

2012-2016
RÉGIONAL de **PROJET SANTÉ**
FRANCHE-COMTÉ



2. Schémas (SRP-SROS-SROMS)

Note au lecteur :

Les 3 schémas (**SRP**, **SROS**, **SROMS**) présentés dans ce document font l'objet d'une pagination et d'un sommaire séparés.

Le sommaire général ne propose donc que les grandes rubriques de ces 3 documents.

Sommaire général

1- Schéma régional de prévention (SRP)

Sommaire

Introduction Prévention et promotion de la santé

Fiches thématiques

Introduction Veille alerte et gestion des urgences sanitaires

Fiche thématique

2- Schéma régional d'organisation des soins (SROS)

Sommaire

Introduction

Fiches thématiques

3- Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)

Sommaire

Introduction

Fiches thématiques

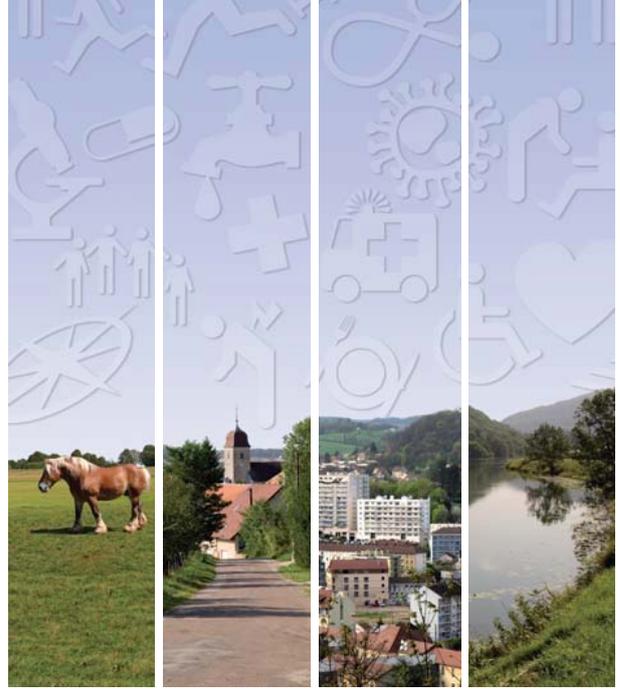


Schéma régional d'organisation médico-sociale



Sommaire SROMS

Introduction	3
Les orientations majeures du SROMS	11
1. Personnes âgées	15
Préambule	17
Prise en charge des personnes âgées à domicile	21
1.1. Fiche "Optimiser le maintien à domicile"	23
Prise en charge des personnes âgées en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	39
1.2. Fiche "Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD"	41
1.3. Fiche "Conforter la démarche qualité en EHPAD"	47
1.4. Fiche "Consolider l'offre d'accueil en EHPAD"	55
2. Personnes handicapées	61
Préambule	63
Garantir à la personne handicapée une prise en charge de sa santé satisfaisante dans son parcours de vie	67
Introduction	69
2.1. Fiche "Développer un parcours de soins optimisé"	71
2.2. Fiche "Soutenir le maintien à domicile"	77
2.3. Fiche "Inscrire les établissements dans un parcours d'adaptation de leur prise en charge dans une logique de qualité"	89
Prises en charge spécifiques prioritaires	97
2.4. Fiche "Le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent"	99
2.5. Fiche "Prise en charge de l'autisme et des troubles envahissants du développement"	105
2.6. Fiche "Réponses aux handicaps à prévalence régionale"	111
2.7. Fiche "Prise en charge des personnes handicapées vieillissantes"	123
3. Personnes vulnérables	131
3.1. Fiche "Personnes vulnérables"	133

Introduction

Le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) se donne comme objectif général de tendre vers une meilleure organisation en tenant compte de l'évolution des besoins des personnes en perte d'autonomie (âgées, handicapées) et des personnes rencontrant des difficultés spécifiques en matière de santé. Au travers des plans nationaux, il acte la poursuite du développement des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) prévoit (chapitre 4 "planification régionale de la politique de santé, sous-section 3 "schéma régional de l'organisation médico-sociale") que le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé élabore et arrête un schéma régional de l'organisation médico-sociale.

Aux termes de l'article R. 1434-6 du Code de la santé publique :

"Le schéma régional d'organisation médico-sociale prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le plan stratégique régional de santé.

Le schéma régional d'organisation médico-sociale :

- 1° 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 ;
- 2° 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 ;
- 3° Précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale."

1. Le SROMS : Un périmètre d'intervention large qui recouvre des publics et des dispositifs très différents (cf. chapitre IV, sous-section 3, article L-1434-12 de la loi HPST)

1.1. Les établissements et services pour personnes handicapées

1.1.1. Adultes

- Centres de pré-orientation professionnelle
- Centres de rééducation, réadaptation et formation professionnelle (CRP)
- Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)
- Foyers d'accueil médicalisé (FAM)
- Foyers d'hébergement pour adultes handicapés
- Foyers de vie pour adultes handicapés ou foyers occupationnels
- Maisons d'accueil spécialisées (MAS)
- Services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (S.A.M.S.A.H.)
- Services d'aide et d'accompagnement à domicile
- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- Services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

1.1.2. Enfants

- Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
- Centres médico-psycho pédagogiques (CMPP)
- Etablissements pour enfants déficients moteurs
- Instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences auditives
- Instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles
- Etablissements pour enfants et adolescents polyhandicapés

- Instituts médico-éducatifs (IME)
- Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)
- Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

1.2. Les établissements et services pour personnes âgées

- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)

1.3 Les établissements et services accueillant des personnes rencontrant des difficultés spécifiques

- Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD)
- Les Appartements de coordination thérapeutiques (ACT)
- Les lits halte soins santé (LHSS)

1.4 Les établissements ou services à caractère expérimental

1.5 Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité

2. Deux lois importantes régissent le champ médico-social

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

La loi n°2005 -102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Elles confient à la collectivité locale "Département" le rôle de chef de file de l'action sociale dans le domaine social et médico-social.

Le secteur médico-social est donc un champ à compétences partagées entre les Conseils Généraux et l'Agence Régionale de Santé.

Celle-ci est seule compétente pour l'autorisation, la création, la transformation et l'extension ainsi que la tarification, l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux notamment :

- les établissements et services de l'enfance handicapée,
- les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD),
- les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),
- les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD),
- les Appartements de coordination thérapeutiques (ACT),
- les Lits halte soins santé (LHSS).

L'Agence Régionale de Santé est compétente conjointement avec le Président du Conseil Général pour autoriser la création, l'extension ou la transformation ainsi que la tarification et l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont prises en charge pour partie par L'Agence Régionale de Santé et pour partie par le département. Sont concernés les établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD),

des personnes adultes handicapées nécessitant une prestation de soins, les établissements à caractère expérimental, les CAMSP.

3. L'articulation entre le SROMS et les schémas départementaux d'organisation médico-sociale des Conseils généraux.

La loi HPST précise que, pour les établissements et services pour personnes âgées et adultes handicapés ainsi que pour les structures expérimentales, le SROMS est établi au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale arrêtés par les conseils généraux de la Région. Ainsi, le décret relatif au PRS précise t'il que le SROMS prend en compte les schémas départementaux et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le plan stratégique régional de santé (PSRS).

L'ARS et les conseils généraux doivent désormais veiller à rechercher les cohérences et complémentarités entre leurs documents de planification. Le dialogue entre ces institutions s'avère fondamental sachant que les calendriers d'élaboration ne coïncident pas forcément.

La période de validité des schémas départementaux se présente comme indiquée dans les tableaux ci-dessous en région Franche-Comté en 2011.

