d'Eure-et-Loir.**

Le cannabis, la cocaïne, l'héroïne et autres drogues

Avec l'alcool et le tabac, le cannabis est la substance psycho-active la plus répandue ; l'expérimentation de cannabis à 17 ans dans la région Centre est de 40 %. Sur cinq jeunes de 17 ans, deux ont fumé un joint au moins une fois dans leur vie. Parmi les jeunes de 17 ans, l'usage de la cocaïne est en hausse en région Centre (de 2005 à 2008 : 1 à 2 %) particulièrement en Indre-et-Loire où la fréquence est passée de 2 à 3 %. S'agissant de l'héroïne, celle-ci reste également marginale. A l'occasion de l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense), 1% des jeunes de la région Centre ont déclaré l'avoir expérimentée.

Les niveaux d'expérimentation des substances synthétiques telles que l'ecstasy ou les amphétamines ont fait plus que doubler entre 1995 et 2005 passant pour les 18/44 ans de 0,7 % à 1,6 % chez les femmes et de 1,8 % à 3,5 % chez les hommes.

A noter qu'en 2009, l'usage détourné des traitements de substitution est à l'origine de la prise en charge de 2 % des usagers de CSAPA.

Addictions sans substances

Elles sont aussi appelées addictions comportementales et regroupent les addictions aux jeux, les achats compulsifs, les addictions alimentaires (anorexie, boulimie), les jeux virtuels (jeux vidéo et en réseau), les cyberdépendances, etc.

Mieux comprendre certains troubles du comportement ou comportements compulsifs répétés (alimentaires, achats compulsifs, jeux, addiction sexuelle, au sport, au travail...) a permis le rapprochement des addictions sans substances avec les addictions comportementales. L'élargissement à toutes les addictions (sans substance psycho active) est donc relativement récent et les enquêtes sur ces sujets sont encore rares.

En 2009, 206 cas d'addictions sans substances ont été pris en charge dans les CSAPA de la région Centre. Pour 120 d'entre eux, soit 58 %, l'addiction comportementale était le motif initial de consultation. Les 86 cas restants étaient des addictions de 2^{ème} ou 3^{ème} niveau de prise en charge après une ou deux autres addictions.

Une première enquête nationale de prévalence réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), conduite dans le cadre du Baromètre santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), sur la pratique des jeux de hasard et d'argent, propose entre autres, des définitions de différents types de joueurs suivant l'intensité du jeu (fréquence ou montant des dépenses) : joueur dans l'année, occasionnel, actif, sans risque, à risque faible ou modéré, excessif, problématique, pathologique. Elle fait également apparaître un lien fort entre jeu problématique et consommations problématiques de produits psycho actifs. Ces nouveaux éléments sur l'addiction comportementale seront à intégrer dans les réflexions à venir.

Le renforcement de la sensibilisation des populations (jeunes, adultes, parents, joueurs, etc...), la formation des équipes et le développement d'études spécifiques permettront de mieux appréhender ce domaine qui reste donc à documenter.

(A noter que cette enquête est antérieure à la loi relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne et ne peut donc pas servir à mesurer l'impact de cette loi sur la prévalence du jeu excessif ou pathologique).

Troubles des conduites alimentaires

L'anorexie touche 0,9 % des femmes et la boulimie 1,5 %. A l'adolescence, les troubles sous des formes atténuées concernent plus d'un adolescent sur cinq et principalement de sexe féminin. Les conduites addictives alimentaires sont en augmentation chez les adolescents et jeunes adultes. 5 % des personnes souffrant d'anorexie mentale avérée décèdent à plus ou moins long terme, à la fois du fait de la dénutrition et par suicide.

Quel que soit le type d'addiction, une hausse des comportements « à risques » est constatée notamment chez les jeunes.

Enjeux se rapportant à la thématique traitée

Conséquences médicales :

La consommation de substances psycho-actives est responsable en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 40 000 par cancers. Les conduites addictives interviennent ainsi dans environ 30 % de la mortalité prématurée, c'est-à-dire de la mortalité survenant avant 65 ans.

Le cannabis n'est pas décrit comme donnant lieu à surdose. Les risques de mort violente sont liés aux accidents de la route ou aux suicides.

Le cannabis peut jouer un rôle dans le déclenchement d'infarctus du myocarde pouvant conduire au décès, le THC (principe actif du cannabis, delta 9 tétra hydro cannabino) augmentant la fréquence cardiaque et modifiant la tension artérielle après la prise.

Aucune étude épidémiologique n'a, d'après la revue de littérature effectuée, été réalisée sur les accidents vasculaires cérébraux et le cannabis, même s'il y a de multiples cas publiés, y compris chez des adolescents souvent fortement consommateurs.

Il a été rapporté des cas cliniques où le cannabis était associé à la survenue de troubles du rythme cardiaque (fibrillations auriculaires paroxystiques, tachycardies ventriculaires, bloc auriculo-ventriculaire) pouvant conduire au décès.

Les effets pulmonaires et respiratoires du cannabis sont semblables à ceux du tabac et se traduisent par une toux et une expectoration, une inflammation des voies respiratoires et une modification de la croissance des cellules bronchiques pouvant mener à une bronchite chronique ou au cancer. Bien que les données soient encore limitées, elles plaident fortement en faveur d'un rôle cancérigène du cannabis pour le poumon.

À l'instar du tabac, le cannabis a été associé dans une étude cas-témoin à un risque de 3,4 pour toute utilisation de cannabis au cours de la vie et de 3,3 pour une utilisation exclusive (sans tabac) de cannabis pour le cancer de la vessie.

Un risque de même grandeur de cancer de la prostate, et plus faible de cancer du col utérin, a été retrouvé dans une étude de cohorte américaine ainsi qu'un risque de gliome malin de l'adulte (tumeur du cerveau au pronostic souvent mauvais).

Risques psychiatriques :

La survenue de symptômes anxieux à type d'attaque de panique représente la complication psychiatrique aiguë la plus fréquente du cannabis, rapportée par au moins un quart des usagers.

Les syndromes psychotiques aigus survenant de manière concomitante à la consommation de cannabis sont classiquement regroupés dans le cadre diagnostique des « psychoses cannabiques ». Ils sont caractérisés par l'apparition d'idées délirantes et/ou d'hallucinations, dans un contexte de grande labilité émotionnelle.

L'usage de cannabis est nettement plus fréquent chez les personnes souffrant de troubles psychotiques que chez les sujets indemnes de ces troubles. D'intenses débats scientifiques sont en cours pour déterminer si la consommation de cannabis peut être considérée comme causale de la schizophrénie ou s'il s'agit d'une plus grande fréquence de consommation chez des personnes à risque de schizophrénie.

La fréquence d'usage de cannabis est plus élevée chez les sujets présentant des troubles de l'humeur à type de dépression. Là encore se pose la question concernant la direction de l'association : l'usage de cannabis est-il cause ou conséquence de la dépression ?

Le « syndrome amotivationnel » est classiquement décrit chez les sujets faisant un usage chronique et prolongé de cannabis. Il est caractérisé par une perte d'intérêt généralisée et une apathie, associées à une fatigabilité importante et à une perte d'énergie, à des troubles de la concentration retentissant sur le niveau de fonctionnement socioprofessionnel voire sur la capacité à poursuivre les activités de base telles que le maintien d'une hygiène personnelle.

Chez les sujets présentant un trouble psychiatrique avéré, notamment un trouble psychotique tel qu'une schizophrénie ou un trouble de l'humeur tel qu'un trouble bipolaire, l'usage de cannabis a toujours des conséquences négatives sur l'évolution du trouble. Toutes les études montrent que les sujets poursuivant l'usage de ce produit, une fois le diagnostic posé, ont des récurrences plus fréquentes et sont plus souvent réhospitalisés, et ce, même s'ils continuent le traitement prescrit.

D'une manière générale, en région Centre, 4 540 décès prématurés (représentant 19 % du total des décès contre 20,4 % au niveau national) sont recensés chaque année. La moitié est évitable. 87 % des décès prématurés sont dus à cinq causes : tumeurs, traumatismes et empoisonnements, maladies de l'appareil circulatoire, alcoolisme et Sida. Les 2/3 des décès prématurés sont masculins. Cette surmortalité masculine est principalement le fait de comportements à risques. L'alcool et le tabac sont des facteurs de risque majeurs des décès évitables chez les hommes (cancers alcoolo-tabagiques, accidents de la circulation et suicides). Comme pour le niveau national, la prévention à mettre en œuvre dépend du sexe considéré. Ainsi, les tumeurs chez les femmes concernent essentiellement le sein et le poumon tandis que les tumeurs de l'homme sont localisées deux fois plus souvent dans les poumons et trois fois plus dans les voies aérodigestives supérieures. Pour les hommes, il aurait été possible de prévenir 93 % des cancers "évitable" en agissant sur les comportements individuels défavorables car ces cancers sont en grande majorité d'origine alcoolo-tabagique. Pour les femmes, leurs origines sont plus nuancées : une part minoritaire (1/3) des cancers aurait pu être évitée par une action sur les facteurs de risques individuels tandis que 2/3 de ces cancers auraient pu être évités par un meilleur accès au système de santé.

La part des usagers de drogues dans les nouvelles contaminations par le VIH (Virus d'immunodéficience humaine) est devenue minoritaire. Ils représentent moins de 2 % des cas cumulés de contamination déclarés entre 2003 et juin 2007. En région Centre, entre 2003 et mi-2007, sur 393 cas de séropositivité au VIH déclarés, sept sont rattachés à un usage de drogues (source : InVS).

En revanche, il persiste un taux extrêmement élevé de contamination par le virus de l'hépatite C (VHC) parmi les usagers de drogues et plus particulièrement parmi ceux recourant à l'injection. De manière générale, la pratique de l'injection est susceptible d'entraîner de nombreuses complications en particulier à type d'infections (virales, bactériennes ou fongiques).

Les pathologies psychiatriques sont fréquentes chez les usagers de drogues. Elles peuvent préexister à la consommation ou en être consécutives (notamment les psychoses liées aux hallucinogènes ou aux amphétamines).

Pour les usagers les plus marginaux, on observe également une fréquence très élevée de problèmes de santé et sociaux "communs" liés à leurs conditions de vie (problèmes dentaires, perte de poids, dépression, problèmes respiratoires, nutrition, hygiène, logement, insertion sociale et professionnelle...).

En France, le nombre de décès par surdose a diminué de manière importante à partir de 1994. Depuis 2002, en région Centre, aucun décès par surdose n'a été recensé par les forces de l'ordre.

Conséquences sociales :

Le développement des différentes consommations, licites comme illicites et sans substance, se traduit aussi par des conséquences sociales, subies par les personnes et leur entourage. La judiciarisation qui découle très souvent des comportements en cause, entre dans cette catégorie.

Selon le stade d'évolution de la conduite addictive, les conséquences sociales sont d'intensité variable. La perte de liens avec l'entourage immédiat génère des difficultés d'ordre familial, professionnel ou scolaire qui, peu à peu, vont aboutir à un état de marginalisation, voire de précarisation de l'individu. Dans le cadre de la toxicomanie, les caractères illicites et lucratifs des trafics aggravent la tendance à la précarité. En 2008, d'après l'enquête nationale biennale auprès des usagers accueillis dite « ENa-CAARUD », en France, plus de la moitié des usagers des CAARUD (53,4 %) habite un logement provisoire ou est SDF (sans domicile fixe) et le quart vit de ressources illégales ou est sans revenus.

Éléments de définition

Le dispositif médico social en addictologie, construit à partir de structures de prise en charge de la dépendance à des produits, s'est élargi par la mise en place récente des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), à la prise en charge de tout type d'addiction, avec ou sans substances.

Les addictions consistent en un comportement répétitif ayant pour fonction de procurer du plaisir ou de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives qu'il engendre. Cette définition s'applique aux substances psycho actives licites (tabac, alcool, médicaments,...) ou illicites (cannabis,...), aux troubles du comportement alimentaire, aux achats compulsifs et au jeu pathologique. On parle dans ces derniers cas d'addictions comportementales ou addictions sans substance psycho active.

Même si l'addiction regroupe produits et comportements divers et que la notion de mécanismes neurobiologiques communs est admise, les conséquences de telle ou telle addiction restent particulières (lien avec alcool et tabac, conséquences sociales des addictions sans produits, lien violence conjugale avec alcool...).

Les conduites addictives se classent en trois types de comportements : l'usage simple, l'usage nocif (ou l'abus) et la dépendance.

L'usage est défini comme une consommation n'entraînant ni complication, ni dommage. On admet que l'usage n'est pas considéré comme relevant d'une problématique pathologique nécessitant des soins. Néanmoins, l'usage peut être considéré à risque selon le contexte (grossesse, conduites d'engins motorisés).

L'usage nocif est caractérisé par une consommation répétée susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou lointain, les autres, la société, sans référence au caractère licite ou illicite du produit ou du comportement.

La dépendance est un assujettissement qui se manifeste par un besoin irréprensible et qui peut entraîner des changements de comportement.

Ces trois types de comportements relèvent bien du champ médico-social chargé d'intervenir à la fois sur l'aspect prévention, sur l'intervention précoce, la réduction des risques, l'accompagnement et les soins.

Le repérage précoce des usages nocifs et l'intervention précoce :

L'objectif est d'offrir aux usagers de produits psycho actifs de la région Centre, un repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce.

Comme indiqué dans la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, l'intervention précoce est une stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins qui s'applique aux premières étapes de la consommation de substances psycho actives avant que celle-ci ne devienne problématique.

L'intervention précoce consiste : d'une part, dans le repérage initial des personnes rencontrant des difficultés attribuables à leur consommation de substances psycho actives et, d'autre part, dans l'intervention auprès de ces personnes en vue de susciter un changement avant que leur comportement ne s'aggrave ou ne devienne chronique, et/ou pour faciliter le recours au système de soins. Celle-ci consiste en premier lieu en une évaluation de l'usage de substances psycho actives de la personne et vise à l'aider à s'interroger sur son comportement par rapport à sa consommation et aux risques qui y sont associés et à le modifier pour éviter que son comportement ne devienne chronique ou grave.

Structures médico sociales en addictologie :

Les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) :

Dans le champ médico-social, l'acteur majeur de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction est le Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psycho actives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission

s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique).

Les CSAPA se caractérisent par :

- leur proximité : le maillage territorial des CSAPA leur permet d'être au plus près des publics en difficulté là où ils se trouvent, soit par la création d'antennes soit par des interventions en dehors de leurs locaux sous la forme de consultations avancées,
- leur pluridisciplinarité : leur équipe est constituée de professionnels de santé et de travailleurs sociaux, en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative,
- un accompagnement dans la durée : le CSAPA assure le suivi du patient et de son entourage tout au long de son parcours de soin autant que de besoin.