Schémas départementaux d'organisation médico-sociale des conseils généraux Volet personnes âgées

Conseil Général	Période de validité du schéma	Principales orientations du schéma
Doubs	2008-2012	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées sont des citoyens à part entière - Pour pouvoir bien vivre et bien vieillir dans le Doubs, la priorité des pouvoirs publics est de promouvoir un soutien à domicile de qualité (14 actions) - Développer et diversifier l'offre d'hébergement dans la double logique de logement de substitution et de parcours résidentiels (9 fiches actions) - Organiser et coordonner les acteurs du champ gérontologique pour mieux répondre aux besoins (5 fiches actions) - Faire vivre et évoluer le schéma (7 fiches actions)
Jura	2004-2008 Nouveau schéma en cours de rédaction. L'ARS est associée aux travaux via la Délégation territoriale du Jura.	
Haute-Saône	2008-2012	<ul style="list-style-type: none"> - Réunir les conditions d'évolution des établissements en particulier pour l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer - Mettre au point des formules d'hébergement novatrices - Faire jouer aux Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) un rôle moteur dans la coordination entre intervenants à domicile et structures d'accueil - Améliorer la qualité de l'habitat existant pour personnes âgées - Ouvrir davantage l'offre de services destinée aux personnes âgées à domicile.



Conseil Général	Période de validité du schéma	Principales orientations du schéma
Territoire de Belfort	2007-2012 Démarche d'actualisation du schéma dans l'objectif d'établir un calendrier concordant avec l'exécution du Schéma régional. L'ARS est associée aux travaux via la Délégation territoriale du Territoire de Belfort.	<ul style="list-style-type: none"> - Articulation des intervenants sanitaires et des intervenants sociaux dans le soutien à domicile - Prise en charge et accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles type Alzheimer (et leurs aidants le cas échéant) - Amélioration de la qualité de vie en EHPAD - Recherche des solutions souples et adaptées aux personnes handicapées vieillissantes (en ou hors établissement) - Promotion de solutions alternatives et/ou intermédiaires d'accompagnement - Articulation et coopération de services et établissements médico-sociaux avec la psychiatrie - Promotion de solutions alternatives et/ou intermédiaires d'accompagnement

**Schémas départementaux d'organisation médico-sociale des conseils généraux
Volet personnes handicapées**

Conseil Général	Période de validité du schéma	Principales orientations du schéma
Doubs	2008-2012	<p>Proposer une offre d'information territorialisée à destination des personnes handicapées, de leur famille et des professionnels (5 actions)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir auprès du public et des professionnels une connaissance commune des droits offerts et du dispositif départemental existant - Permettre aux professionnels de disposer d'un cadre commun d'intervention et d'accompagnement <p>Garantir l'accès et le maintien en milieu ordinaire (12 actions)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'accessibilité des personnes handicapées du lieu de vie aux transports - Accompagner la scolarisation des jeunes enfants, adolescents handicapés - Favoriser l'accès à l'emploi et l'intégration professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire <p>Promouvoir une offre d'accompagnement adaptée, diversifiée et de qualité (14 actions)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le maintien à domicile et soutenir l'autonomie des personnes handicapées - Répondre aux besoins spécifiques de prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes de handicaps non couverts ou insuffisamment couverts - Améliorer la prise en charge du vieillissement des personnes handicapées - Améliorer la qualité de la prise en charge des personnes handicapées

Conseil Général	Période de validité du schéma	Principales orientations du schéma
Doubs	2008-2012	<p>Promouvoir le parcours individualisé de la personne handicapée en favorisant la coopération et le travail en réseau entre l'ensemble des professionnels (9 actions)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir l'individualisation de la prise en charge et favoriser la continuité du parcours en évitant les ruptures - Impulser entre tous les acteurs la connaissance réciproque et le partage d'expériences, de compétences et de moyens
Jura	2004-2008 Nouveau schéma en cours de rédaction. L'ARS est associée aux travaux via la Délégation territoriale du Jura.	
Haute-Saône	2008-2012 2005-2010	<p>Volet adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adapter les modes d'accueil aux besoins des personnes handicapées (2 actions) - Anticiper les besoins des personnes handicapées vieillissantes (1 action) - Développer les potentialités de coopération entre les établissements et services (3 actions) - Structurer les dispositifs d'insertion professionnelle en lien avec le PDITH (Programme départemental pour l'insertion des travailleurs handicapés) (1 action) - Ouvrir plus largement la place des personnes handicapées dans la vie sociale et civile <p>Volet enfants et adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recentrer le dispositif de prise en charge des enfants et adolescents du département sur sa vocation (5 actions) - Rééquilibrer l'offre en fonction des besoins (6 actions) - Développer la scolarisation et la formation professionnelle dans les structures ordinaires (2 actions) - Elargir et assouplir la palette pour mieux répondre aux besoins spécifiques (2 actions) - Améliorer le repérage et l'orientation des jeunes handicapés (5 actions) - Soutenir et vérifier l'application de la loi de janvier 2002 (1 action)
Territoire de Belfort	2007-2011 pour le volet adultes	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des places en Etablissements sociaux et médico-sociaux et notamment les MAS psychiatriques, les FAM autistes, les foyers de vie et FAM déficience intellectuelle sévère - Développement de l'accompagnement des personnes handicapées dans la vie quotidienne surtout psychiques et traumatisées crâniennes

Conseil Général	Période de validité du schéma	Principales orientations du schéma
Territoire de Belfort	<p>2009-2013 pour le volet enfants/adolescents</p> <p>Démarche d'actualisation du schéma dans l'objectif d'établir un calendrier concordant avec l'exécution du Schéma régional. L'ARS est associée aux travaux via la Délégation territoriale du Territoire de Belfort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Articulation et coopération de services et établissements médico-sociaux avec la psychiatrie - Développement de places en Etablissements sociaux et médico-sociaux : SESSAD, IME, ITEP et prise en charge des jeunes présentant des troubles importants du comportement

4. Les plans de mise en œuvre du SROMS

4.1. Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

Il s'agit d'un outil de programmation pluriannuelle prévisionnelle créé par la loi du 11 février 2005. Adopté depuis 2010 par les DGARS, il a pour but d'identifier publiquement les priorités de financement de l'Etat en région sur 5 ans relatives à l'adaptation et à l'évolution de l'offre d'accompagnement médicosocial, après concertation avec les Conseils Généraux.

Il est actualisé chaque année et consolidable nationalement à travers un cadre de synthèse nationale. Au niveau local il sert à orienter la stratégie d'évolution des acteurs et permet une lisibilité sur les objectifs de l'Etat et sur les financements susceptibles d'être alloués

Les structures pour publics en difficultés spécifiques médico-sociales ne sont pas comprises dans ce document. La programmation est à construire en lien étroit avec le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) et le Schéma Régional d'addictologie 2009-2013.

4.2. Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

Le PRAPS permet la mise en œuvre opérationnelle des objectifs du PSRS et des schémas sectoriels. A ce titre, il s'appuie largement sur le Diagnostic réalisé pour l'élaboration du PSRS et affiné au moment de la rédaction des schémas. Le PRAPS vise à être un des maillons entre l'accès aux droits communs et aux droits spécifiques des populations les plus vulnérables.

4.3. Autres plans et programmes

De plus, des liens existent entre SROMS et certains programmes transversaux au système de santé :

- le Programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR),
- le programme de développement de la Télémédecine.

5. Avertissement

Les actions inscrites dans le SROMS ne sont en aucun cas exclusives de l'ensemble des actions menées dans le champ médico-social. Le SROMS a en effet vocation à se centrer sur les actions jugées prioritaires notamment au regard du PSRS.

Dans un souci de facilité d'approche, les fiches qui suivent sont classées par type de population : personnes âgées, personnes handicapées, personnes vulnérables.

Pour cette première génération de schéma qui couvre une période de 5 ans (2012-2016), il est apparu prématuré d'avoir un traitement conjoint de certaines priorités, sous l'angle de la perte d'autonomie pour les personnes âgées et handicapées.



Les orientations majeures du SROMS

Le secteur du médico-social doit faire face à des défis importants dont le vieillissement de la population et la nécessaire adaptation des prises en charges pour les personnes handicapées.

Pour les relever, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) donne à l'ARS (agence régionale de santé) un rôle majeur de coordination et d'animation du secteur médico-social.

Ainsi, l'ARS de Franche-Comté à travers son schéma régional de l'organisation médico-sociale souhaite t'elle garantir aux populations handicapées et/ou âgées des parcours de soins coordonnés, tout en leur offrant le libre choix de leur parcours de vie.

Elle fixe alors trois orientations majeures à son action :

- l'amélioration des outils de connaissance du secteur médico-social,
- la professionnalisation du secteur au travers d'une réflexion sur les compétences nouvelles à détenir,
- la poursuite des réformes structurelles en cours dans une visée d'amélioration des prises en charge et d'efficience.

1. L'amélioration des outils de connaissance du secteur médico-social

Mieux connaître les populations très diversifiées prises en charge dans les Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) de la région a été identifié comme un préalable unanime.

Or, les données disponibles sont éparées et fragmentaires, et rendent difficile aujourd'hui une analyse exacte des besoins pouvant faciliter le type d'accompagnement à mettre en œuvre auprès des ESMS ainsi que la planification.

Dans le cadre de ce premier schéma régional médico-social, le développement et la fiabilisation des connaissances de la situation des personnes handicapées, population particulièrement importante a été jugé comme prioritaire. En effet, il s'agit d'une population pour laquelle les seules données facilement accessibles pour l'ARS sont celles concernant l'activité des établissements et services, à travers l'enquête ES (Etablissements sociaux).

L'objectif est alors d'aboutir à une vision d'ensemble du champ "personnes handicapées" enfants et adultes allant du dépistage du handicap et de l'orientation des personnes handicapées à leur prise en charge par un service ou un établissement spécialisé.

Concernant les personnes âgées, les interrogations portent essentiellement sur les projections démographiques mais aussi sur le souhait de mieux identifier le profil épidémiologique de cette population.

Pour les deux secteurs personnes âgées et personnes handicapées, il apparaît nécessaire d'aller au-delà de l'indicateur purement numérique pour le compléter par des indicateurs à dimension plus qualitative et prospective, partagés par tous les partenaires.

Dans une dynamique de réduction des inégalités territoriales, l'ARS en articulation avec les Conseils Généraux et avec la contribution d'autres partenaires voudrait ainsi poser les bases de cette réflexion. L'ambition est de disposer d'un nombre restreint d'indicateurs collégialement validés, permettant de répondre à deux objectifs principaux :

- mesurer l'adéquation entre les besoins et les types d'accompagnements proposés,
- réaliser des appels à projet correspondant à des besoins clairement identifiés.

2. La couverture des besoins en professionnels

La loi de décentralisation du 13 août 2004 confie à la Région un rôle déterminant pour assurer la cohérence et la complémentarité des formations initiales et continues, dans le secteur social et sanitaire.

Concernant l'évolution des besoins de certains professionnels du secteur médico-social, les articulations avec le Conseil Régional sont donc fondamentales.

Les activités sanitaires, médico-sociales et sociales répondent à des besoins communs en pleine croissance, liés :

- au vieillissement démographique (la croissance du nombre de personnes âgées va de pair avec celle de la demande de services d'accompagnement social, soignant ou paramédical, voire d'animation). Le vieillissement de la population s'accompagne d'exigences plus importantes en termes de prise en charge de la dépendance en établissement ou au domicile,
- à l'exclusion et à la vulnérabilité sociale, résultant de la pauvreté, du chômage, des situations de rupture ou de violence, qui entraînent une augmentation et une diversification des demandes adressées à l'action sociale,
- à la mise en place de la prestation compensatrice du handicap et des maisons départementales des personnes handicapées permettant progressivement une meilleure connaissance des besoins des personnes handicapées,
- à l'exigence des usagers et des organismes de tutelle qui est de plus en plus forte et rend nécessaire un renforcement de la qualité des services et une évolution des pratiques professionnelles.

Deux des axes stratégiques de l'action du Conseil Régional concernent plus spécialement l'ARS :

- Axe 5 : Développer la formation pour répondre aux besoins d'emploi dans le secteur social, médico-social et sanitaire.
- Axe 6 : Développer les liens entre les formations sanitaires et sociales.

Pour le Conseil Régional, l'ARS fait partie des partenaires qu'il associe à la déclinaison de ses axes d'interventions et aux travaux en cours pour l'élaboration du contrat de plan régional de développement des formations professionnelles qui devra couvrir la période 2011/2015.

Face à l'évolution de la dépendance (allongement de l'espérance de vie notamment des personnes handicapées, dépendance plus importante sur une période plus longue, nombre de personnes atteintes d'Alzheimer...) deux types d'actions s'imposent :

- la nécessaire adaptation des compétences des professionnels déjà en exercice,
- la prise en compte de "nouveaux métiers"¹

Observer l'évolution des "nouveaux métiers" et favoriser leur développement, repérer les besoins de formation/emploi (secteurs social, sanitaire, médico-social), évaluer la qualité des dispositifs existants de formation, voire contribuer à l'amélioration de ceux-ci et innover, décloisonner la formation – et les métiers – entre différents secteurs pour accompagner l'évolution des pratiques (nouveaux modes d'intervention et d'organisation du travail), tout ceci implique un travail multipartenarial.

L'expertise de l'Agence Régionale de Santé, alliée à celles des professionnels institutionnels, libéraux, associatifs (usagers, aide à domicile...) des secteurs concernés, est de nature à documenter la réflexion du Conseil Régional pour accompagner le développement de ces "nouveaux métiers" et de ces nouveaux modes d'intervention et d'organisation professionnelle. S'ils peuvent constituer un véritable vivier d'emploi, leur émergence requière toutefois une anticipation de la part des Pouvoirs publics de façon notamment à ce que les formations indispensables, diplômantes et qualifiantes, puissent être développées au regard des besoins à venir... La construction d'articulations entre les diverses instances impliquées s'impose également pour contribuer au développement d'une culture commune de travail des professionnels des différents secteurs et pour un décloisonnement pertinent reposant sur la création de passerelles et tronc communs de formation entre sanitaire et social.

3. Les réformes structurelles du secteur médico-social

Le secteur médico-social se caractérise par son extrême morcellement et une dispersion des promoteurs. Par ailleurs le contexte économique implique que le domaine soit porteur d'une logique

¹ Nouveaux métiers ou nouvelles compétences à développer : à titre d'exemple, dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, et de la mise en place de Maison pour l'Autonomie et l'Intégration de personnes malades d'Alzheimer (MAIA), des formations spécifiques sont prévues afin de former des "gestionnaires de cas", professionnels dotés de nouvelles compétences pour la gestion, le suivi individuel et intensif de personnes atteintes d'Alzheimer (dans un premier temps) en situation dite "complexe". De même, l'identification et la professionnalisation d'une nouvelle fonction d'assistant de soins en gérontologie sont en cours pour mieux répondre à la charge de travail concernant la prise en soins de personnes atteintes d'Alzheimer (techniques de soin et accompagnement spécifiques).



d'efficience qui fait encore trop souvent défaut. Ainsi, la question d'économie d'échelle et de réflexion sur la taille critique des structures se pose donc avec acuité.