Les CSAPA :

- dans leurs missions obligatoires : assurent l'accueil, l'information, l'écoute, l'évaluation médicale et psycho-sociale, l'orientation, le soutien,
- dans leurs missions obligatoires pouvant faire l'objet d'une spécialisation : interviennent dans la réduction des risques, proposent une prise en charge médicale et psychologie, sociale et éducative, et peuvent prescrire et suivre des traitements médicamenteux,
- dans leurs missions facultatives : peuvent mettre en place des consultations de proximité pour assurer le repérage précoce des usages nocifs, assurer des activités de prévention, formation, recherche, prendre en charge des addictions sans substances et intervenir en direction des personnes détenus ou sortant de prison.

Ils accompagnent également l'entourage (proches, parents, amis...) du patient.

La réduction des risques fait partie des missions obligatoires des CSAPA.

Les CSAPA fonctionnent en ambulatoire et/ou en hébergement. L'hébergement dans le cadre du CSAPA peut être individuel ou collectif.

Les caractéristiques de l'offre en CSAPA sont la proximité, la pluridisciplinarité et la gratuité. Ils ont réglementairement un rôle pivot dans le parcours de l'utilisateur qu'ils soignent et accompagnent dans la durée.

La prise en charge dans les CSAPA est multiple. Elle comprend des dimensions médicale, psychologique, sociale et éducative.

La prise en charge médicale comprend :

- l'évaluation de la dimension médico-psychologique de la dépendance,
- la recherche des comorbidités somatiques et psychiatriques,
- la proposition de différents protocoles de prise en charge, incluant notamment le traitement des états de manque inhérents à la dépendance et des comorbidités,
- la proposition d'un sevrage thérapeutique ; si ce sevrage n'est pas directement assuré par le centre, le CSAPA devra accompagner le patient,
- la prise en compte de la santé du patient dans une acception large et pas seulement en tant qu'absence de maladie.

Au titre de la prise en charge médicale, les CSAPA accueillant des usagers de drogues doivent assurer la prescription de l'ensemble des Traitements de substitution aux opiacés (TSO) et assurer notamment la primo-prescription de méthadone. Par ailleurs, les CSAPA peuvent délivrer les médicaments correspondant strictement à leurs missions, mais également l'ensemble des médicaments nécessaires à la prise en charge.

La prise en charge psychologique s'appuie sur l'évaluation de la dimension psychologique des consommations et des dépendances qui viennent compléter l'évaluation médicale.

Elle comprend un suivi psychologique et de soutien adapté à la situation et aux besoins de l'utilisateur et doit prévoir la possibilité d'orientation vers le secteur psychiatrique en cas de comorbidités psychiatriques.

La prise en charge sociale et éducative consiste en un accompagnement socio-éducatif visant pour le patient à conquérir ou reconquérir son autonomie pour permettre et conforter les conditions de prise en charge thérapeutique. Plus précisément, la prise en charge sociale et éducative comprend :

- des aides au recouvrement et de maintien des droits sociaux,
- des actions ou des orientations visant à l'insertion sociale.

L'accès à l'insertion et à la réinsertion professionnelle est une mission commune des CSAPA et des CAARUD.

Il est donc nécessaire que les établissements médico-sociaux proposent, en interne ou à l'externe, un accompagnement adéquat.

La notion d'accessibilité de la prise en charge implique à la fois la possibilité physique pour la personne de se rendre au lieu de la consultation (accessibilité géographique) et le fait que quel que soit son statut social (personnes incarcérées, personnes sans domicile), tout individu peut accéder à une prise en charge (accessibilité sociale).

Les consultations pour jeunes consommateurs (CJC) :

Historiquement, les CJC rattachées à un Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ou Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) ont été intégrées dans les CSAPA, et les CJC adossées à un établissement de santé, aux consultations hospitalières d'addictologie.

Les CJC liées à un CSAPA s'adressent en priorité aux jeunes consommateurs, y compris mineurs, qui ressentent des difficultés en lien avec leur consommation de substances psycho actives ou présentent une addiction à des comportements sans consommation de substances associées, sans exclure les patients les plus âgés pour lesquels une intervention s'avère utile et l'entourage des personnes. Les CJC assurent l'accueil, l'information, l'évaluation, la prise en charge brève et l'orientation si nécessaire. Elles sont gratuites et garantissent la confidentialité.

Les CJC peuvent fonctionner sous forme de consultations de proximité.

Les consultations de proximité :

Elles sont mises en place dans le cadre des missions facultatives des CSAPA. Elles assurent le repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce. Les consultations de proximité s'adressent à des personnes dans leurs premières étapes de la consommation et dont la consommation de substances psycho actives peut être qualifiée d'usages à risque, d'usages nocifs, d'abus ou d'usages problématiques.

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) :

La reconnaissance législative récente de la politique de réduction des risques a permis de définir l'objet de cette politique en affirmant la responsabilité de l'Etat.

La réduction des risques recouvre un ensemble de stratégies visant à limiter les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés à une pratique spécifique. La réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants. Elle s'étend aux personnes en difficultés avec l'alcool et à toutes les addictions. En effet, afin d'être réellement efficace, elle doit prendre en compte les changements des pratiques (produits et modalités de consommations), des profils des consommateurs ainsi que des contextes de consommation.

A partir d'un référentiel national des actions de réduction des risques, un cadre est donné en 2005 aux structures de réduction des risques.

Les CAARUD sont des structures de premier accueil des usagers de drogues, de prévention des risques infectieux et de réduction des dommages sociaux.

Ils s'adressent à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou bien à celles dont les modes de consommations ou les produits consommés les exposent à des risques majeurs (infections, notamment hépatite C, accidents, etc.).

Une attention particulière est portée aux usagers les plus précarisés/marginalisés.

Il n'y a aucun préalable requis à l'accueil qui est anonyme et gratuit, dès lors que l'utilisateur en fait la demande.

La réduction des risques est la mission principale des CAARUD.

Dans ce cadre, ils assurent les missions suivantes :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé à des personnes usagères de drogues,
- l'aide dans l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles...),
- le soutien dans l'accès aux droits, au logement, et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle,
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections (trousse d'injection, préservatifs, boîtes de récupération du matériel usager...),
- l'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers,
- le développement d'actions de médiation sociale.

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

Description de l'offre régionale

Type d'établissements et services		Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
CSAPA	Nombre d'établissements en ambulatoire	2	2	1	1	2	2	11
	Nombre d'établissements en hébergement	-	-	-	-	-	1 (14 pl)	
CAARUD	Nombre d'établissements	-	-	1	1	1	2	5

Source : données 2011 issues du suivi ARS

Éléments sur le financement des structures médico sociales dédiées aux personnes en difficultés avec les addictions.

Les CSAPA et CAARUD bénéficient d'une dotation globale de financement, révisée et attribuée annuellement par le niveau national, qui prend en compte le fonctionnement des structures.

Principaux constats

L'offre médico-sociale se situe en complémentarité des offres dans le champ sanitaire (hospitalière et ambulatoire), et des actions de prévention.

Particulièrement pour les CSAPA, une articulation entre les acteurs hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux est notamment indispensable pour clarifier et rendre lisible les missions et les rôles des CSAPA et des structures sanitaires, et pour faciliter la coordination des structures pour les détenus et sortants de prison.

Le dispositif médico-social en direction des personnes en difficultés avec les addictions prend en compte les aspects relatifs à la prise en charge des patients, à la réduction des risques, au repérage précoce, à la prévention, à l'observation et à la recherche.

Dans un premier temps, afin d'offrir sur tous les territoires de la région Centre, une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction, accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social, le regroupement des structures spécialisées soit en alcoologie (CCAA), soit en toxicomanie (CSST) en CSAPA généralistes proposant une offre sur l'ensemble des addictions, est effectif depuis janvier 2010.

Ces regroupements impliquent maintenant le suivi de cette nouvelle organisation.

En particulier, les financements actuels n'ont pas permis de mettre en œuvre l'ensemble des missions pour lesquelles les CSAPA sont autorisés, et une structure dans l'est du département du Loiret, bien que bénéficiaire d'un avis favorable du Comité régional de l'organisation sociale et médico sociale (CROSMS), n'a pas été créée faute de financement à la mi 2011.

Les axes relatifs aux consultations jeunes consommateurs et les consultations de proximité restent à consolider.

Pour ce qui concerne l'objectif du SRA « offrir aux usagers de produits psycho actifs engagés dans des pratiques à risque, des informations et/ou des matériels propres à réduire les dommages associés à des pratiques (réduction des risques) », les constats de sa mise en œuvre sont les suivants :

- la région ne possède pas de CAARUD sur tous les départements : le Cher et l'Eure-et-Loir n'en sont pas dotés. Dans le Cher, compte tenu de cette situation, la mission est dévolue au CSAPA qui ne peut malgré tout la mettre en œuvre, faute de financement. Des CAARUD ont vocation à être créés dans ces deux départements ;
- la réduction des risques au sein de certaines antennes délocalisées des CSAPA, les équipes mobiles auprès des CAARUD n'ont pas été développées ;
- la mobilisation des pharmaciens de ville en milieu rural est insuffisamment mise en œuvre ;
- l'accessibilité gratuite et anonyme aux matériels stériles par échangeurs reste à développer ;
- une coordination régionale portée par des structures spécialisées dans la réduction des risques pour entre autres les interventions en milieux festifs, est en cours sous la forme de la création d'un groupement de coopération.

Enfin, l'objectif « Offrir à l'échelle régionale, des solutions de prise en charge médico-sociale avec hébergement » n'a pas été développé faute de financement.

Globalement, l'offre et le maillage territorial en établissements médico-sociaux d'addictologie apparaissent insuffisamment équilibrés sur la région Centre.

La Commission régionale addictions, préconisée par le SRA, n'a pas été mise en place en région Centre.

3- Objectifs opérationnels et actions concernant le volet «Personnes en difficultés avec les addictions»

Le plan stratégique régional de santé (PSRS) en région Centre indique que l'offre médico sociale dans le champ des addictions, à aborder dans une dimension de proximité, doit encore être consolidée sur deux aspects :

- offrir sur l'ensemble du territoire un panel de structures répondant aux besoins de la population, des solutions d'hébergement adapté, le développement de l'offre en matière de réduction des risques,
- promouvoir des rapprochements entre structures, par territoire, pour garantir une prise en charge globale de qualité, quel que soit l'utilisateur.

Objectif opérationnel 22 : favoriser le repérage précoce et les interventions brèves destinées à modifier les comportements

Contexte et enjeux :

Le repérage précoce et les interventions brèves destinées à modifier les comportements doivent permettre d'agir le plus tôt possible en amont de la dépendance.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 22	Favoriser le repérage précoce et les interventions brèves destinées à modifier les comportements
Action 70	Etendre la mise en œuvre des programmes de repérage précoce par les CSAPA (consultations de proximité et/ou de repérage précoce des usages nocifs dont les consultations jeunes consommateurs)
Public	CSAPA
Territoire	Région
Partenaires	CSAPA
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre de consultations activées

Objectif opérationnel 23 : poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre par la mise en place de l'offre de consultations de proximité sur l'ensemble des territoires dans les CSAPA

Contexte et enjeux

L'offre de consultation de proximité est essentielle pour assurer l'information et l'orientation éventuelle. Ce maillage doit pouvoir se faire sur la base d'une complémentarité entre les structures médico-sociales et hospitalières.

L'intervention d'équipes pluridisciplinaires mobiles en addictologie issues des CSAPA, des CAARUD, des réseaux ou associations spécialisées, dans les établissements médico-sociaux et sociaux concernés et en médecine ambulatoire contribue également à ce maillage des territoires.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 23	Poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre par la mise en place de l'offre de consultations de proximité sur l'ensemble des territoires dans les CSAPA
Action 71	Favoriser l'identification par la population et les professionnels de santé des consultations d'addictologie au sein de la filière médico-sociale, en lien avec la filière hospitalière
Public	Population générale
Territoire	Région
Partenaires	CSAPA Professionnels de santé libéraux et hospitaliers Acteurs de première ligne Associations d'auto support
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre de consultations par type d'addiction, par territoire de santé et par bassin d'emploi relevant du champ médico-social Délai moyen d'accès à la consultation par territoire de santé et par bassin d'emploi Origine de la consultation Nombre de courriers aux médecins traitants

Objectif opérationnel 23	Poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre par la mise en place de l'offre de consultations de proximité sur l'ensemble des territoires dans les CSAPA
Action 72	Favoriser l'intervention d'équipes pluridisciplinaires mobiles en addictologie issues des CSAPA, dans les établissements médico-sociaux et sociaux concernés et en médecine ambulatoire
Public	Usagers, entourage, professionnels, bénévoles
Territoire	Territoire de santé Territoire de projets (dans les territoires de santé)
Partenaires	Etablissements médico-sociaux, médecins libéraux CSAPA
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre de consultations de proximité créées Nombre et lieu d'interventions par structure Nombre de personnes vues par lieu de consultation

Objectif opérationnel 24 : développer la prise en charge médico-sociale des addictions

Contexte et enjeux

Le développement de la prise en charge médico-sociale des addictions implique que les structures médico-sociales puissent fonctionner conformément aux missions réglementairement définies. Ces structures doivent être autorisées, financées sur la base de ces autorisations et toucher l'ensemble des publics cibles.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 24	Développer la prise en charge médico-sociale des addictions
Action 73	Renforcer les CSAPA pour un meilleur accès à une prise en charge des personnes détenues ayant un problème d'addictions
Public	Personnes détenues
Territoire	Région – territoires de santé dotés d'un CSAPA
Partenaires	CSAPA, administration pénitentiaire, UCSA
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Taux d'établissements pénitentiaires ayant accès à une consultation d'addictologie

Objectif opérationnel 24	Développer la prise en charge médico-sociale des addictions
Action 74	Promouvoir le rapprochement des CSAPA pour tendre vers une offre toutes addictions sur le territoire
Public	Population générale
Territoire	Région, Eure-et-Loir, Loir-et-Cher, Loiret
Partenaires	CSAPA
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre de conventions passées entre CSAPA par territoire

Objectif opérationnel 24	Développer la prise en charge médico-sociale des addictions
Action 75	Activer l'offre de prise en charge médico-sociale aujourd'hui autorisée mais non mise en place – délai immédiat : l'installation d'un CSAPA dans l'Est du Département du Loiret (Montargis)
Public	Population générale
Territoire	Région – Est du Loiret
Partenaires	CSAPA
Calendrier	Délai immédiat
Indicateurs	Création du CSAPA de Montargis

Objectif opérationnel 24	Développer la prise en charge médico-sociale des addictions
Action 76	Renforcer les missions des CSAPA existants et des CAARUD au regard des autorisations obtenues : activer l'offre de prise en charge médico-sociale actée dans les autorisations
Public	Population générale
Territoire	Région
Partenaires	CSAPA et CAARUD autorisés
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Taux de mise à niveau des réalisations au regard des autorisations

Objectif opérationnel 24	Développer la prise en charge médico-sociale des addictions
Action 77	Créer ou consolider dans chaque ville de sous préfecture et de préfecture, une antenne avec consultations avancées fonctionnant 3 demi journées par semaine au minimum
Public	Population générale
Territoire	Région - arrondissement
Partenaires	CSAPA
Calendrier	Fin 2014
Indicateurs	Nombre d'antennes et localisation/territoire défini Nombre de plage d'ouverture avec consultations avancées et localisation

Objectif opérationnel 24	Développer la prise en charge médico-sociale des addictions
Action 78	Conforter l'offre en CSAPA avec hébergement sur la région Centre par la création de places d'appartements thérapeutiques et/ou augmentation des places du centre thérapeutique résidentiel, après évaluation chiffrée des besoins
Public	Population générale
Territoire	Loiret
Partenaires	CSAPA
Calendrier	Fin 2012-2013
Indicateurs	Nombre de places

Objectif opérationnel 24	Développer la prise en charge médico-sociale des addictions
Action 79	Conforter la capacité d'hébergement, des CSAPA et des CAARUD, pour les personnes consommant ou ayant consommé des produits psycho actifs y compris dans des formules de court séjour : nuitées d'hôtel, hébergement d'urgence
Public	Population générale
Territoire	Région
Partenaires	CSAPA, CAARUD, Structures d'hébergement sociales et/ou sanitaires
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre de nuitées d'hébergement par structures et par an

Objectif opérationnel 24	Développer la prise en charge médico-sociale des addictions
Action 80	Conforter l'offre de CAARUD sur l'ensemble du territoire régional
Public	Population générale
Territoire	Région, Cher, Eure-et-Loir
Partenaires	CAARUD
Calendrier	Fin 2013-2016
Indicateurs	1 CAARUD à minima par département

Objectif opérationnel 25 : inscrire l'organisation de la filière complète au niveau de chaque territoire

Contexte et enjeux

L'articulation entre la médecine ambulatoire, les structures médico-sociales et sociales, les établissements de santé, les associations qui œuvrent dans le champ de l'addiction et les représentants des usagers doit être clairement organisée au sein de chaque territoire.

Plan d'action :

Objectif opérationnel 25	Inscrire l'organisation de la filière complète au niveau de chaque territoire
Action 81	Décliner les modalités opérationnelles de la filière, en prenant en compte l'articulation entre la médecine ambulatoire, les structures médico-sociales et sociales, les établissements de santé, les associations qui œuvrent dans le champ de l'addiction et les représentants des usagers
Public	Professionnels du territoire, usagers et leurs familles
Territoire	Bassins de soins ou d'emploi
Partenaires	Professionnels hospitaliers : publics et privés, professionnels médico-sociaux spécialisés et non spécialisés mais complémentaires, collectivités territoriales, groupes d'auto-supports....
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre de conventions inter-partenariales « trajectoires de santé » (ex: plaquette de filière de soins addictologique / par bassin de soins Vendôme, vallée du Cher et Sologne pour les professionnels par le rézo addictions 41),

Objectif opérationnel 26 : favoriser la sensibilisation à la réduction des risques

Contexte et enjeux

La sensibilisation à la réduction des risques est un enjeu majeur de santé publique. Cette sensibilisation doit être soutenue. Le cas particulier des événements festifs constitue en soi un axe majeur qui nécessite une stratégie d'actions élaborées par les acteurs.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 26	Favoriser la sensibilisation à la réduction des risques
Action 82	Elaborer et concevoir avec les acteurs d'événements festifs des stratégies de prévention adaptées au contexte festif
Public	Organisateurs d'événements festifs-Ministère de l'Intérieur
Territoire	Région
Partenaires	Préfectures (MILDT) Mutualité Française Opérateurs professionnels et associatifs en santé publique
Calendrier	2012-2016 dont 31/12/2012 pour les aspects festifs
Indicateurs	Nombre d'événements festifs couverts

Objectif opérationnel 26	Favoriser la sensibilisation à la réduction des risques
Action 83	Renforcer les missions existantes de réduction des risques
Public	Professionnels du territoire, usagers et leurs familles
Territoire	Région
Partenaires	CAARUD
Calendrier	2012 - 2016
Indicateurs	Nombre de totems, programmes d'échanges de seringues et quantité de matériels échangés, nombre de contacts en face à face et sorties de matériel

Objectif opérationnel 26	Favoriser la sensibilisation à la réduction des risques
Action 84	Se coordonner avec la gendarmerie et la police pour assurer l'accès au matériel de réduction des risques et l'anonymat des usagers
Public	Organisateurs d'évènements festifs- Ministère de l'Intérieur
Territoire	Région
Partenaires	CAARUD Préfectures (MILDT) Opérateurs professionnels et associatifs en santé publique
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre de commissariats et de brigades de gendarmerie sensibilisés

Objectif opérationnel 27 : développer l'articulation entre les champs ambulatoire, sanitaire, médico-social et associatif

Contexte et enjeux

La sensibilisation à la réduction des risques est un enjeu majeur de santé publique. Cette sensibilisation doit être soutenue.

Plan d'actions

Objectif opérationnel 27	Développer l'articulation entre les champs ambulatoire, sanitaire, médico-social et associatif
Action 85	Elaborer et diffuser un annuaire régional des acteurs et structures ressources en addictologie au sein de l'instance régionale en addictologie
Public	Tout public
Territoire	Région
Partenaires	Ensemble des intervenants sur l'addictologie et représentants des usagers Associations de malades et bénévoles UCSA, CSAPA, CAARUD, dispositif d'appui régional MILDT
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Mise en place de l'instance et réalisation de l'annuaire

Objectif opérationnel 27	Développer l'articulation entre les champs ambulatoire, sanitaire, médico-social et associatif
Action 86	Pérenniser la place des associations de malades et de bénévoles œuvrant sur l'ensemble des addictions
Public	Tout public
Territoire	Région
Partenaires	Ensemble des intervenants sur l'addictologie et représentants des usagers Associations de malades et bénévoles UCSA, CSAPA, CAARUD
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	/

Objectif opérationnel 27	Développer l'articulation entre les champs ambulatoire, sanitaire, médico-social et associatif
Action 87	Améliorer la coordination de la prise en charge des addictions de personnes détenues (en détention ou en sortant de détention)
Public	Personnes détenues
Territoire	Région
Partenaires	Ensemble des intervenants sur l'addictologie et représentants des usagers Associations de malades et bénévoles UCSA, CSAPA, ELSA
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	/

Objectif opérationnel 27	Développer l'articulation entre les champs ambulatoire, sanitaire, médico-social et associatif
Action 88	Développer des interventions coordonnées en milieu festif en s'appuyant sur des compétences existantes associatives et médico-sociales
Public	Tout public mais priorité public jeune
Territoire	Région
Partenaires	Ensemble des intervenants sur l'addictologie et représentants des usagers Associations de malades et bénévoles CSAPA, CAARUD
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre d'interventions coordonnées

Objectif opérationnel 28 : favoriser la sensibilisation en milieu carcéral

Contexte et enjeux

La sensibilisation des personnels des établissements pénitentiaires, des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), et des services pénitentiaires d'insertion et de probation, (SPIP) aux conduites à risques doit faciliter la prise en charge des détenus concernés par un problème d'addiction.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 28	Favoriser la sensibilisation en milieu carcéral
Action 89	Mobiliser les établissements pénitentiaires, les UCSA, et les services pénitentiaires d'insertion et de probation, aux conduites à risques
Objectifs	Favoriser la sensibilisation en milieu carcéral ; préparer la sortie des détenus pour la continuité des soins et de l'accompagnement
Public	Les personnes détenues et les professionnels des maisons d'arrêt et des centres de détention
Modalités	Consultations ou entretiens spécialisés avec mission de sensibilisation par des professionnels à l'addictologie
Territoire	Territoires de la région
Partenaires	UCSA, SPIP, PJJ, CSAPA Professionnels intervenants en maison d'arrêt, personnes détenues et professionnels de l'addictologie
Calendrier	2012-2016 dont un protocole finalisé fin 2012
Indicateurs	Existence de consultations et d'entretiens spécialisés. Contribution des professionnels à l'addictologie à cette sensibilisation

Objectif opérationnel 28	Favoriser la sensibilisation en milieu carcéral
Action 90	Elaborer un protocole "conduite à tenir" pour les personnes détenues concernées par l'une quelconque des addictions
Objectifs	Favoriser la sensibilisation en milieu carcéral. Faciliter la coordination des acteurs et préparer la sortie des détenus pour la continuité des soins et de l'accompagnement
Public	Les personnes détenues et les professionnels des maisons d'arrêt et des centres de détention
Modalités	Consultations ou entretiens spécialisés avec mission de sensibilisation par des professionnels à l'addictologie
Territoire	Territoires de la région
Partenaires	UCSA, SPIP, PJJ, CSAPA Professionnels intervenants en maison d'arrêt, personnes détenues et professionnels de l'addictologie
Calendrier	2012-2016 dont un protocole finalisé fin 2012
Indicateurs	Un protocole finalisé

Objectif opérationnel 29 : renforcer l'observation, la formation des professionnels et la recherche

Contexte et enjeux

L'observation, la formation des professionnels et la recherche sont des leviers sur lesquels il convient d'agir pour améliorer, directement ou indirectement, la prise en charge des publics concernés.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 29	Renforcer l'observation, la formation des professionnels et la recherche
Action 91	Développer l'enseignement, la formation et l'information en addictologie pour les professions médicales, paramédicales et les travailleurs sociaux et l'ensemble des personnels au contact des usagers
Objectifs	Développer l'enseignement, la formation et l'information en addictologie
Public	Professionnels en contact des usagers
Modalités	Formations réalisées par les acteurs de terrain sur la base de référentiels retenus par l'instance régionale d'addictologie
Territoire	Région
Partenaires	Organismes et centres de formation et d'enseignement placés sous l'autorité des ministères de l'agriculture, de l'Education nationale, de la santé
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre d'heures d'enseignement Nombre de personnes formées

Objectif opérationnel 29	Renforcer l'observation, la formation des professionnels et la recherche
Action 92	S'aider de référentiels actualisés et validés de formation au niveau régional : - sensibiliser les professionnels à l'addictologie ; - devenir acteurs de 1ère ligne en addictologie
Objectifs	Développer l'enseignement, la formation et l'information en addictologie
Public	Professionnels en contact des usagers
Modalités	Formations réalisées par les acteurs de terrain sur la base de référentiels retenus par l'instance régionale d'addictologie
Territoire	Région
Partenaires	Organismes et centres de formation et d'enseignement placés sous l'autorité des ministères de l'agriculture, de l'Education nationale, de la santé
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Adoption d'un référentiel validé par l'instance régionale d'addictologie

Objectif opérationnel 29	Renforcer l'observation, la formation des professionnels et la recherche
Action 93	Intégrer les compétences addictologiques dans les plans de formation continue des professionnels non médicaux
Objectifs	Développer l'enseignement, la formation et l'information en addictologie
Public	Professionnels en contact des usagers
Modalités	Formations réalisées par les acteurs de terrain sur la base de référentiels retenus par l'instance régionale d'addictologie
Territoire	Région
Partenaires	Organismes et centres de formation et d'enseignement placés sous l'autorité des ministères de l'agriculture, de l'Education nationale, de la santé
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre de formations

Objectif opérationnel 29	Renforcer l'observation, la formation des professionnels et la recherche
Action 94	Promouvoir auprès des centres de formation (faculté de médecine, de psychologie et de pharmacologie, IFSI, école de sage femmes...) les possibilités de stage dans les structures d'addictologie hospitalière (ELSA, Unité d'Addictologie, SSR Addictologique), médico-sociales (CSAPA, CAARUD) et associatives
Objectifs	Développer l'enseignement, la formation et l'information en addictologie
Public	Professionnels en contact des usagers
Modalités	Formations réalisées par les acteurs de terrain sur la base de référentiels établis avec le centre de formation et retenus par l'instance régionale d'addictologie
Territoire	Région
Partenaires	Organismes et centres de formation et d'enseignement placés sous l'autorité des ministères de l'agriculture, de l'Education nationale, de la santé
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Adoption d'un référentiel validé par l'instance régionale d'addictologie

Objectif opérationnel 29	Renforcer l'observation, la formation des professionnels et la recherche
Action 95	Organiser une journée annuelle sur les échanges de pratiques interprofessionnelles
Objectifs	Développer l'enseignement, la formation et l'information en addictologie
Public	Professionnels en contact des usagers
Modalités	Formations réalisées par les acteurs de terrain sur la base de référentiels retenus par l'instance régionale d'addictologie
Territoire	Région
Partenaires	Organismes et centres de formation et d'enseignement placés sous l'autorité des ministères de l'agriculture, de l'Education nationale, de la santé
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	/

Objectif opérationnel 30 : organiser la veille et le suivi de l'activité régionale en addictologie

Contexte et enjeux

La mise en place d'une instance régionale en addictologie, réunissant les partenaires concernés, doit permettre de garantir une veille en matière d'addictologie. Elle facilitera également la définition de référentiels régionaux partagés et contribuera notamment, à mettre en cohérence les rapports d'activités préparés par les structures médico-sociales et hospitalières.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 30	Organiser la veille et le suivi de l'activité régionale en addictologie
Action 96	Créer une instance régionale en addictologie
Objectifs	Veille et suivi de l'activité régionale en addictologie
Public	Tout professionnel de l'addictologie
Modalités	
Territoire	Région
Partenaires	
Calendrier	2012-2013
Indicateurs	Mise en place de l'instance régionale en addictologie Rédaction de la charte de fonctionnement de l'instance (missions) Nombre de participants

Objectif opérationnel 30	Organiser la veille et le suivi de l'activité régionale en addictologie
Action 97	Définir et/ou harmoniser les recueils de données et les bilans d'activités des filières hospitalières et médico sociales
Objectifs	Veille et suivi de l'activité régionale en addictologie
Public	Tout professionnel de l'addictologie
Modalités	
Territoire	Région
Partenaires	Instance régionale en addictologie, dispositif régional d'appui MILDT
Calendrier	2012-2013
Indicateurs	Rédaction de la charte d'harmonisation des recueils de données

Objectif opérationnel 30	Organiser la veille et le suivi de l'activité régionale en addictologie
Action 98	Définir quelques indicateurs communs au niveau régional à partir des rapports existants
Objectifs	Veille et suivi de l'activité régionale en addictologie
Public	Tout professionnel de l'addictologie
Modalités	
Territoire	Région
Partenaires	Instance régionale en addictologie, dispositif d'appui MILDT
Calendrier	2012-2013
Indicateurs	Définition effective d'indicateurs de suivi. Utilisation du guide de remplissage des rapports d'activité (DGS)