Sachant que le pilotage de la politique de santé s'exerce désormais au niveau régional, plusieurs enjeux s'imposent à l'ARS :

- La création d'une continuité dans la prise en charge entre le niveau départemental et le niveau régional ;
- La promotion de la diversification des modalités d'accompagnement indispensable pour garantir la liberté de choix des parcours de vie en s'inscrivant dans un pilotage plus global et plus transversal des organismes gestionnaires ;
- La réduction du poids des inégalités territoriales d'équipement qui amplifie toute forme de vulnérabilité.

Tous ces enjeux rendent nécessaire une recomposition de l'offre médico-sociale.

Ainsi, les regroupements peuvent nourrir des expérimentations de coopération sanitaire et médico-sociale dans une logique de fluidité du parcours de soins.

Les regroupements, la mise en synergie des services et des établissements par les voies de convention, par l'utilisation des outils juridiques de regroupement sont donc les axes de travail à promouvoir rapidement sous la pression conjuguée d'une attente forte des usagers, d'une offre médico-sociale amplifiée, d'une démographie problématique des professionnels de santé et paramédicaux, d'une exigence de prestations de qualité.



Personnes âgées



Préambule

1. Les chiffres clés francs-comtois

L'indice de vieillissement légèrement supérieur à la moyenne nationale (part des 75 ans et +/- 20 ans) : 34,5 en Franche-Comté contre 34 en France métropolitaine.

Une progression plus forte des plus de 80 ans à l'horizon 2040 : + 7 points en Franche-Comté contre 5 points en France métropolitaine.

- 2007 : 22% de la population franc-comtoise a plus de 60 ans.
- 2040 : 32% de la population franc-comtoise aura plus de 60 ans.
- 2007 : 3% de la population franc-comtoise a plus de 80 ans.
- 2040 : 10% de la population franc-comtoise aura plus de 80 ans.

Les revenus des ménages en Franche-Comté sont inférieurs à la moyenne nationale : 17 084€ contre 17 497€ avec de fortes disparités départementales (Haute-Saône : 16 079€).

156 millions d'euros consacrés au financement de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) personnes âgées

23 311 bénéficiaires de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) :

- 13 226 à domicile.
- 10 085 en établissement.

Soit 95 millions d'euros versés par les quatre conseils généraux.

Ces structures représentent l'hébergement permanent avec 10 547 places distribuées ainsi :

- 136 EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) : 9 345 places.
- 39 logements-foyers : 1 830 places.

- 587 lits d'unité de soins de longue durée.

- 237 places d'hébergement temporaire.
- 287 places d'accueil de jour dont 204 dédiées à l'accueil des malades d'Alzheimer.
- 2 365 places de services de soins infirmiers à domicile.

Taux d'équipement régional de structure d'hébergement permanent inférieur à la moyenne nationale : 107,3 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans en Franche-Comté contre 118 places en France métropolitaine

Taux d'équipement régional en Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) supérieur à la moyenne nationale : 19,9 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans en Franche-Comté contre 17,4 places en France métropolitaine

7 117 salariées des établissements pour personnes âgées.

Le taux d'encadrement est de 0.63 dans le Doubs, 0.62 dans le Jura, 0.69 en Haute-Saône et de 0.64 dans le Territoire de Belfort².

2. Diagnostic synthétique de la prise en charge des personnes âgées en Franche-Comté

Faiblesses-Contraintes
- Une forte augmentation en perspective de la population âgée dépendante.
- Une insuffisante diversification des modes d'accueil.
- Une offre en Accueil de jour et Hébergement temporaire peu efficiente.
- Des prises en charge sanitaires et médico-sociales peu coordonnées.
Atouts-Avantages
- Un taux d'équipement actuel en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) plutôt satisfaisant.
- Une politique volontariste des Conseils Généraux en faveur de l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.
- Une recherche de développement des actions liées à la qualité de la prise en charge.

3. Les modalités de concertation du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) volet "personnes âgées"

Préalablement à la rédaction du SROMS, l'Agence régionale de santé (ARS) a souhaité instaurer une large concertation partenariale. Ainsi un comité SROMS a-t'il été constitué regroupant les partenaires institutionnels, les représentants des fédérations et associations gestionnaires du secteur. Il s'est réuni régulièrement sur la période de janvier 2011 à mai 2011.

Le travail de réflexion a été mené en sous-groupes.

Ces travaux ont été réalisés dans une logique de construction de parcours de vie et à partir des travaux réalisés lors de rédaction du Plan stratégique régional de santé (PSRS) sur la thématique : favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun et renforcer la qualité de leur prise en charge.

Le schéma page suivante concrétise globalement le parcours personnes âgées en Franche-Comté.

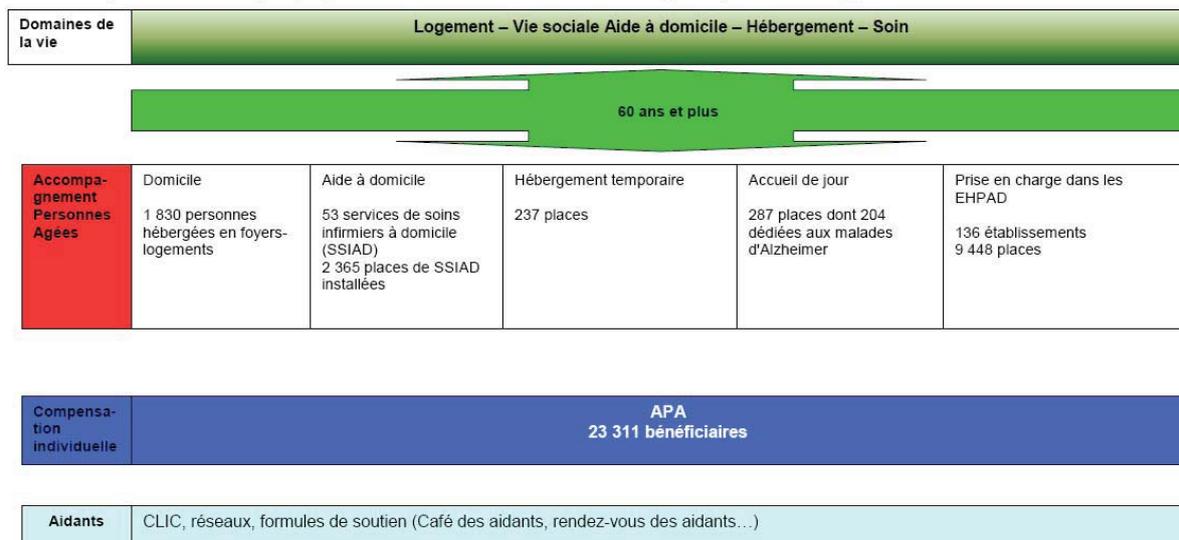
4. Les thématiques retenues pour le SROMS volet personnes âgées

S'agissant des personnes âgées, l'objectif premier est d'éviter d'opposer la prise en charge à domicile et la prise en charge en établissement. L'évolution des prises en charge conduit à privilégier le développement des formules intermédiaires qui contribuent à soutenir l'implication des aidants et à assurer une certaine qualité de vie de la personne âgée. La spécificité de la prise en charge des personnes atteintes de la pathologie Alzheimer est soulignée.

Le volet personnes âgées du SROMS est présenté selon 2 axes :

- l'optimisation du maintien à domicile des personnes âgées ;
- l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées en EHPAD.