Objectif opérationnel 30	Organiser la veille et le suivi de l'activité régionale en addictologie
Action 99	Promouvoir la mise en place d'un dispositif d'observation des usages et des produits en préservant le respect des règles de déontologie, au sein de l'IRA
Objectifs	Veille et suivi de l'activité régionale en addictologie
Public	Tout professionnel de l'addictologie
Modalités	
Territoire	Région
Partenaires	Instance régionale en addictologie
Calendrier	2012-2013
Indicateurs	Création d'un dispositif de veille sanitaire au sein de l'instance

Objectif opérationnel 30	Organiser la veille et le suivi de l'activité régionale en addictologie
Action 100	Déterminer la typologie des personnes impliquées dans des accidents mortels de la circulation, avec usage de substances psycho actives licites et illicites, addictions sans substance, risques de dopage afin d'optimiser la portée des mesures de prévention, en réalisant une étude conjointe avec les services de sécurité routière.
Objectifs	Veille et suivi de l'activité régionale en addictologie
Public	Tout professionnel de l'addictologie
Modalités	
Territoire	Région Typologie des personnes impliquées dans des accidents mortels : à déterminer à partir de la cartographie des accidents
Partenaires	Services de sécurité routière
Calendrier	2012-2013
Indicateurs	/

Objectif opérationnel 31 : sensibiliser les professionnels aux risques des addictions sans produit ou comportementales

Contexte et enjeux

La formation des professionnels doit permettre de constituer un socle commun de connaissances. Ces formations devront porter sur les différents aspects que peuvent recouvrir les addictions.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 31	Sensibiliser les professionnels aux risques des addictions sans produit ou comportementales
Action 101	Promouvoir des journées de formation pour les professionnels du champ de l'addictologie sur les addictions sans produit
Objectifs	Sensibiliser les professionnels à certains types d'addiction
Public	Tous les professionnels de l'addictologie
Modalités	Formations
Territoire	Région
Partenaires	Acteurs de l'addictologie
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre de journées de formation et nombre de participants

Objectif opérationnel 31	Sensibiliser les professionnels aux risques des addictions sans produit ou comportementales
Action 102	Promouvoir des journées de formation pour les professionnels du champ de l'addictologie sur la prévention des troubles du comportement alimentaire
Objectifs	Sensibiliser les professionnels à certains types d'addiction
Public	Tous les professionnels de l'addictologie
Modalités	Formations
Territoire	Région
Partenaires	Acteurs de l'addictologie
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre de journées de formation, nombre de participants, nombre en accord avec les référentiels régionaux

Objectif Opérationnel 32 : favoriser le repérage précoce et les interventions brèves destinées à modifier les comportements

Contexte et enjeux

La formation des acteurs de première ligne au repérage précoce doit permettre d'orienter le public concerné, le plus tôt possible, vers les structures et/ou les professionnels compétents.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 32	Favoriser le repérage précoce et les interventions brèves destinées à modifier les comportements
Action 103	Former les acteurs de première ligne au repérage précoce
Public	Acteurs de première ligne dans le domaine de l'addictologie
Modalités	Participation à des formations sur la base d'un référentiel régional
Territoire	Région
Partenaires	Acteurs de première ligne
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	Nombre de formations

4 Contexte régional et diagnostic concernant le volet personnes en situation de précarité et de vulnérabilité ayant besoin de soins et d'un accompagnement médico social

Le SROMS prend en compte le dispositif de prise en charge médico-sociale dédié aux personnes en situation de précarité.

Celui-ci comprend les Lits halte soins santé (LHSS) et les Appartements de coordination thérapeutique (ACT).

Les problématiques des personnes en situation de précarité sont complexes, car elles combinent des situations liées à des difficultés sociales, médicales et/ou psychologiques, qui font que les besoins de ces publics relèvent, à la fois du champ sanitaire, médico-social et social.

Cela implique que l'organisation de cette offre d'accueil spécifique soit articulée avec les dispositifs relevant du SROS pour la continuité des soins, du SROMS pour les publics âgés et handicapés, et des structures d'accueil et d'hébergement des publics précaires (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), Maisons relais...).

Par ailleurs, cet axe organisationnel fait partie intégrante des objectifs du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des plus démunis. En effet, il s'inscrit dans l'objectif de favoriser l'accès aux soins des publics vulnérables.

Eléments de définition

Ce sont des établissements permettant d'assurer une intervention globale c'est-à-dire conjointement un hébergement, des soins (ou un suivi thérapeutique) et un accompagnement social :

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) :

Les ACT hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à la réinsertion. Ils sont destinés à accueillir des personnes atteintes de pathologies sévères (maladies chroniques : VIH, hépatites, cancers, diabète, maladies neurologiques évolutives).

Le mode d'hébergement en ACT peut être diversifié pour être adapté aux différents publics accueillis : individuel, collectif, semi-collectif.

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 de la « politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », finance des places d'ACT spécifiques pour les personnes sortant de prison et atteintes de pathologies sévères.

Les lits halte soins santé (LHSS) :

Les LHSS offrent un hébergement temporaire et une prise en charge aux personnes en grande précarité quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire (soins médicaux et paramédicaux, suivi thérapeutique, prestations d'éducation sanitaire) et un accompagnement social. Leur mission est d'offrir une suite ou une alternative à l'hospitalisation aux personnes vivant à la rue.

A noter qu'en complément des LHSS, **les Lits d'accueil médicalisé (LAM)**, mode de prise en charge adaptée à un type de public qui ne peut plus espérer redevenir autonome, sont expérimentés depuis 2009 pour trois ans sur trois lieux en France. La région Centre n'est pas lieu d'expérimentation.

Quelques données chiffrées

Les quelques données qui existent sont issues des rapports d'activités des structures de la région et du bilan national des ACT 2010 produit par la FNH Vih et autres pathologies (Fédération nationale d'hébergement VIH et autres pathologies).

ACT :

Les pathologies rencontrées dans le public démuni accueilli, sont des pathologies chroniques en lien avec le VIH/SIDA, les hépatites, le cancer et le diabète.

On note par ailleurs, ajoutée à la pathologie chronique principale, une prévalence des troubles psychiques/psychiatriques et/ou des problèmes d'addictions, sans toutefois pouvoir la chiffrer.

Certaines sources affichent qu'un résident sur 10 présenterait un handicap.

Ces situations complexifient l'accompagnement des résidents. Elles nécessitent le recours à des compétences spécialisées complémentaires et/ou d'un réseau d'appui. Il en va de même pour les sorties des patients qui, faute de structures d'aval disponible, impactent l'allongement des durées d'hébergement.

Les caractéristiques de la population accueillie en ACT sont une majorité d'hommes (70 %), une classe d'âge 46-60 ans en augmentation et un faible accueil des femmes qui peut s'expliquer par l'absence de financement des places d'accompagnant, frein à l'accueil des enfants.

Les ACT ont pour objectif de permettre la stabilisation de l'état de santé dégradé à l'entrée, et ainsi de les aider par l'observance thérapeutique, à se réinsérer socialement à la sortie avec un état de santé restauré.

LHSS :

Le public hébergé en LHSS est en situation de grande exclusion avec une caractéristique majeure et constante : l'isolement.

Il est essentiellement masculin, âgé (15 % ont plus de 60 ans). La problématique du vieillissement prématuré est fréquente, et corrélée à un long parcours de rue. Il en va de même pour le poids des pathologies de longue durée qui touchent plus de 30 % du public et dont la gravité est variable.

La forte prévalence des problèmes d'addiction et de santé mentale est constatée.

La moitié des résidents est sans ressources, un tiers bénéficient de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).

Le séjour en LHSS est une opportunité qui permet d'explorer les autres problématiques médicales de santé (dentaire, nutrition, sevrage...) et d'initier leurs prises en charge.

Description de l'offre régionale

Les ACT :

En région Centre, deux structures gèrent des ACT soit 28 places installées au 31 décembre 2011.

Type d'établissements et services		Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
ACT au 31/12/2011	Nombre d'établissements et services	-	-	-	1	-	1	2
	Nombre de places	-	-	-	13	-	15	28

Source : données issues du suivi ARS

Mode d'hébergement :

- pour les 13 places d'Indre-et-Loire : six places en collectif et sept places en diffus répartis sur deux T1 et deux T3,
- pour les 15 places du Loiret : 15 places en diffus répartis sur 14 logements (six T1, cinq T2, deux T3, un T4).

Suite à la circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS/DGS2011/144 du 28 avril 2011, qui alloue à la région Centre une dotation permettant le fonctionnement de places en ACT, un appel à projets pour la création ou extension de places d'ACT sera lancé et devrait permettre de faire évoluer cette offre dans les mois à venir.

Les LHSS :

Au 31 décembre 2010, la région Centre comptait quatre structures dénommées LHSS soit 31 lits installés.

Au regard de la décision de la conférence interministérielle de lutte contre les exclusions d'avril 2006 portant sur la création de 1000 lits en cinq ans, il restait 103 lits à créer en juin 2011. Dans ce cadre, la région Centre a bénéficié de la création de trois lits dans le Loir-et-Cher et de l'extension de deux lits dans le Loiret. Ces lits, en cours d'installation, seront effectifs au 31 décembre 2011.

Type d'établissements et services		Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
LHSS au 31/12/2010	Nombre d'établissements et services	1	-	1	1	-	1	4
	Nombre de lits	4	-	3	10	-	14	31
LHSS projection au 31/12/2011	Nombre d'établissements et services	1	-	1	1	1	1	4
	Nombre de lits	4	-	3	10	3	16	36

Source : données issues du suivi ARS

Les associations gestionnaires des structures LHSS gèrent toutes parallèlement des établissements ou services d'hébergement : CHR, Maison Relais, Abri de nuit, accueil d'urgence etc. Dans plusieurs départements, les LHSS sont positionnés dans les CHR.

[Éléments sur le financement des structures médico-sociales dédiées aux personnes en situation de précarité](#)

Leur financement est assuré sous forme d'une dotation globale annuelle sur la base d'un forfait par lit et par jour pour les LHSS et d'un coût moyen à la place pour les ACT.

Le forfait lit/place englobe toutes les dépenses de la structure et de la prise en charge de la personne. Les tarifs forfaitaires sont réévalués annuellement par le niveau national : en 2010, pour les LHSS le tarif est de 101,20 €/jour/lit, pour les ACT 30 000 €/place/an.

Principaux constats

Les ACT :

Les ACT initialement dédiées aux seules personnes atteintes du VIH, ont vu récemment l'élargissement de leur périmètre de prise en charge aux personnes atteintes de pathologies sévères (cancers, hépatites chroniques évolutives...). Il s'agissait de diversifier le public accueilli notamment « les personnes sortant de prison ».

Malgré tout, il est noté que les ACT sont peu accessibles aux personnes « sans chez soi » bien qu'ils représentent des relais pertinents. Pour cela, il convient d'inciter la mise en place de coopération entre les LHSS et les ACT en vue de cloisonner les dispositifs.

Les LHSS :

Au cours du séjour, une solution de sortie doit être recherchée (logement ordinaire, ACT, maison relais, CHR). La durée prévisionnelle du séjour ne doit pas excéder deux mois, mais elle reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie et de la possibilité d'une solution de sortie.

Une enquête de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) est en cours. Elle porte sur le fonctionnement des LHSS et elle vise à définir l'opportunité du financement de création de nouvelles places.

Les données disponibles montrent néanmoins que les LHSS sont utiles et remplissent bien le lien dans la trajectoire du patient entre l'hospitalisation et les structures sociales. Cependant, ces structures sont confrontées aux difficultés complexes de prise en charge du public (santé mentale, addictions, isolement,...) et à l'insuffisance de structures d'aval pour ce public.

Par ailleurs, selon les résultats de l'évaluation prévue à l'issue des trois ans d'expérimentation, les **Lits d'accueil médicalisé (LAM)** pourraient trouver leur place dans le dispositif des personnes confrontées à des difficultés spécifiques de la région.

5 -Objectifs opérationnels et actions concernant le volet personnes en situation de précarité et de vulnérabilité ayant besoin de soins et d'un accompagnement médico-social

Contexte et enjeux

Le contexte est celui des problématiques spécifiques présentées par les personnes en situation de précarité et de vulnérabilité ayant des besoins de soins intriqués à des problématiques sociales. L'enjeu est donc celui de la transversalité d'interventions spécifiques, à coordonner entre le domaine sanitaire, médico-social et le domaine social.

Pour cela, il convient d'aboutir à une formalisation concrète et accessible des offres existantes destinées à couvrir le besoin de soins adaptés et de prises en charge sociales.

L'ambition, au-delà d'afficher une capacité existante, est d'inscrire cette offre de façon formalisée dans un réseau d'intervenants dédié au public en situation de précarité et de vulnérabilité.

L'ARS, pour sa part, concernant ce public, coordonne la mise en cohérence et la complémentarité des actions déclinées dans les différents schémas et programmes notamment le PRAPS (Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), Equipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP),...).

Dans le cadre du PRAPS et par rapport à l'objectif de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, l'ARS s'est inscrite dans une démarche de transversalité avec les institutions et partenaires extérieurs intervenant dans ce champ : Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), collectivités et associations...

L'organisation proposée ci-dessus, doit permettre :

- de contribuer à construire la disponibilité de données manquantes comme des indicateurs géo populationnels,
- de corrélérer les besoins identifiés de cette population,
- d'adapter l'offre de soins et de la relier aux dispositifs sociaux.

Cet axe organisationnel se dotera d'outils de recensement éclairant outre les listes d'attente à l'entrée, les complexités de prise en charge, et l'adaptation des réponses.

Objectif opérationnel 33 : renforcer l'observation pour une meilleure analyse des besoins

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 33	Renforcer l'observation pour une meilleure analyse des besoins
Action 104	Elaborer et partager des indicateurs renseignant sur la spécificité du public précaire vulnérable et la prévalence des pathologies rencontrées
Objectifs	Disposer d'informations pertinentes
Public	Personnes en situation de précarité et de vulnérabilité : atteintes de maladies chroniques, sortant de prison, femmes avec enfant(s), présentant des problèmes d'addictions, handicap physique, psychique, jeunes errants....
Modalités	Groupes de travail avec les partenaires
Territoire	Régional, territoires de santé, territoires de proximité
Partenaires	DRJSCS/DDCS, gestionnaires LHSS, ACT, CSAPA et CAARUD, établissements médico sociaux personnes âgées, handicapées, établissements hospitaliers, établissements pénitentiaires, collectivités territoriales
Calendrier	Démarrage en 2012
Indicateurs	Bilans quantitatifs des structures : nombre de personnes reçues, pathologies rencontrées, origine des patients, identification des partenariats, difficultés rencontrées

Objectif opérationnel 33	Renforcer l'observation pour une meilleure analyse des besoins
Action 105	Mettre en place des bilans régionaux annuels d'activité standardisés et informatisés des ACT et des LHSS
Objectifs	Regrouper des données communes
Public	Personnes en situation de précarité et de vulnérabilité : atteintes de maladies chroniques, sortant de prison, femmes avec enfant(s), présentant des problèmes d'addictions, handicap physique, psychique, jeunes errants....
Modalités	Groupes de travail avec les partenaires
Territoire	Régional, territoires de santé, territoires de proximité
Partenaires	DRJSCS/DDCS, gestionnaires LHSS et ACT, établissements médico sociaux personnes âgées, handicapées, établissements hospitaliers, établissements pénitentiaires, collectivités territoriales
Calendrier	Démarrage en 2012
Indicateurs	Réalisation des rapports d'activités

Objectif opérationnel 34 : structurer l'offre en recherchant l'adéquation entre besoins identifiés et typologie de structure

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 34	Structurer l'offre en recherchant l'adéquation entre besoins identifiés et typologie de structure
Action 106	Repérer en amont de l'admission les besoins de prise en charge spécialisée pour adapter la prise en charge et formaliser l'évaluation du besoin déposé sur un document à intégrer dans la procédure d'admission
Objectifs	Améliorer en adaptant l'offre disponible aux besoins spécifiques identifiés de ces publics. Mettre en place des conditions favorables pour un parcours vers l'autonomie
Public	Personnes en situation de précarité et de vulnérabilité : atteintes de maladies chroniques, sortant de prison, femmes avec enfant(s), présentant des problèmes d'addictions, handicap physique, psychique, jeunes errants....
Modalités	Elaborer en pré-admission, un document de repérage permettant une prise en charge adaptée
Territoire	Régional, territoires de santé, territoires de proximité
Partenaires	Gestionnaires LHSS, ACT, CSAPA et CAARUD, établissements médico-sociaux personnes âgées, handicapées, établissements hospitaliers, établissements pénitentiaires, collectivités territoriales, PASS, EMPP, SIAO....
Calendrier	Démarrage 2012
Indicateurs	Présence du document de repérage Exhaustivité du remplissage du document Intégration/appropriation dans la procédure d'admission

Objectif opérationnel 34	Structurer l'offre en recherchant l'adéquation entre besoins identifiés et typologie de structure
Action 107	Mutualiser les équipes de prise en charge spécialisées en fonction des besoins du public accueilli
Objectifs	Améliorer l'offre disponible en adaptant aux besoins spécifiques identifiés de ces publics. Mettre en place des conditions favorables pour un parcours vers l'autonomie
Public	Personnes en situation de précarité et de vulnérabilité : atteintes de maladies chroniques, sortant de prison, femmes avec enfant(s), présentant des problèmes d'addictions, handicap physique, psychique, jeunes errants....
Modalités	Inciter par voie de formalisation la mutualisation et l'intervention des offres de prise en charge
Territoire	Régional, territoires de santé, territoires de proximité
Partenaires	Gestionnaires LHSS, ACT, CSAPA et CAARUD, établissements médico-sociaux personnes âgées, handicapées, établissements hospitaliers, établissements pénitentiaires, collectivités territoriales, PASS, EMPP, SIAO....
Calendrier	Démarrage 2012
Indicateurs	La formalisation et l'effectivité de la mutualisation

Objectif opérationnel 34	Structurer l'offre en recherchant l'adéquation entre besoins identifiés et typologie de structure
Action 108	Adapter les compétences des professionnels par la formation et la sensibilisation aux spécificités de prise en charge du public.
Objectifs	Adapter l'offre disponible aux besoins spécifiques identifiés de ces publics. Mettre en place des conditions favorables pour un parcours vers l'autonomie
Public	Personnes en situation de précarité et de vulnérabilité : atteintes de maladies chroniques, sortant de prison, femmes avec enfant(s), présentant des problèmes d'addictions, handicap physique, psychique, jeunes errants....
Modalités	Former le personnel
Territoire	Régional, territoires de santé, territoires de proximité
Partenaires	Gestionnaires LHSS, ACT, CSAPA et CAARUD, établissements médico-sociaux, personnes âgées, handicapées, établissements hospitaliers, établissements pénitentiaires, collectivités territoriales, PASS, EMPP, SIAO....
Calendrier	Démarrage 2012
Indicateurs	Le nombre de personnes formées

Objectif opérationnel 34	Structurer l'offre en recherchant l'adéquation entre besoins identifiés et typologie de structure
Action 109	Evaluer le nombre d'accompagnants et le coût induit (enfants accompagnants)
Objectifs	Adapter l'offre disponible aux besoins spécifiques identifiés de ces publics.
Public	Personnes en situation de précarité et de vulnérabilité : atteintes de maladies chroniques, sortant de prison, femmes avec enfant(s), présentant des problèmes d'addictions, handicap physique, psychique, jeunes errants....
Modalités	Recenser le volume des accompagnants
Territoire	Régional, territoires de santé, territoires de proximité
Partenaires	Gestionnaires LHSS, ACT, CSAPA et CAARUD, établissements médico sociaux, personnes âgées, handicapées, établissements hospitaliers, établissements pénitentiaires, collectivités territoriales, PASS, EMPP, SIAO....
Calendrier	Démarrage 2012
Indicateurs	Nombre d'accompagnants accueillis (cf bilans quantitatifs des structures)

Objectif opérationnel 35 : organiser la complémentarité des acteurs par territoires

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 35	Organiser la complémentarité des acteurs par territoires
Action 110	Développer des partenariats entre les professionnels des structures médico-sociales et de soins aux besoins des personnes pour permettre de construire une gamme de réponses adaptées
Objectifs	Articuler les dispositifs médico-sociaux, de soins et sociaux en fonction des besoins et des spécificités des publics
Public	Gestionnaires et professionnels des dispositifs
Modalités	Recenser les acteurs à mettre en lien Organiser des réunions Faire figurer les parcours d'aval des personnes accueillies dans les rapports d'activité
Territoire	Régional, territoires de santé, territoires de proximité
Partenaires	Gestionnaires des ACT, LHSS, CAARUD et CSAPA, EMPP, PASS, CHRS, services de psychiatrie....
Calendrier	Démarrage en 2012
Indicateurs	Le nombre de réunions Le nombre de formalisation de partenariats Etudes de flux des patients entre les différentes structures

Objectif opérationnel 35	Organiser la complémentarité des acteurs par territoires
Action 111	Définir les critères d'admission dans chaque établissement
Objectifs	Articuler les dispositifs médico-sociaux, de soins et sociaux en fonction des besoins et des spécificités des publics
Public	Gestionnaires et professionnels des dispositifs
Modalités	Organiser des réunions
Territoire	Régional, territoires de santé, territoires de proximité
Partenaires	Gestionnaires des ACT, LHSS, CAARUD et CSAPA, EMPP, PASS, services de psy CHRS....
Calendrier	Démarrage en 2012
Indicateurs	Le nombre de réunions Réalisation de documents partagés

Objectif opérationnel 35	Organiser la complémentarité des acteurs par territoires
Action 112	Améliorer / organiser les sorties des personnes accueillies en ACT / LHSS
Objectifs	Articuler les dispositifs médico sociaux, de soins et sociaux en fonction des besoins et des spécificités des publics Permettre le suivi du parcours de prise en charge des publics
Public	Gestionnaires et professionnels des dispositifs
Modalités	Organiser des réunions Faire figurer dans le rapport d'activité les parcours d'aval des personnes accueillies
Territoire	Régional, territoires de santé, territoires de proximité
Partenaires	Gestionnaires des ACT, LHSS, CAARUD et CSAPA, EMPP, PASS, services de psy CHRS....
Calendrier	Démarrage en 2012
Indicateurs	Le nombre de réunions Durées de séjour en structures Etudes de flux des patients entre les différentes structures

Objectif opérationnel 36 : rendre lisibles les dispositifs

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 36	Rendre lisible les dispositifs
Action 113	Recenser l'ensemble des dispositifs existants et les positionner géographiquement par une cartographie
Objectifs	Rendre lisible l'existant pour le mettre à disposition des professionnels gestionnaires de l'offre d'hébergement, de suivi médical, médico social
Public	Personnes en situation de précarité et de vulnérabilité : atteintes de maladies chroniques, sortant de prison, femmes avec enfant(s), présentant des problèmes d'addictions, handicap physique et psychique, jeunes errants....
Modalités	Dresser un bilan de l'existant exhaustif avec les partenaires
Territoire	Régional, territoires de santé, territoires de proximité
Partenaires	DRJSCS, DDCSPP, collectivités territoriales, ARS, associations
Calendrier	Démarrage en 2012
Indicateurs	Diffusion de la cartographie à l'ensemble des professionnels

Conclusion :

Les objectifs opérationnels et actions concernant le volet « personnes confrontées à des difficultés spécifiques », prioritaires pour l'ARS du Centre au titre des années **2012/2013** sont les suivantes :

Pour les personnes en difficultés avec les addictions :

- mettre en œuvre les autorisations figurant dans le précédent schéma dont l'installation d'un CSAPA dans l'est du département du Loiret,
- conforter l'offre en CSAPA avec hébergement sur la région Centre par la création de places d'appartements thérapeutiques et/ou augmentation des places du centre thérapeutique résidentiel, après évaluation chiffrée des besoins,
- installer l'Instance régionale en addictologie.

Cette instance, une fois installée, aura notamment pour mission de créer des groupes de travail dont certains sont évoqués dans le plan d'actions. Ces groupes permettront non seulement de suivre les indicateurs retenus mais aussi l'état d'avancement des préconisations du schéma.

Pour les personnes en situation de précarité et de vulnérabilité ayant besoin de soins et d'un accompagnement médico-social :

- renforcer l'observation pour une meilleure analyse des besoins,
- structurer l'offre en recherchant l'adéquation entre besoins identifiés et typologie de structure.

Dans ce cadre, des groupes de travail seront mis en œuvre :

- élaborer et partager des indicateurs renseignant sur la spécificité du public précaire vulnérable et la prévalence des pathologies rencontrées (cf. action 104),
- mettre en place des bilans régionaux annuels d'activité standardisés et informatisés des ACT et des LHSS (cf. action 105).

Objectifs opérationnels transversaux à toutes les populations du médico-social

Objectif opérationnel 37 : contribuer au déploiement des bonnes pratiques professionnelles et à l'efficacité des ESMS

Contexte et enjeux :

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles se situent à l'interface d'une logique d'évaluation et d'une logique d'amélioration continue de la qualité, dans le droit fil des principes de la loi du 2 janvier 2002.

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des ESMS (ANESMS) édite depuis sa création un certain nombre de recommandations de bonnes pratiques, sur lesquelles devront être conduites les évaluations.

On peut citer, par exemple :

- la « bientraitance »,
- « pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou troubles envahissants du développement »,
- « la participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie »,
- « l'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile ».

La Haute Autorité de santé (HAS) a également élaboré un certain nombre de recommandations.

Depuis le 1^{er} avril 2010, les ARS sont compétentes en matière de gestion du risque. Elles peuvent plus particulièrement mettre en œuvre des actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de Gestion du risque (GDR) et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

Le programme de GDR est intégré au PRS. Des actions de ce programme concernent directement les ESMS et plus particulièrement les EHPAD. La GDR en EHPAD comprend plusieurs axes : prévention, qualité des soins, pertinence de l'organisation des soins, maîtrise médicalisée, contrôles.

Les enjeux sont de deux ordres :

- de santé publique : axes de prévention relatifs aux personnes âgées inscrits dans la loi de santé publique du 9 août 2004, prévention de l'iatrogénie médicamenteuse, recommandations de la HAS spécifiques aux traitements des personnes âgées,
- financiers : la GDR en EHPAD s'avère nécessaire dans un secteur aux dépenses élevées et en forte croissance.

Le domicile ne doit pas être oublié dans la promotion des bonnes pratiques professionnelles.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 37	Contribuer au déploiement des bonnes pratiques professionnelles et à l'efficience des ESMS
Action 117	Accompagner et contrôler la mise en œuvre des recommandations de l'ANESM dans les ESMS
Objectifs	Diffuser les bonnes pratiques professionnelles éditées par l'Anesm dans le cadre de ses recommandations et contribuer, dans ce cadre, à la mise en œuvre de formations ou d'actions spécifiques (cf. objectifs opérationnels 37 et 38)
Public	Gestionnaires et salariés des ESMS
Modalités	Actions de diffusion et de vulgarisation des recommandations auprès des ESMS. Organisation de réunions territoriales thématiques, actions de contrôles thématiques dans le cadre du plan de contrôle de l'ARS
Territoire	Tous les territoires de la région
Partenaires	Pilote : ARS avec les Conseils généraux pour les ESMS conjoints Partenaires associés : ESMS et associations, représentants des usagers
Calendrier	Années 2012 – 2016 : action permanente sur toute la durée du schéma
Indicateurs	Nombre de participants aux réunions de vulgarisation Nombre de diffusions effectuées

Objectif opérationnel 37	Contribuer au déploiement des bonnes pratiques professionnelles et à l'efficience des ESMS
Action 118	Mettre en œuvre les actions de gestion du risque pour renforcer l'efficience et la qualité des soins en EHPAD
Objectifs	Diffuser les bonnes pratiques professionnelles relatives à la prise en charge des personnes âgées aux gestionnaires d'EHPAD afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge : dénutrition chez les personnes âgées, arrêt des prescriptions de benzodiazépines chez les résidents en EHPAD, prévention des troubles du comportement chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée
Public	Gestionnaires et salariés d'EHPAD
Modalités	Organisation de réunions départementales de partages d'expériences et d'échanges de bonnes pratiques
Territoire	Tous les territoires de la région
Partenaires	Pilotes : ARS et Assurance maladie Partenaires associés : Conseils généraux, ESMS et associations, représentants des usagers, professionnels de santé libéraux
Calendrier	Années 2012 – 2016 : action permanente sur toute la durée du schéma
Indicateurs	Nombre de participants aux réunions, indicateurs nationaux de chaque action

Objectif opérationnel 38 : contribuer à la promotion de la bientraitance, à la lutte contre la maltraitance et au respect des droits des usagers

Contexte et enjeux :

Tout acte de maltraitance est intolérable, d'autant plus s'il est exercé sur une personne fragile qui ne dispose pas nécessairement de la possibilité de se défendre ou de le dénoncer.