Représentation synoptique des services médico-sociaux pour personnes âgées en Franche-Comté





Prise en charge des personnes âgées à domicile



Fiche SROMS

Optimiser le maintien à domicile

Référencement de la fiche : PRS FC / SROMS Fiche Optimiser le maintien à domicile / V1

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 1 Objectif 1.5	Contribuer au développement de la santé et du bien-être au travail.
Priorité 3 Objectif 3.1	Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.
Priorité 4 Objectif 4.1	Permettre le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet.
Priorité 4 Objectif 4.2	Développer l'aide aux aidants.
Priorité 4 Objectif 4.3	Promouvoir la bientraitance en institution et à domicile.
Priorité 4 Objectif 4.4	Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes âgées, Santé au travail.
SROS	Ambulatoire.

1. Contexte

Face au "boom" démographique des plus de 85 ans à l'horizon 2015³, le nombre de personnes très âgées prises en charge à domicile va fortement augmenter.

Les personnes âgées veulent pouvoir rester chez elles, aspiration massive encore confirmée par les travaux menés, début 2011 à l'initiative du Ministère de la Santé, sur la stratégie à construire pour la couverture de la dépendance des personnes âgées.

Le plan solidarité grand âge 2007/2012

Il pose le principe d'assurer aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester à domicile :

- en développant les services de soins et d'aide à domicile,
- en assurant une présence médicale sur l'ensemble du territoire,
- en diversifiant la palette des services,
- en soutenant davantage les aidants familiaux.

L'ambition du plan est de créer un véritable "droit au répit" permettant à chaque famille de souffler (développer l'accueil de jour et l'hébergement temporaire, créer formules innovantes, prévoir des aides fiscales à l'aménagement du domicile).

Le plan Alzheimer 2008-2012

Le plan 2008-2012 a pour but de fournir un effort conséquent sur la recherche, sur le diagnostic plus précoce et sur la prise en charge des patients et de leur famille. Il doit permettre de progresser dans la recherche et l'organisation des soins ainsi que dans l'accompagnement médico-social et s'est fixé entre autres objectifs :

- l'objectif 1 : apporter un soutien accru aux aidants en développant et diversifiant les structures de répit, en formant les aidants, en suivant l'état de santé des aidants,
- l'objectif 2 : renforcer la coordination entre tous les intervenants en créant des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), lieu de coordination, guichet unique associant le secteur sanitaire et médico-social, en instituant un coordonnateur (qui assure la liaison entre les équipes intervenant près du patient),
- l'objectif 3 : permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le maintien à domicile en favorisant l'intervention de personnels spécialisés à domicile (Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) spécialisés avec Assistants de soins en gérontologie (ASG), ergothérapeutes, psychomotriciens) et en améliorant l'habitat.

Le plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées (PAPA) (depuis 2003)

Né de la volonté des branches Maladie et Retraite (CNAM/CNAV) d'apporter des réponses pertinentes et rapides aux personnes âgées en situation de fragilité par mutualisation et création de réseaux locaux dans le domaine de la préservation de l'autonomie des personnes âgées, il est décliné en région depuis 2004. Il s'attache également à la problématique de l'aide aux aidants, à la mise en place d'une offre globale et accompagnant le maintien à domicile (prévention) et aux innovations pouvant être pertinentes en la matière.

2. Diagnostic

En 2006, en Franche-Comté 39,8% des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile vivent seules (moyenne nationale de 39,5%). De faibles écarts sont observés entre départements, variant de 39,1% en Haute-Saône à 41,9% dans le Territoire de Belfort.

Néanmoins, la différence est très marquée entre les sexes ; les femmes sont plus touchées par cette solitude avec 50,7% des femmes vivant seules contre 20,6% des hommes. Ces proportions sont identiques entre les départements.

Outre l'aide à domicile, les SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile) contribuent au maintien et assurent aux personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques, des soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base relationnels (article D.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)). Ils interviennent au domicile de la personne ou dans les établissements non médicalisés.

³"Prévention de la dépendance" Rapport remis au Président de la République par André Trillard (sénateur de Loire Atlantique) – Juin 2011

L'offre de soins s'articule également autour d'autres intervenants : les infirmiers libéraux et les centres de soins infirmiers ou centres de santé. (Caractéristique de la région Franche-Comté) (cf § 2.2).

2.1. Une offre en services de soins infirmiers à domicile satisfaisante, une dynamique du secteur comportant certaines limites

Répartition des SSIAD en Franche-Comté

Département	Nombre de structures	Nombre de places autorisées installées	Taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus
25	20	914	19,8
39	15	657	19,9
70	14	539	24,0
90	4	255	21,2
Total	53	2 365	19,9

Source : Panorama de la santé (octobre 2010)

C'est un service de proximité largement développé sur la région avec 2 365 places autorisées et installées au 15 octobre 2010. Le territoire régional est bien couvert dans l'ensemble avec l'intervention de 53 SSIAD répartis sur les 4 départements.

Il convient de préciser que la région a considérablement accru le nombre de places de SSIAD dans le Jura et dans le Doubs depuis quelques années avec plus de 300 places créées. Les capacités d'accueil ont augmenté de 60% au niveau régional.

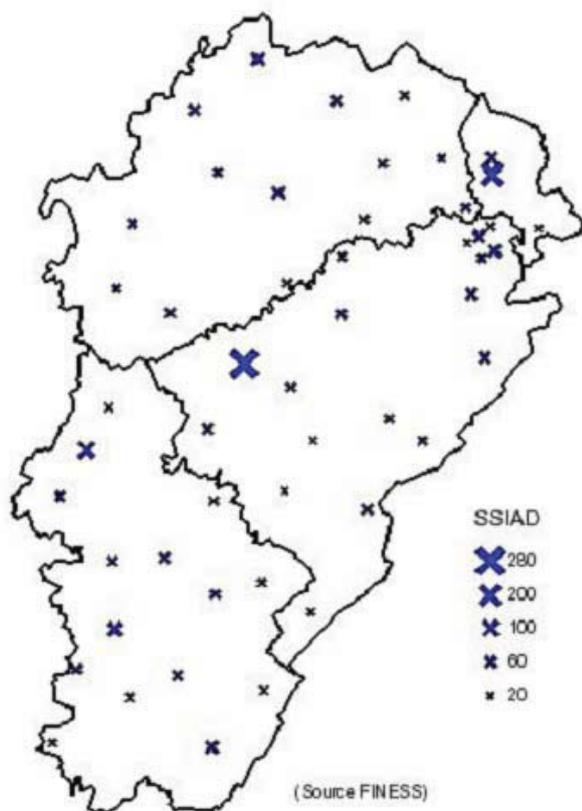
Le taux d'équipement en places de services de soins à domicile (19,9 pour 1000 habitants de 75 ans et plus) est supérieur à celui observé au niveau national (17,4 pour 1000 habitants de 75 ans et plus), et ce dans tous les départements Franche-comtois. D'une valeur de 19,9 pour l'ensemble de la région, ce taux varie de 24 en Haute-Saône à 19,8 dans le Doubs.

Au 1^{er} octobre 2011, afin de consolider le taux d'équipement SSIAD, il reste 74 places autorisées et financées à installer d'ici le 31 décembre 2011.

Globalement, le secteur de l'aide à domicile s'est énormément développé au cours des 10 dernières années, sous l'effet conjugué de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, de l'amélioration de la solvabilisation (création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la Prestation de compensation du handicap (PCH)) et de la volonté des pouvoirs publics de promouvoir et favoriser la création d'emplois dans ce secteur.

SSIAD_Personnes Agées

Places autorisées au 15 oct 2010



La plupart des écrits sur le secteur de l'aide à domicile évoquent son manque de lisibilité et sa dispersion en termes d'organisation. Ils ne reflètent pas exactement la situation dans notre région. En effet, le nombre de structures dans notre région est très limité comparativement aux autres régions. De plus, la quasi-totalité des associations de la région sont multi-activités. Les usagers trouvent donc auprès d'un même prestataire, la réponse à l'ensemble de leurs besoins (aide, soins, repas, téléalarme...) pour l'ensemble des publics (personnes âgées, handicapées, familles).