La maltraitance/la bientraitance : définitions

La **maltraitance** ne se limite pas à la seule violence physique. La notion de violence est élargie par le Conseil de l'Europe à « tout acte ou omission commis par une personne ou un groupe, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle et psychique, ou à la liberté d'une personne ou d'un autre groupe, ou compromet gravement le développement de sa personnalité ou nuit à sa sécurité financière ». Il distingue :

- les violences physiques : coups, brûlures, soins brusques, non satisfaction des demandes liées aux besoins physiologiques, violences sexuelles, etc.,
- les violences psychiques ou morales : langage irrespectueux, absence de considération, chantage, abus d'autorité, non-respect de l'intimité, etc.,
- violences médicales ou médicamenteuses : défaut de soins, manque d'information, abus de traitements, non prise en compte de la douleur, etc.,
- négligences actives : abus, privations et abandons pratiqués avec la conscience de nuire,
- négligences passives : négligences relevant de l'ignorance ou de l'inattention de l'entourage,
- privation ou violation des droits : limitation de liberté, privation de l'exercice des droits civiques, interdiction de pratique religieuse, etc.,
- violences matérielles et financières : vols, escroquerie, abus de confiance, etc.

La maltraitance est favorisée par l'ignorance des problèmes liés à l'âge (par exemple : la maladie d'Alzheimer) ou au handicap et par l'épuisement de l'entourage.

La maltraitance est difficile à apprécier, car elle prend de nombreuses formes et se situe dans la sphère intime de la victime.

La **bientraitance** est une démarche de respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité, par les professionnels qui la prennent en charge.

La bientraitance implique :

- une valorisation de l'expression des usagers,
- une réflexion constante sur les pratiques pour prendre du recul et améliorer ce qui doit l'être,
- un réel professionnalisme : une vraie capacité des professionnels à mettre en œuvre les règles de bonne pratique correspondant à leur activité. Cela passe par la formation initiale et continue et par la fixation d'une organisation claire du travail.

Au niveau déconcentré, les ARS contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les ESMS.

La politique nationale mise en œuvre dans ce domaine est organisée autour de trois axes principaux :

- le signalement et le traitement des situations de maltraitance,
- le contrôle et l'accompagnement des ESMS,
- l'amélioration de la connaissance du phénomène de maltraitance.

La maltraitance est souvent le reflet de mauvaises pratiques dont les professionnels ne sont pas toujours conscients. A ce titre, prévenir la maltraitance passe notamment par la diffusion et l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles.

L'efficacité de la politique de lutte contre la maltraitance dans les ESMS dépend non seulement de la détection précoce des situations à risque mais aussi du traitement immédiat des situations les plus graves pour lesquelles la santé ou la sécurité des personnes a été compromise.

La réalisation d'un tel objectif nécessite que les autorités administratives compétentes soient informées dans les meilleurs délais par les responsables des structures concernées.

Enfin, les ESMS ont l'obligation, de par la loi, de transmettre aux autorités en charge de l'autorisation les résultats des évaluations internes (tous les cinq ans) et externes (dans les sept ans après autorisation et au moins deux ans avant renouvellement). Pour 24 500 ESMS, l'autorisation devra faire l'objet d'une décision de renouvellement en 2017. Il est donc important de pouvoir accompagner les ESMS concernés et de suivre le respect de cette obligation imposée par le législateur.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 38	Contribuer à la promotion de la bientraitance, à la lutte contre la maltraitance et au respect des dispositions de la loi du 2 mars 2002
Action 119	Mettre en place une véritable politique de promotion de la bientraitance et renforcer la lutte contre la maltraitance
Objectifs	Améliorer les pratiques de bientraitance, améliorer le repérage des risques de maltraitance et renforcer le contrôle des établissements à risque
Public	ESMS, gestionnaires et salariés, usagers
Modalités	Diffusion des recommandations ANESMS, réunions d'informations, inspections et contrôles dans le cadre des conformités et du plan de contrôle régional de l'ARS
Territoire	Tous les territoires de la région
Partenaires	ARS, Conseils généraux, préfets de département et services de l'Etat
Calendrier	Années 2012 – 2016 : action permanente sur toute la durée du schéma
Indicateurs	Pourcentage d'évolution du nombre de protocoles de signalement des dysfonctionnements Nombre d'inspections et de contrôles effectués au titre de la lutte contre la maltraitance

Objectif opérationnel 38	Contribuer à la promotion de la bientraitance, à la lutte contre la maltraitance et au respect des dispositions de la loi du 2 mars 2002
Action 120	Veiller à la garantie des droits des usagers
Objectifs	S'assurer que les droits des usagers sont garantis et que les documents et instances nécessaires à la mise en œuvre de ces droits sont effectifs
Public	ESMS, gestionnaires et salariés, usagers
Modalités	- Enquête auprès de l'ensemble des ESMS - Vérification dans le cadre des inspections, contrôles et conformités de la mise en place effective des Conseils de la vie sociale (CVS) et des documents concourant à l'exercice des droits des usagers
Territoire	Tous les territoires de la région
Partenaires	Pilote : ARS avec les Conseils généraux pour les ESMS conjoints, préfets de département et services de l'Etat, ESMS et associations, représentants des usagers
Calendrier	Années 2014-2015 pour l'enquête
Indicateurs	Pourcentage de réponses à l'enquête Pourcentage d'évolution de la mise en place des CVS

Objectif opérationnel 38	Contribuer à la promotion de la bientraitance, à la lutte contre la maltraitance et au respect des dispositions de la loi du 2 mars 2002
Action 121	Accompagner la mise en œuvre des dispositions relatives à l'évaluation des ESMS
Objectifs	Accompagner les ESMS dans la mise en œuvre des évaluations internes et externes et suivre l'atteinte de la mise en œuvre de ces dispositions réglementaires
Public	ESMS, gestionnaires et salariés, usagers
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Enquêtes sur l'auto-évaluation des pratiques concourant au déploiement de la bientraitance - Enquêtes sur le suivi des évaluations internes et externes sur la région - Réunions d'échanges et d'informations sur les évaluations externes - Exploitations des évaluations externes dans le cadre du renouvellement des autorisations - Articulation avec le suivi du CPOM ARS.
Territoire	Tous les territoires de la région
Partenaires	Pilote : ARS et Conseils généraux pour les ESMS conjoints Partenaires associés : ANESMS, ESMS et associations, représentants des usagers
Calendrier	Années 2012-2014
Indicateurs	Pourcentage d'ESMS ayant réalisé leur évaluation externe (indicateur CPOM) Pourcentage de réponses à l'enquête sur l'auto-évaluation

Objectif opérationnel 39 : accompagner la professionnalisation des salariés des ESMS et l'évolution des ressources humaines des ESMS (Priorité ARS)

Contexte et enjeux :

Les activités médico-sociales sont entre 75 et 90 % soutenues par des moyens humains pluridisciplinaires composés de métiers médicaux, paramédicaux et sociaux qualifiés.

Les activités médico-sociales se sont développées massivement ces dernières années en fonction des orientations des plans nationaux.

Enfin, le secteur médico-social doit faire face à un vieillissement de ses salariés et subir des départs en retraite importants et qui peuvent croître dans les prochaines années.

La région Centre n'échappe pas à ces constats nationaux.

Or, en région Centre des tensions sont identifiées sur plusieurs métiers, parfois de manière récurrente. Ces tensions touchent au niveau de l'ensemble de la région les médecins (dont les médecins psychiatres, médecins coordonnateurs), mais également, sur certains territoires, les professionnels paramédicaux (ergothérapeute, psychothérapeute, IDE, aides soignants, etc.) et les professionnels éducatifs (AMP, éducateur technique spécialisé, etc.).

Dans le cadre des travaux préparatoires du SROMS, l'ARS a été alertée sur ces tensions et sur les difficultés à pourvoir les postes vacants ou à créer par des professionnels diplômés et qualifiés. Ces difficultés ont pour conséquence de peser directement sur la capacité à développer des établissements ou services médico-sociaux sur certains territoires, ainsi que sur la qualification des salariés prenant en charge les usagers (développement des postes de faisant fonction) et sur la promotion de la qualité de service et de la bientraitance.

Il est donc important d'agir pour améliorer la situation de la région Centre par rapport à sa situation vis-à-vis de l'emploi dans le secteur médico-social.

De même, la qualité de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées implique un niveau de professionnalisation satisfaisant des personnels mobilisés.

Pour renforcer la professionnalisation des salariés du secteur médico-social, la CNSA mobilise des dispositifs financés par la section IV de son budget :

- le cofinancement de formations qualifiantes, par le biais des organismes collecteurs des fonds de la formation professionnelle continue (OPCA),

- le cofinancement des plans d'actions des Conseils généraux et fédérations nationales pour le secteur de l'aide à domicile.

De plus, le programme MobiQual contribue également au développement de la qualité de la prise en charge des personnes, en établissements médico-sociaux ou à domicile, en contribuant à la diffusion de nouvelles démarches auprès des professionnels. Les outils de sensibilisation de MobiQual présentent l'intérêt de concentrer une part importante des bonnes pratiques professionnelles attachées à la mise en œuvre des plans nationaux. Ils mettent l'accent sur les actions de professionnalisation, en complément des actions de soutien aux formations qualifiantes.

Dans le cadre des travaux préparatoires du SROMS, il a été soulevé la nécessité de former dans le cadre de la formation continue les professionnels intervenant auprès des personnes âgées à domicile (y compris les aidants) aux signes d'alerte, à répondre aux questions du 15 et à des thèmes spécifiques (démences, troubles du comportement,...). De même, pour les professionnels du secteur du handicap, la question des formations spécifiques comme par exemple l'autisme et dans le cadre du domicile a été soulevée.

Pour améliorer la situation de l'emploi dans le secteur médico-social, un certain nombre d'actions doivent donc être menées.

Plan d'actions :

Objectif opérationnel 39	Accompagner la professionnalisation des salariés des ESMS et l'évolution des ressources humaines des ESMS
Action 122	Soutenir la mise en œuvre d'actions de professionnalisation dans les ESMS pour personnes âgées sur la base du programme MobiQual, des formations à la bientraitance et des formations spécifiques du plan Alzheimer
Objectifs	Renforcer la professionnalisation des personnels des EHPAD
Public	Personnels des EHPAD : salariés y compris l'encadrement des ESMS
Modalités	Diffusion, vulgarisation et accompagnement des actions du programme MobiQual, des formations de formateurs relais bientraitance, des formations ANESM et des formations à la fonction d'assistant de soins en gérontologie Cette action renvoie plus particulièrement à la mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012. PASA, UHR et SSIAD spécialisés nécessitent en effet des professionnels adaptés et pluridisciplinaires et plus particulièrement des assistants de soins en gérontologie et des professionnels de la rééducation (psychomotriciens, ergothérapeutes, etc.). Ces éléments doivent pouvoir accompagner, en articulation avec le Conseil régional, l'augmentation des quotas de formation et/ou la création d'écoles.
Territoire	Région
Partenaires	ARS, OPCA, CNSA, Conseil régional et Conseils généraux, Mutualité française du Centre, ESMS et associations, etc.
Calendrier	Années 2012-2016 : action permanente sur toute la durée du schéma
Indicateurs	Nombre de professionnels formés dont les assistants de soins en gérontologie

Objectif opérationnel 39	Accompagner la professionnalisation des salariés des ESMS et l'évolution des ressources humaines des ESMS
Action 123	Soutenir la mise en œuvre d'actions de professionnalisation dans les ESMS pour personnes en situation de handicap sur la base des programmes nationaux et du programme de la CNSA
Objectifs	Renforcer la professionnalisation des personnels des ESMS pour personnes handicapées et plus particulièrement les actions de formateurs relais sur l'autisme, des formations ANESM et l'expérimentation des ITEP du Loir-et-Cher
Public	Personnels des ESMS pour personnes handicapées : salariés y compris l'encadrement des ESMS
Modalités	- Diffusion, vulgarisation et accompagnement d'actions spécifiques : autisme, expérimentation ITEP du Loir-et-Cher,.... - Articulation avec le groupe formation du CTRA pour les actions de professionnalisation concernant l'autisme
Territoire	Région
Partenaires	ARS, OPCA, CNSA, Conseil régional, Conseils généraux, Mutualité française du Centre, ESMS et associations
Calendrier	Années 2012-2016 : action permanente sur toute la durée du schéma
Indicateurs	Nombre de professionnels formés

Objectif opérationnel 39	Accompagner la professionnalisation des salariés des ESMS et l'évolution des ressources humaines des ESMS
Action 124	Soutenir la mise en œuvre d'actions de professionnalisation pour les professionnels intervenant à domicile
Objectifs	- Renforcer la professionnalisation des personnels intervenant à domicile par le biais de formations sur des thématiques spécifiques (Alzheimer, troubles du comportement, sur le handicap : formation à des gestes techniques pour les personnes lourdement handicapées,...), des formations ANESM et des actions mises en œuvre dans le cadre des partenariats entre les fédérations d'aide à domicile et les Conseils généraux. - Développer la formation des professionnels de répit à l'aide aux aidants naturels : écoute, reconnaissance, prise en compte des demandes et de l'inscription dans le cadre de la famille. - Sensibiliser et former les professionnels de santé et de l'accompagnement à la prise en considération des aidants, de leur savoir et de leurs compétences.
Public	Personnels des services d'aides à domicile : salariés y compris l'encadrement des ESMS
Modalités	Diffusion, vulgarisation et accompagnement d'actions spécifiques et des actions cofinancées par la CNSA
Territoire	Région
Partenaires	ARS, OPCA, CNSA, Conseil régional, Conseils généraux, Mutualité française du Centre, ESMS et associations
Calendrier	Années 2012-2016 : action permanente sur toute la durée du schéma
Indicateurs	Nombre de professionnels formés

Objectif opérationnel 39	Accompagner la professionnalisation des salariés des ESMS et l'évolution des ressources humaines des ESMS
Action 125	Développer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences territorialisées
Objectifs	Anticiper par territoire et en pluriannuel les besoins de qualification des actifs du médico-social, du sanitaire et de l'ambulatoire
Public	Personnels des ESMS et des établissements de santé
Modalités	<p>Dans le cadre d'un groupe de travail régional « ressources humaines », les modalités d'action sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recenser sur un ou deux territoires sensibles de la région et en pluriannuel les postes vacants, les postes occupés par des faisant fonction, les départs en retraite, le turn-over, etc. , - recenser parallèlement sur ce ou ces territoires, les besoins d'emplois issus des créations d'ESMS, des contractualisations et des restructurations, - en fonction de ces éléments croisés, définir les moyens d'actions en lien avec le Conseil régional et éventuellement les Conseils généraux intéressés pour accompagner financièrement cette démarche : augmentation des quotas des écoles, mise en œuvre localement de formations de qualifications pour tel ou tel professionnel, accompagnement des étudiants (financièrement, tutorat, apprentissage, etc). <p>De même, sur les autres territoires, il conviendra de renforcer également les liens avec le Conseil régional pour anticiper la création des établissements médico-sociaux et/ou les restructurations pour pouvoir qualifier et professionnaliser des salariés.</p> <p>Certaines professions, comme les aides-soignants et les aides médico-psychologiques sont plus particulièrement à privilégier sur les territoires comme l'Eure-et-Loir et le Loir-et-Cher.</p> <p>Pour permettre aux ESMS d'entrer dans cette démarche anticipatrice, il conviendra de les inciter à entrer dans une démarche interne de GPEC qui contribue à l'évaluation prospective des besoins en ressources humaines en termes de qualification, de professionnalisation et de recrutement.</p> <p>Enfin, la restructuration de l'offre médico-sociale doit s'accompagner de véritables programmes de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qui implique nécessairement une anticipation de la part des organismes gestionnaires.</p> <p>Le financement des ESMS par l'ARS permettra éventuellement de renforcer budgétairement pour les personnels qu'elle finance, le cas échéant, les plans de formation notamment lorsqu'une situation sera marquée par un fort turn-over, des départs en retraite importants, le développement d'une prise en charge spécifique.</p> <p>Articulation avec l'outil d'observation partagé, sanitaire et social informatisé (OPSSI)</p>
Territoire	Ensemble des territoires de la région
Partenaires	ARS, OPCA, CNSA, Conseil régional, Conseils généraux, Mutualité française du Centre, ESMS et associations
Calendrier	Années 2012-2014
Indicateurs	Nombre de processus de GPEC mis en œuvre

Objectif opérationnel 39	Accompagner la professionnalisation des salariés des ESMS et l'évolution des ressources humaines des ESMS
Action 126	Inciter à l'utilisation de cadres juridiques de coopération (GCSMS – fusion/absorption d'associations, etc.) pour mieux gérer les absences de personnels des ESMS par territoire et favoriser la continuité des soins de qualité
Objectifs	Favoriser la continuité des soins de qualité des usagers dans les ESMS
Public	Personnels des ESMS
Modalités	<p>Dans le cadre des travaux préparatoires du SROMS, il a été recensé des difficultés pour remplacer, par des professionnels formés, des absences pour maladie, congés, etc. dans les ESMS. De même, il a été indiqué les difficultés de recrutement des postes à temps partiels réduits.</p> <p>Les modalités d'actions sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rassembler les postes à temps partiels des ESMS d'un même territoire pour créer des postes à temps plein qui pourraient intervenir sur ces établissements (psychiatres, psychomotriciens, etc.) afin de mieux pourvoir ces postes, - inciter, par territoire de proximité, au développement de cadres juridiques de coopérations (GCSMS par exemple) inter gestionnaires autour des ressources humaines afin de faciliter les remplacements des personnels absents en ayant un « vivier » mutualisé et formé à disposition et faciliter les recrutements. <p>Les CPOM des ESMS doivent disposer de volets relatifs aux ressources humaines afin d'adapter les compétences aux nouveaux enjeux et aux publics, mais également de renforcer la capacité de recrutement et de maintien dans l'emploi des agents des structures. L'incitation à l'utilisation de cadres juridiques de coopération pourra être intégrée dans les démarches de contractualisation.</p> <p>Elle sera favorisée par des financements que réservera à cet effet l'ARS.</p>
Territoire	Région
Partenaires	ARS, OPCA, CNSA, Conseil régional, Conseils généraux, Mutualité française du Centre, ESMS et associations.
Calendrier	Années 2014-2016
Indicateurs	Nombre de coopérations ressources humaines développées sur la région Centre

Conclusion :

Les objectifs opérationnels transversaux et les actions qui y sont attachées sont à mener pour l'essentiel sur l'ensemble de la durée du SROMS.

L'objectif opérationnel « Accompagner la professionnalisation des salariés des ESMS et l'évolution des ressources humaines des ESMS » est une priorité de l'ARS qui sera mise en œuvre dès l'année 2012 par la formalisation d'une méthode de construction d'un outil permettant de développer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences territorialisées dans le cadre d'un groupe de travail régional « ressources humaines ».

Les autres actions ne nécessitent pas véritablement la constitution d'un groupe de travail spécifique mais la recherche d'une articulation entre les différents financeurs potentiels, en lien avec la politique de la CNSA et également avec le groupe formation du Comité technique régional de l'autisme, pour les actions de professionnalisation mises en œuvre pour ce public.

Les Annexes

SROMS 2012-2016 - CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE - volet "Personnes en situation de handicap"

Objectif opérationnel	Intitulé	N° Action	Action	2012	2013	2014	2015	2016
1	Améliorer la connaissance des besoins	1	Créer un système d'information partagé régional (observatoire régional) sur l'évaluation des besoins des usagers (en ESMS et à domicile)					
2	Améliorer l'information des professionnels et des usagers	2	Développer des outils facilitant les échanges d'informations entre professionnels pour contribuer, par territoire, à une meilleure circulation des informations indispensables à la prise en charge des usagers					
		3	Elaboration d'un Guide « ressources médico-sociales » régional et par territoire					
		4	Développer des actions d'informations et de communications					
3	Améliorer le dépistage précoce du handicap chez les jeunes en situation de handicap	5	Identifier les actions respectives (repérage / évaluation / diagnostic) des différents dispositifs et professionnels intervenant au sein de chaque territoire (CAMSP, CMPP, CMP, services de pédiatrie, pédopsychiatrie, professionnels libéraux PMI et service du Conseil Général, structures de la petite enfance, Education Nationale...) et construire la complémentarité de l'offre en tenant compte des spécificités locales					
		6	Organiser les complémentarités CAMSP/CMPP avec les services de PMI, le secteur de pédopsychiatrie, les professionnels libéraux, le CRA, le secteur de la petite enfance, l'Education Nationale sur chaque territoire pour améliorer le dépistage des enfants dès leur plus jeune âge en identifiant les besoins éventuels d'accompagnement des parents					
		7	Poursuivre le renforcement des CAMSP et des CMPP existants sur les territoires en complémentarité et synergie avec les autres dispositifs existants (SESSAD, CMP...) dans le cadre d'une réflexion globale					
		8	Clarifier et renforcer l'organisation existante en matière de dépistage et diagnostic des troubles autistiques sur chaque territoire					
		9	Clarifier et renforcer l'organisation existante en matière de dépistage et de diagnostic des troubles des apprentissages					

Objectif opérationnel	Intitulé	N° Action	Action	2012	2013	2014	2015	2016
4	Améliorer l'accompagnement précoce	10	Adapter l'offre (développement des offres manquantes ou renfort) dans le domaine de la petite enfance dans le cadre d'une réflexion globale entre les différents partenaires du territoire					
		11	Disposer d'une offre en service pour déficients sensoriels au sein de chaque territoire : en s'appuyant notamment sur les ESMS à vocation régionale (notamment pour le Cher et le Loir-et-Cher)					
5	Adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un trouble du spectre autistique	12	Identifier ou conforter une offre spécifique au sein de chaque territoire : unités dédiées au sein d'établissements sanitaires, d'établissements médico-sociaux, SESSAD...					
		13	Développer, en proximité, des unités spécifiques pour adultes présentant des troubles du spectre autistique d'un minimum de 5 places ou adapter un équipement existant en confortant si nécessaire les ratios d'encadrement					
6	Favoriser la scolarisation, l'insertion professionnelle et l'insertion sociale des personnes handicapées	14	Contribuer au développement d'actions et de dispositifs de soutien à la scolarisation dans le cadre de travaux coordonnés au sein de chaque territoire					
		15	Contribuer au soutien en termes d'information et de formation des professeurs des écoles par les ESMS pour l'accueil des enfants en situation de handicap					
		16	Développer le travail partenarial entre institutions MDPH/Education nationale/ARS, organismes (CFA et CFAS, CAP emploi) entreprises et ESMS dans le cadre de l'insertion professionnelle pour définir des parcours adaptés					
		17	Favoriser et accompagner l'adaptation du secteur du travail protégé aux évolutions des populations accueillies en ESAT et par des activités adaptées					
		18	Diversifier les modalités d'intervention des ESAT et favoriser les passerelles entre le milieu protégé et le milieu ordinaire de travail et promouvoir l'accès et le maintien dans l'emploi des travailleurs reconnus handicapés					
		19	Accompagner et renforcer le suivi des CRP qui ont vocation à faciliter des réorientations professionnelles par des formations adaptées aux aptitudes des personnes accueillies					
		20	Développer les partenariats entre clubs sportifs ESMS, SSR spécialisés neuro locomoteur					

Objectif opérationnel	Intitulé	N° Action	Action	2012	2013	2014	2015	2016
7	Adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un handicap psychique dont les troubles du comportement	21	Améliorer la prise en charge des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques en proximité dans les territoires					
		22	Organiser une réponse à l'accompagnement des enfants présentant des troubles complexes du comportement					
		23	Améliorer la prise en charge des adultes présentant des difficultés psychologiques en proximité dans les territoires					
8	Adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un polyhandicap, plurihandicap et des situations complexes de handicap	24	Développer une prise en charge de proximité et sécurisée dans les territoires de la région pour les enfants et adolescents handicapés					
		25	Développer une prise en charge de proximité et sécurisée dans les territoires de la région pour les adultes handicapés					
		26	Développer un équipement spécifique médico-social pour la prise en charge des traumatisés crâniens sévères					
9	Adapter l'offre de prise en charge au vieillissement des personnes en situation de handicap	27	Recenser, pour cette problématique, régionalement et par territoire le nombre d'usagers et les ESMS concernés, ainsi que les solutions mises en place					
		28	Développer et adapter l'offre médico-sociale sur chaque territoire de la région en créant des unités spécifiques médicalisées (FAM ou MAS) pour des places dédiées aux usagers vieillissants et/ou en adaptant l'offre existante					
		29	Développer et adapter l'offre médico-sociale et les prises en charge sur chaque territoire de la région pour les travailleurs handicapés vieillissants					
10	Contribuer, par territoire, au renforcement des coordinations des acteurs et des professionnels prenant en charge des personnes handicapées afin d'optimiser les compétences et les complémentarités dans un contexte de démographie médicale et paramédicale non favorable dans les 5 ans à venir	30	Identifier les possibilités de coopérations entre professionnels et renforcer plus particulièrement le conventionnement entre le sanitaire (et plus particulièrement la psychiatrie) et le médico-social pour personnes handicapées et contribuer à faciliter les soins des personnes handicapées					
		31	Renforcer les articulations entre institutionnels par territoire autour des situations des usagers par la mise en place de dispositifs expérimentaux					
		32	Contribuer à une meilleure articulation entre ESMS et institutionnels sur les situations des usagers en définissant les bases d'un protocole d'admission partagé et concerté et les notions d'urgence et de priorité					
		33	Mettre en place par territoire une équipe mobile venant en appui des ESMS pour les situations complexes					

Objectif opérationnel	Intitulé	N° Action	Action	2012	2013	2014	2015	2016
11	Renforcer la prévention des complications liées au handicap	34	Développer des actions de prévention et de promotion de la santé destinées aux personnes en situation de handicap					
12	Améliorer l'accès aux soins et faciliter la continuité des soins des personnes en situation de handicap prises en charge en ESMS et à domicile	35	Contribuer, par territoire, à l'amélioration de l'accès aux soins et à la continuité des soins des personnes en situation de handicap en établissement et favoriser le renforcement des coordinations des acteurs					
		36	Contribuer à faciliter, par territoire, à l'amélioration de l'accès aux soins et à la continuité des soins des personnes en situation de handicap prises en charge à domicile et favoriser le renforcement des coordinations des acteurs					
13	Soutenir les aidants des personnes en situation de handicap par le développement de dispositifs de répit	37	Renforcer, pour les personnes handicapées, le développement des dispositifs d'accueils de jour, d'accueils temporaires et d'accueils séquentiels et d'urgence en région Centre et/ou en proximité sur chaque territoire					
		38	Expérimenter le développement d'une plateforme d'accompagnement et de répit pour personnes adultes handicapées sur un territoire et accompagner le développement de formes innovantes de répit pour les personnes handicapées au niveau régional : séjour vacances, accueil de nuit, garde itinérante de nuit...					
14	Développer l'information et la formation à destination des aidants naturels de personnes en situation de handicap	39	Soutenir le développement d'actions d'informations, d'échanges et de soutiens pour les aidants de personnes en situation de handicap : groupes d'informations et d'échanges, groupes de parole...					
		40	Développer des actions de formations spécifiques à destination des aidants de personnes en situation de handicap : autisme, handicaps psychiques, polyhandicaps, aspirations endotrachéales, handicaps invisibles, suivi des traitements, informations sur des signes précurseurs ...					
15	Renforcer l'offre médico-sociale destinée à la prise en charge des personnes en situation de handicap à domicile	41	Améliorer la couverture territoriale des services pour personnes handicapées favorisant le choix de vie à domicile dans la région Centre					

SROMS 2012-2016 - CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE - volet "Personnes Agées"

Objectif opérationnel	Intitulé	N° Action	Action	2012	2013	2014	2015	2016
16	Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité	42	Elaboration d'un Guide « ressources » régional et par territoire en clarifiant qui fait quoi					
		43	Poursuivre le développement des dispositifs de la filière gériatrique (consultation pôle court séjour)					
		44	Améliorer l'accès aux consultations mémoire pour diagnostic et accompagnement précoce et assurer la transmission de données à la banque nationale Alzheimer					
		45	Mettre à disposition et faire connaître des médecins généralistes un numéro d'appel pour avis gériatrique sur les territoires qui n'en disposent pas encore Diffuser cette information auprès des médecins					
		46	Expérimenter des coopérations entre médecins libéraux et professionnels de santé pour dépister les facteurs de fragilités chez les personnes âgées					
		47	Former les acteurs intervenant à domicile aux signes d'alerte (chutes, troubles cognitifs, problèmes alimentaires, modifications de comportement etc.) et améliorer la transmission d'information vers le médecin généraliste					
		48	Développer les politiques de prévention au sein des EHPAD (chutes, nutrition, dépistage des troubles cognitifs...)					
17	Améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques par la mise en œuvre du plan Alzheimer	49	Aider au déploiement des dispositifs préconisés dans le Plan Alzheimer 2008- 2012					
		50	Organiser la mise en œuvre des mesures du plan dans un souci de maillage équitable au sein des territoires en favorisant l'efficacité et complémentarité avec les dispositifs existants					
		51	Optimiser les organisations pour la prise en charge des sujets jeunes du diagnostic à l'accompagnement					
		52	Diffuser l'information par territoire et au niveau régional pour faire connaître ces dispositifs aux usagers et professionnels					