Le maillage territorial est assuré

Toutes les communes de Franche Comté bénéficient à minima de l'intervention d'une structure associative.

On relève toutefois, sur le nord Franche-Comté (Territoire de Belfort, Montbéliard, Audincourt, Héricourt), un nombre d'acteurs plus important et des structures de taille moyenne proposant une palette de services moins diversifiée.

Une dynamique du secteur qui est à souligner.

Les associations et institutions se sont investies ensemble dans certaines expérimentations :

- le dispositif de sortie d'hospitalisation initié par le Groupement d'intérêt économique "Ingénierie maintien à domicile des personnes âgées" (GIE IMPA) pour les personnes en GIR (Groupe iso-ressources) 5 et 6 qui correspondent aux personnes les plus autonomes,
- les interventions dans le cadre des financements soins palliatifs,
- des actions de prévention et d'aide aux aidants.

Pendant certaines limites doivent être évoquées.

- Ces actions sont souvent dispersées dans l'espace tout en n'assurant pas une couverture efficiente du territoire : l'intervention au domicile des particuliers entraîne une très grande dispersion géographique de l'activité. Celle-ci marque profondément le secteur car elle génère des

coûts induits importants, notamment dans la durée et le coût des frais de déplacement. L'isolement des salariés est également à prendre en compte.

- Cette activité est dispersée dans le temps : les services d'aide et de soins à domicile sont de plus en plus fréquemment sollicités pour intervenir auprès de personnes lourdement dépendantes : malades d'Alzheimer, Parkinson, VIH, maladies mentales, handicaps lourds.

Les besoins de ces personnes ne sont pas limités aux jours et horaires habituellement travaillés, c'est pourquoi une grande majorité des services d'aide à domicile franc-comtois travaille 365 jours par an et pendant des plages horaires étendues.

Il reste cependant des zones critiques : les Services d'aide à domicile (SAAD) peuvent être amenés à pallier les manques des SSIAD.

Même si les articulations entre les services se passent correctement, il existe des marges de progrès.

Le secteur rencontre aujourd'hui d'importantes difficultés liées à la fois au contexte économique et au fait qu'il s'agit d'un secteur en cours de structuration et de professionnalisation.

Deux points faibles sont plus particulièrement à prendre en compte :

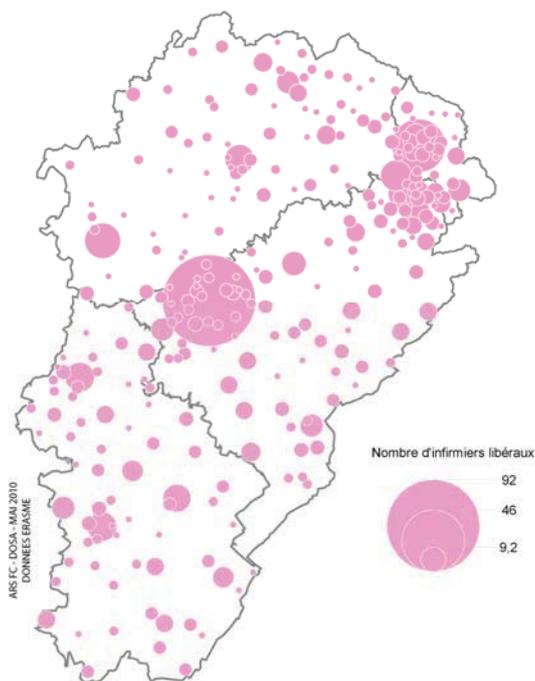
- la formation des personnels : celle-ci s'est considérablement accrue mais reste largement insuffisante au regard du niveau de dépendance de plus en plus élevé des personnes prises en charge,
- les risques professionnels en augmentation : malgré un réel effort de professionnalisation réalisé ces dernières années par les employeurs et encouragé par le Conseil Régional de Franche-Comté, les Conseils généraux et l'Etat.

2.2. Les infirmières libérales/les centres de santé : une offre à prendre en compte

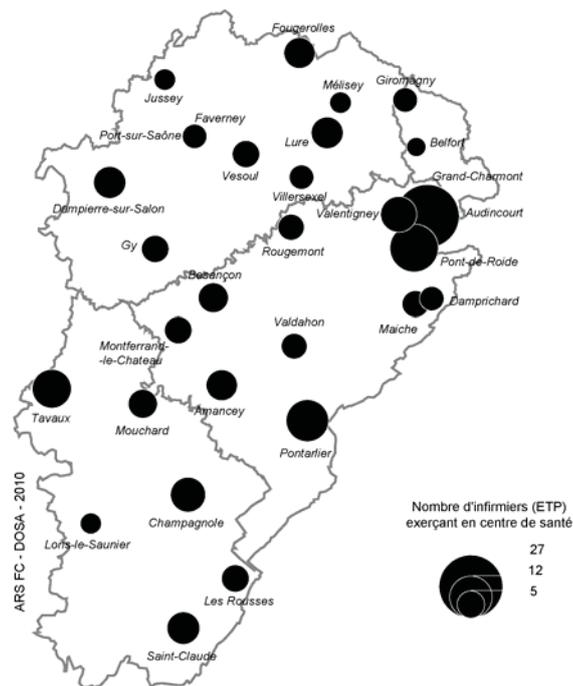
L'offre en infirmiers dans le secteur ambulatoire s'articule autour des cabinets, des centres de soins à domicile. Un travail récent de définition des zones les moins bien dotées de la région, lié aux nouveaux dispositifs de régulation de l'offre, n'a fait apparaître qu'une zone très sous-dotée (et donc éligible aux aides à l'installation) : le canton de Melisey, dans le territoire de Vesoul. Des zones sous-dotées existent toutefois dans les territoires de Besançon, Dole et Lons-le-Saunier. La région ne compte en revanche pas de zone sur-dotée : il n'y a pas, en Franche-Comté, de restriction de la liberté d'installation.

Ce classement en zones sous-dotées est le fruit de l'application d'une méthodologie nationale qui faisait intervenir d'autres critères que ceux de l'offre : âge des professionnels et activité moyenne notamment. Par ailleurs, ce travail prenait en compte l'offre de soins des Services de soins à domicile (SSIAD), mais pas celle des centres de soins infirmiers.

Répartition des infirmiers libéraux en Franche-Comté et par territoires de santé, mai 2010



Nombre d'infirmiers (ETP) exerçant en centre de santé en Franche-Comté, en 2009



Cette photographie de l'offre en soins infirmiers apparaît satisfaisante.

Au-delà de l'offre en SSIAD, il est important de la prendre en compte dans une analyse évolutive de réponse aux besoins. En effet, **il convient d'être attentif aux évolutions potentielles à venir** : il est vraisemblable que dans les prochaines années, émerge un besoin provenant des hébergements intermédiaires (foyers logements, résidences services, MARPA (Maison d'accueil rurale pour personnes âgées)) où des personnes âgées peu dépendantes pourront à moyen terme nécessiter l'intervention de SSIAD.

Spécificité de la prise en charge ALZHEIMER

La circulaire 2011-110 du 23 mars 2011, présentant le cahier des charges des Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) à domicile prévoit leur déploiement sur le territoire en 2011 et 2012.

L'objectif assigné à la région Franche-Comté est de 8 ESA à l'échéance du plan soit 5 nouvelles ESA à autoriser sur 2011 et 2012. A noter que la région compte, à ce jour, trois équipes de SSIAD spécialisées pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, soit 20 places en Haute-Saône (Luxeuil-les-Bains et Amance) et 10 places dans le Doubs (Besançon).

Il reste sur la période septembre 2011/décembre 2012 à formaliser 50 places.

Ces 80 places ne sont pas comptabilisées dans le taux d'équipement cité précédemment.

Au niveau du domicile, le diagnostic des prises en charges fait ressortir plusieurs points faibles :

2.3. La coordination des suivis de la personne âgée par le système de soins de premier recours est balbutiante

Au niveau du système de soins de premier recours, on n'identifie pas de suivi coordonné de la personne âgée sur la région. Or, la cohérence des soins et de l'accompagnement destiné à compenser la perte d'autonomie est fondamentale pour l'état de santé de la personne âgée. Elle est souvent atteinte de polyopathologies qui impliquent une coordination renforcée des professionnels du soin avec les acteurs de la prise en charge médico-sociale.

Spécificité de la prise en charge ALZHEIMER

Face au besoin de remédier aux difficultés rencontrées par malades et familles confrontés à une multitude de services présents sur les territoires mais insuffisamment articulés pour aboutir à une prise en charge coordonnée. **Un dispositif de coordination portes d'entrée unique" les "Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer" (MAIA) est mis en place en Franche Comté.** Ce dispositif répond à la commande de la circulaire interministérielle n° DGCS/SD3A/DGOS/2011/12 du 13 janvier 2011.

Ce dispositif permet, à partir d'une structure existante, de construire avec les partenaires institutionnels et professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial (partage de référentiels et d'outils, pratiques communes, articulation des interventions...).

S'appuyant sur ce partenariat, cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, réduire les doublons d'évaluation et ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes malades, et à améliorer la lisibilité du système de soin et d'aide. Un accompagnement spécifique par des "gestionnaires de cas" sera proposé en situations dites complexes

En région, en collaboration avec divers partenaires, et principalement les conseils généraux, l'ARS s'attache à la mise en place de ce dispositif et à désigné fin avril 2011, suite à appel à candidature, le Groupement de Coopération Sanitaire ADN (Alliance pour le Développement de la Neuropsychiatrie), comme porteur de la MAIA 2011.

En raison des spécificités franc-comtoises (démographie, superficie régionale réduite, partenariats existants...), l'expérimentation d'un dispositif MAIA fédératif s'inscrit d'emblée dans un objectif de déploiement interdépartemental sur plusieurs territoires (Besançon et grand Besançon, Dole et Triangle d'Or, Gray et région Grayloise) puis régional, et impliquera, dès les premières phases d'élaboration du dispositif, tous les partenaires concernés des secteurs ciblés souhaitant intégrer cette démarche (réseaux, CLICS, SSIAD, établissements de santé, EHPAD...).

Une initiative régionale

Un répertoire des ressources en région : pour favoriser un diagnostic et une prise en charge précoces afin de retarder l'évolution de la maladie et de mieux orienter les malades et leur entourage, un annuaire des ressources régionales en matière de diagnostic, d'accompagnement et de prise en charge (Consultations Mémoire, associations d'usagers, prestations, hébergement...), à destination des médecins généralistes et intervenants du domicile, est en cours d'élaboration avec le concours des professionnels impliqués (professionnels de santé, institutionnels, représentants d'usagers...).

2.4. La prévention et le signalement des situations de maltraitance restent limités

La prévention de la maltraitance au domicile est ressentie comme une démarche importante mais plus délicate qu'en EHPAD, s'agissant de la sphère privée. De ce fait les démarches sont souvent inexistantes. Les seuls indicateurs de maltraitance à l'égard des personnes âgées à domicile résultent des signalements au réseau ALMA⁴. En effet, les signalements provenant du domicile représentent 82% des situations suivies (17% institutions/1% sans domicile fixe). Les maltraitements psychologiques sont les plus nombreuses, elles représentent 33% des signalements. Viennent ensuite les négligences passives et les maltraitements financiers.

2.5. Les démarches "bienveillance" doivent être confortées

A domicile, les intervenants extérieurs, plus particulièrement les professionnels du SSIAD, peuvent être des témoins privilégiés de ces maltraitements et contribuer à leur repérage et signalement.

La bienveillance, c'est aussi être attentif à une prise en charge de qualité : il s'agit de sensibiliser les professionnels des SSIAD à la préservation de la santé de la personne âgée, en prévenant la dénutrition et plus globalement l'évolution de la dépendance.

La poursuite des actions de prévention est incontournable. Les professionnels du domicile doivent être sensibilisés par des actions sur les déterminants de santé (nutrition, activité physique, tabagisme, etc.) ayant un impact sur les maladies chroniques qui augmentent le risque de dépendance (pathologies cardio-vasculaires, diabète, arthrose.....).

Les SSIAD sont particulièrement attentifs à la prévention de la dénutrition et des chutes. En effet, Les chutes sont la première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans. Au niveau national, chaque année, plus de deux millions de personnes âgées chutent, avec des conséquences plus ou moins graves. Bon nombre de ces accidents entraînent une perte d'autonomie et compromettent le maintien à domicile des personnes âgées. Des mesures d'aménagement astucieuses et simples, ainsi qu'une bonne hygiène de vie, pourraient éviter bon nombre des chutes qui troublent la vie de nos aînés. La domotique, qui rassemble les techniques de gestion automatisée appliquée à l'habitation joue un rôle important dans l'environnement de la personne âgée. Au-delà des dispositifs de téléalarme, largement diffusés par les communes en Franche-Comté, il s'agit de soutenir les initiatives de développement des innovations technologiques qui permettent de retrouver un peu d'autonomie, et améliorent la qualité de vie de la personne âgée vivant seule.

Autre constat, sur un total de 10 571 suicides survenus en 2008 au niveau national, 2 950 concernaient des personnes de plus de 65 ans. L'évolution du vieillissement de la population laisse ainsi présager une augmentation du nombre de suicidés âgés.

Le rapport sur la santé mentale et le bien-être des personnes, âgées remis fin mai 2011 à la Secrétaire d'Etat à la Santé, met l'accent sur la nécessité d'inclure le bien-être psychologique de la personne âgée dans la démarche du bien vieillir.

2.6. L'évitement des situations de rupture (soutien au retour à domicile après une hospitalisation) concerne une catégorie restreinte de personnes âgées

En Franche-Comté deux dispositifs spécifiques (centrés sur la sortie d'hospitalisation) ont été repérés:

- le dispositif de sortie d'hospitalisation (SH) porté par le GIE IMPA, mis en place depuis le premier semestre 2007, prépare dès leur entrée en établissement de santé, les sorties d'hospitalisation des personnes âgées fragilisées, nécessitant un accompagnement spécifique pour un retour à domicile sécurisé et en conditions optimales (zone d'intervention : la région). Toutefois, il ne concerne que certaines personnes âgées (pas tous les patients atteints de pathologies lourdes, complexes ou chroniques) et a une approche uniquement sociale (et non médicale) ;

⁴ L'association ALMA a pour but de mettre en place dans la région Franche-Comté tout ce qui permet de faire connaître la réalité des maltraitements envers les personnes âgées et handicapées, d'écouter les signalements et les plaintes en se dotant de moyens de prévention nécessaires. Le site fait partie du réseau national ALMA et est adhérent à la convention nationale avec la direction générale de la cohésion sociale sur le thème prévention des maltraitements et diffusion de la bienveillance

- un dossier de liaison papier pour des personnes dépendantes à domicile : il s'agit d'un outil de communication papier, détenu par le patient et contenant les seules informations utiles et partageables entre les différents acteurs du maintien à domicile. Il a été mis en œuvre à Lons-le-Saunier, pour des critères de faisabilité.