Objectif opérationnel	Intitulé	N° Action	Action	2012	2013	2014	2015	2016
18	Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées à domicile et en EHPAD	53	Mettre en place une équipe mobile gériatrique extra hospitalière					
		54	Organiser pour tous les établissements et services la transmission d'information vers le médecin traitant et vers les IDE le cas échéant dès la sortie d'hospitalisation (type lettre abrégée, fiche de liaison IDE). Cette action s'inscrira également en lien avec le déploiement du DMP.					
		55	Clarifier les rôles respectifs et les articulations entre services d'aide à domicile, IDE libérales, SSIAD, HAD et organiser la continuité des prises en charge pour les patients relevant de SSIAD					
		56	Déployer un outil de gestion unique de liste d'attente en EHPAD					
		57	Mettre en place au sein de chaque EHPAD une organisation permettant l'intervention médicale et la prise en charge précoce: - optimiser la présence médicale en lien avec les médecins traitants des résidents - optimiser les plages de couverture des IDE - permettre aux médecins traitants se déplaçant sur site de répondre à certaines situations y compris s'ils ne sont pas le médecin traitant du résident					
		58	Mettre en place au sein de chaque EHPAD des outils facilitant ou orientant les prises de décisions par un médecin régulateur					
		59	Dans l'attente du déploiement du DMP, veiller à la mise en place effective du DLU et à l'organisation de sa transmission lors d'hospitalisation mais aussi à son retour avec lettre de sortie					
		60	Développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires de court séjour SSR USLD et avec les services de psychiatrie ou de gérontopsychiatrie d'un territoire					
		61	Développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires pour disposer de temps médical partagé EHPAD/structure gériatrique sanitaire					
		62	Organiser la couverture médicale pour les soins de l'ensemble des résidents dans les EHPAD					
		63	Poursuivre et développer les partenariats avec les EADSP					
		64	Poursuivre et développer les partenariats avec les HAD					

Objectif opérationnel	Intitulé	N° Action	Action	2012	2013	2014	2015	2016
19	Améliorer l'accès aux soins et identifier les besoins d'accompagnement des populations migrantes vieillissantes	65	Identifier les besoins de soins et d'accompagnement pour la population migrante vieillissante					
20	Développer les mesures de répit: plateformes de répit et d'accompagnement des aidants, formes innovantes de répit sur les territoires; former et informer les aidants	66	Développer l'offre en AJ et HT en clarifiant les missions en tenant compte des particularités territoriales et en assurant un maillage cohérent et ce dans un souci d'efficience					
		67	Poursuivre la mise en place d'une plateforme de répit par territoire d'ici 2012 et identifier auprès des usagers le besoin d'offres différentes de répit en vue de développer des formules innovantes					
		68	Recenser, identifier et faire connaître par territoire les actions de formation et d'information destinées aux aidants					
21	Adapter l'offre en SSIAD au sein des territoires en tenant compte des spécificités	69	Analyser, suivre les besoins et la répartition en SSIAD par département et la développer					

SROMS 2012-2016 - CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE - volet "Personnes confrontées à des difficultés spécifiques"

Objectif opérationnel	Intitulé	N° Action	Action	2012	2013	2014	2015	2016
22	Favoriser le repérage précoce et les interventions brèves destinées à modifier les comportements	70	Etendre la mise en œuvre des programmes de repérage précoce par les CSAPA (consultations de proximité et/ou de repérage précoce des usages nocifs dont les consultations jeunes consommateurs)					
23	Poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre par la mise en place de l'offre de consultations de proximité sur l'ensemble des territoires dans les CSAPA	71	Favoriser l'identification par la population et les professionnels de santé des consultations d'addictologie au sein de la filière médico-sociale, en lien avec la filière hospitalière					
		72	Favoriser l'intervention d'équipes pluridisciplinaires mobiles en addictologie issues des CSAPA, dans les établissements médico-sociaux et sociaux concernés et en médecine ambulatoire					
24	Développer la prise en charge médico-sociale des addictions	73	Renforcer les CSAPA pour un meilleur accès à une prise en charge des personnes détenues ayant un problème d'addictions					
		74	Promouvoir le rapprochement des CSAPA pour tendre vers une offre toutes addictions sur le territoire					
		75	Activer l'offre de prise en charge médico-sociale aujourd'hui autorisée mais non mise en place – délai immédiat : l'installation d'un CSAPA dans l'Est du Département du Loiret (Montargis)					
		76	Renforcer les missions des CSAPA existants et des CAARUD au regard des autorisations obtenues : activer l'offre de prise en charge médico-sociale actée dans les autorisations					
		77	Créer ou consolider dans chaque ville de sous préfecture et de préfecture, une antenne avec consultations avancées fonctionnant 3 demi journées par semaine au minimum					
		78	Conforter l'offre en CSAPA avec hébergement sur la région Centre par la création de places d'appartements thérapeutiques et/ou augmentation des places du centre thérapeutique résidentiel, après évaluation chiffrée des besoins					
		79	Conforter la capacité d'hébergement, des CSAPA et des CAARUD, pour les personnes consommant ou ayant consommé des produits psycho actifs y compris dans des formules de court séjour : nuitées d'hôtel, hébergement d'urgence					
		80	Conforter l'offre de CAARUD sur l'ensemble du territoire régional					

Objectif opérationnel	Intitulé	N° Action	Action	2012	2013	2014	2015	2016
25	Inscrire l'organisation de la filière complète au niveau de chaque territoire	81	Décliner les modalités opérationnelles de la filière, en prenant en compte l'articulation entre la médecine ambulatoire, les structures médico-sociales et sociales, les établissements de santé, les associations qui œuvrent dans le champ de l'addiction et les représentants des usagers					
26	Favoriser la sensibilisation à la réduction des risques	82	Elaborer et concevoir avec les acteurs d'évènements festifs des stratégies de prévention adaptées au contexte festif					
		83	Renforcer les missions existantes de réduction des risques					
		84	Se coordonner avec la gendarmerie et la police pour assurer l'accès au matériel de réduction des risques et l'anonymat des usagers					
27	Développer l'articulation entre les champs ambulatoire, sanitaire, médico-social et associatif	85	Elaborer et diffuser un annuaire régional des acteurs et structures ressources en addictologie au sein de "instance régionale en addictologie"					
		86	Pérenniser la place des associations de malades et de bénévoles œuvrant sur l'ensemble des addictions					
		87	Améliorer la coordination de la prise en charge des addictions de personnes détenues (en détention ou en sortant de détention)					
		88	Développer des interventions coordonnées en milieu festif en s'appuyant sur des compétences existantes associatives et médico-sociales					
28	Favoriser la sensibilisation en milieu carcéral	89	Mobiliser les établissements pénitentiaires, les UCSA, et les services pénitentiaires d'insertion et de probation, aux conduites à risques					
		90	Elaborer un protocole "conduite à tenir" pour les personnes détenues concernées par l'une quelconque des addictions					

Objectif opérationnel	Intitulé	N° Action	Action	2012	2013	2014	2015	2016
29	Renforcer l'observation, la formation des professionnels et la recherche	91	Développer l'enseignement, la formation et l'information en addictologie pour les professions médicales, paramédicales et les travailleurs sociaux et l'ensemble des personnels au contact des usagers					
		92	S'aider de référentiels actualisés et validés de formation au niveau régional : -sensibiliser les professionnels en addictologie -devenir acteurs de 1ère ligne en addictologie					
		93	Intégrer les compétences addictologiques dans les plans de formation continue des professionnels non médicaux					
		94	Promouvoir auprès des centres de formation (faculté de médecine, de psychologie et de pharmacologie, IFSI, école de sage femmes...) les possibilités de stage dans les structures d'addictologie hospitalière (ELSA, Unité d'Addictologie, SSR Addictologique), médico sociales (CSAPA, CAARUD) et associatives					
		95	Organiser une journée annuelle sur les échanges de pratiques interprofessionnelles					
30	Organiser la veille et le suivi de l'activité régionale en addictologie	96	Créer une Instance Régionale en Addictologie					
		97	Définir et/ou harmoniser les recueils de données et les bilans d'activités des filières hospitalières et médico sociales					
		98	Définir quelques indicateurs communs au niveau régional à partir des rapports d'activité existants					
		99	Promouvoir la mise en place d'un dispositif d'observation des usages et des produits en préservant le respect des règles de déontologie, au sein de l'IRA					
		100	Déterminer la typologie des personnes impliquées dans des accidents mortels de la circulation, avec usage de substances psycho actives licites et illicites, addictions sans substance, risques de dopage afin d'optimiser la portée des mesures de prévention, en réalisant une étude conjointement avec les services de sécurité routière					
31	Sensibiliser les professionnels aux risques des addictions sans produit ou comportementale	101	Promouvoir des journées de formation pour les professionnels du champ de l'addictologie sur les addictions sans produit					
		102	Promouvoir des journées de formation pour les professionnels du champ de l'addictologie sur la prévention des troubles du comportement alimentaire					

Objectif opérationnel	Intitulé	N° Action	Action	2012	2013	2014	2015	2016
32	Favoriser le repérage précoce et les interventions brèves destinées à modifier les comportements	103	Former les acteurs de première ligne au repérage précoce					
33	Renforcer l'observation pour une meilleure analyse des besoins	104	Elaborer et partager des indicateurs renseignant sur la spécificité du public précaire vulnérable et la prévalence des pathologies rencontrées					
		105	Mettre en place des bilans régionaux annuels d'activité standardisés et informatisés des ACT et des LHSS					
34	Structurer l'offre en recherchant l'adéquation entre besoins identifiés et typologie de structure	106	Repérer en amont de l'admission les besoins de prise en charge spécialisée pour adapter la prise en charge et formaliser l'évaluation du besoin dépisté sur un document à intégrer dans la procédure d'admission					
		107	Mutualiser les équipes de prise en charge spécialisées en fonction des besoins du public accueilli					
		108	Adapter les compétences des professionnels par la formation et la sensibilisation aux spécificités de prise en charge du public.					
		109	Evaluer le nombre d'accompagnants et le coût induit (enfants accompagnants)					
35	Organiser la complémentarité des acteurs par territoires	110	Développer des partenariats entre les professionnels des structures médico sociales et de soins aux besoins des personnes pour permettre de construire une gamme de réponses adaptées					
		111	Définir les critères d'admission dans chaque établissement					
		112	Améliorer / organiser les sorties des personnes accueillies en ACT / LHSS					
36	Rendre lisible les dispositifs	113	Recenser l'ensemble des dispositifs existants et les positionner géographiquement par une cartographie					

SROMS 2012-2016 - CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE – "Volet transversal à toutes les populations du médico-social"

Objectif opérationnel	Intitulé	N° Action	Action	2012	2013	2014	2015	2016
37	Contribuer au déploiement des bonnes pratiques professionnelles et à l'efficience des ESMS	114	Accompagner et contrôler la mise en œuvre des recommandations de l'Anesm dans les ESMS					
		115	Mettre en œuvre les actions de gestion du risque pour renforcer l'efficience et la qualité des soins en EHPAD					
38	Contribuer à la promotion de la bientraitance, à la lutte contre la maltraitance et au respect des droits des usagers	116	Mettre en place une véritable politique de promotion de la bientraitance et renforcer la lutte contre la maltraitance					
		117	Veiller à la garantie des droits des usagers					
		118	Accompagner la mise en œuvre des dispositions relatives à l'évaluation des ESMS					
39	Accompagner la professionnalisation des salariés des ESMS et l'évolution des ressources humaines des ESMS	119	Soutenir la mise en œuvre d'actions de professionnalisation dans les ESMS pour personnes âgées					
		120	Soutenir la mise en œuvre d'actions de professionnalisation dans les ESMS pour personnes en situation de handicap					
		121	Soutenir la mise en œuvre d'actions de professionnalisation pour les professionnels intervenant à domicile					
		122	Développer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences territorialisées					
		123	Inciter à l'utilisation de cadres juridiques de coopération (GCSMS – fusion/absorption d'associations...) pour mieux gérer les absences de personnels des ESMS par territoire et favoriser la continuité des soins de qualité					

GLOSSAIRE

AAP	Appel à projet
ACT	Appartements de coordination thérapeutique
AFPA	Association pour la formation professionnelle des adultes
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Autonomie gérontologique groupe ISO ressources
AJ	Accueil de jour
ALD	Affection longue durée
AMP	Aide médico-psychologique
ANESMS	Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide soignante
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASG	Assistant de soins en gérontologie
AVC	Affection cardio-vasculaire
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAIS	Centre d'accueil et d'information sur la surdité
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CFA	Centre de formation des apprentis
CFAS	Centre de formation des apprentis spécialisé
CFAS	Code de la famille et de l'action sociale
CH	Centre hospitalier
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJC	Consultation pour jeunes consommateurs
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLIS	Classe pour l'inclusion scolaire
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMRR	Centre mémoire de ressources et de recherches
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRA	Centre de ressources autisme
CRAPI	Centre régional d'audiophonologie infantile
CREAI	Centre régional pour l'enfance, l'adolescence et les adultes inadaptés
CROSMS	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centres de soins spécifiques pour toxicomanes
CTP	Convention tripartite pluriannuelle
CVS	Conseil de vie sociale
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DGS	Direction générale de la santé
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EADSP	Équipe d'appui départementale de soins palliatifs
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
EMPP	Equipes mobiles de psychiatrie précarité
ESA	Equipe spécialisée Alzheimer
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ESMS	Etablissement sociaux et médico-sociaux
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FMC	Formation médicale continue
FTM	Foyer de travailleurs migrants
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GDR	Gestion du risque
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GIP	Groupement d'intérêt public
GIR	Groupe Iso Ressources
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HBSC	Health behaviour in school-aged children
HPST	Loi hôpital patients santé territoires
HT	Hébergement temporaire
ICGD	Instance de coordination gérontologique départementale
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'état
IEM	Institut d'éducation motrice
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IME	Institut médico-éducatif
IMP	Institut médico-pédagogique
IMPro	Institut médico-professionnel
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national des statistiques et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
IRA	Instance régionale d'addictologie
ISEMA	Institut socio-éducatif médicalisé pour adolescents
IST	Infection sexuellement transmissible
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
JES	Jardin d'enfants spécialisé
LAM	Lit d'accueil médicalisé
LHSS	Lits halte soins santé
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAMA	Maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée
MARPA	Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OOPSSI	Outil d'observation partagé sanitaire et social informatisé
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
ORS	Observatoire régional de santé
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PEP	Association pour l'enfance et le handicap
PH	Praticien hospitalier
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile

PPS	Projet personnalisé de scolarisation
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRITH	Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
PRS	Projet régional de santé
PSGA	Plan solidarité grand âge
PSRS	Plan stratégique régional de santé
SAAAIS	Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAD	Service d'aide à domicile
SAFEP	Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SDF	Sans domicile fixe
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SIAO	Service intégré de l'accueil et de l'orientation
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SRA	Schéma régional d'addictologie
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SSEFIS	Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TED	Troubles envahissants du développement
THC	Tétrahydrocannabinol
TSA	Troubles du spectre autistique
UCC	Unité cognitivo-comportementale
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UEROS	Unité expérimentale d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle
UHR	Unité d'hébergement renforcée
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USLD	Unité de soins longue durée
VIH	Virus d'immunodéficience humaine