Avant le démarrage effectif du projet, le comité de pilotage mis en place avec les acteurs de terrain, a réalisé une large information de l'ensemble des professionnels de la zone, des partenaires et des institutions. Ce support permet d'assurer un partage de l'information entre les intervenants du domaine sanitaire, médico-social, social et l'entourage de la personne dépendante. Les informations colligées visent toutes à favoriser une meilleure coordination des soins et une amélioration globale de la prise en charge. La principale difficulté de ce type d'outil est de réussir à le faire vivre, chacun devant l'alimenter en fonction de son métier.

2.7. Des initiatives d'aide aux aidants nombreuses sans une coordination globale de leur développement

Deux familles de dispositifs sont identifiées : les formules de soutien et les formules de répit.

2.7.1. Des formules de soutien diversifiées

- La démarche PAPA

Depuis fin 2010, ce programme est porté par le GIE IMPA (Ingénierie Maintien à Domicile des Personnes Agées) en collaboration avec l'ARS de Franche-Comté.

Le programme PAPA de Franche-Comté s'attache à la problématique de l'aide aux aidants. Cet axe de travail, régional, est aussi l'occasion de proposer un espace inter-institutionnel de réflexion et de soutien visant à la détermination d'axes prioritaires afin de contribuer à une véritable "politique" d'aide aux aidants proches. Le groupe de travail "Bientraitance, aide aux aidants – Ingénierie" s'appuie également sur les travaux du PGI Bourgogne Franche-Comté en direction des aidants recensant les actions d'aide aux aidants et menant une réflexion quant à la façon de mieux toucher cette population ("Communiquer, informer le grand public et les aidants potentiels, des dispositifs et programmes existants s'adressant aux aidants proches").

- Les modes de soutien des aidants

Individualisés : suivis à domicile "gestes et postures", "accompagnement aux soins", "suivis nutritionnels", "suivis psychologiques"... n'excluant pas le soutien médical de l'aidant (bilan spécifique, ex. CLIC Espace Seniors Baume les Dames). Le soutien individualisé, s'il s'avère parfois "chronophage" (accompagnement aux soins à domicile), permet aussi, parfois en quelques séances, dans la réalité du domicile et du contexte familial, d'apporter un réel mieux être aux aidants (savoir, savoir-faire, savoir être) et aux aidés. En région, ces suivis individualisés sont portés par des associations d'usagers, des services d'aide à domicile (ex. ASSAD Besançon-Pontarlier soutien aux proches aidants : "accompagnement aux soins", "soutien psychologique", "suivis nutritionnels"...)...Un suivi spécifique autour du deuil peut également être apporté, notamment au travers du "dispositif Veuvage" expérimenté, en région, par la MSA.

Les Réseaux (Réseau gérontologique Bisontin, Réseau de Baume les Dames, Réseau RAPID'fr, Réseau soins palliatifs ARESPA...), Confédération gérontologique du Territoire de Belfort, Coordination du Pays de Montbéliard, associations d'usagers, CLIC... soutiennent, à tous niveaux, les personnes en perte d'autonomie mais aussi leur entourage aidant.

Collectifs : cycles d'échanges et d'information, groupes de parole, échanges thématiques et conviviaux... proposés par des associations d'usagers, des institutions, et/ou dans le cadre d'initiatives expérimentales : formules de type "Café des aidants", "Rendez-vous des Aidants", "Bistrot Aidants", "Cercles des aidants"...).

En région, les groupes de paroles et de soutien sont notamment proposés par des associations d'usagers (France Alzheimer Franche-Comté, Franche-Comté Parkinson...), par la Confédération de Gérontologie du Territoire de Belfort, par la CARSAT BFC, par le CODES 70.

Formules dérivées des précédentes, Café des aidants (ASSAD Besançon-Pontarlier...) et Bistrot Aidants/Cercles des aidants (ADMR 25, Pays Vesoul Val de Saône et FASSAD 70...) se développent sur le territoire (notamment sur le Doubs et la Haute-Saône) et réunissent, grâce à leur souplesse de fonctionnement (sans engagement, anonymat, espace de rencontre "dans la vie"...), des aidants de toutes origines (conjoints, enfants...) autour d'un thème spécifique, d'échanges d'expériences, et d'activités ludiques.

Des formations sont aussi proposées principalement aux aidants de malades Alzheimer, organisées par l'Association France Alzheimer Franche-Comté, formations s'appuyant sur leurs ressentis et vécus et qui mériteraient, après adaptation, d'être étendue à tous les aidants. Développer la capacité de l'aidant à repérer les signes de dégradation de son proche pourrait contribuer à éviter les hospitalisations en urgence.

Un site internet dédié aux personnes âgées mais aussi à destination des aidants : depuis, fin mai 2009, le site Internet régional informe et oriente les personnes âgées et leurs proches aidants vers toute offre visant à la préservation de leur autonomie et santé physique et mentale. Il s'est aussi donné pour objectif de les accompagner selon l'évolution de leur dépendance ou de leur maladie, eu vue de gérer au mieux des situations de rupture et des urgences pouvant les fragiliser. (www.personnesagees-fc.com)

Spécificité de la prise en charge ALZHEIMER

- Les plateformes de répit

L'offre de services et prestations pouvant être proposée aux malades et à leurs familles peut être importante mais souvent dispersée. Les "plateformes de répit"(mesure 1b du Plan), déjà expérimentées sur 11 sites en France de septembre 2009 à mai 2010, feront l'objet d'un déploiement national fin 2011, dans le cadre d'un appel à projet porté en région par l'ARS. Elles ont pour objectif de proposer, sur un lieu d'accueil unique, une offre diversifiée de services et prestations aux malades et à leurs familles (groupes de parole et de soutien, rencontres d'information et de formation ; activités de loisirs, culturelles et artistiques ; séjours vacances, ateliers de réhabilitation et de stimulation sensorielle... mais aussi accueils de jour et de nuit ; hébergement temporaire, répit à domicile...). Leur mise en place implique un partenariat diversifié autour des accueils de jour susceptibles de les porter (10 places d'accueil minimum) mais peut-être également d'autres types de structures.

- La consolidation des droits et de la formation des aidants

Dans le cadre du Plan, depuis septembre 2010, soutenue par la Caisse nationale de la santé et de l'autonomie (CNSA), France Alzheimer Franche-Comté propose une formation, entièrement gratuite, pour les "aidants familiaux" de proches atteints d'une maladie diagnostiquée "Alzheimer" ou d'une maladie apparentée.

Surmonter la difficulté résultant de l'absence de perception d'un besoin de formation chez 70 % des aidants implique cependant de développer une large information, relayée par les professionnels de terrain et les acteurs de la coordination, et une offre de formation structurée. Aussi faciliter l'accès à l'ensemble des aidants familiaux sur le territoire rend nécessaire que d'autres opérateurs, en lien avec France Alzheimer Franche-Comté, puissent également mettre en place des actions d'information-formation conformes au cahier des charges...d'où le lancement d'un appel à candidature national, relayé par l'ARS de Franche-Comté au cours de l'été 2011, et l'initiation d'un travail de concertation avec divers partenaires.

2.7.2. Une offre de répit : l'accueil de jour et l'hébergement temporaire qui restent à consolider

- Les accueils de jours correspondent à une offre de répit en réponse à l'épuisement ressenti pour les aidants, ont aussi une visée thérapeutique pour les malades (stimulation des capacités restantes et maintien du lien social dans le cadre d'un lieu de vie partagé).
- L'hébergement temporaire a pour vocation de répondre aux situations d'urgence et de crise dûe à la santé de la personne âgée et/ou à une rupture momentanée de soutien de l'environnement familial ne permettant plus à celle-ci de rester à son domicile (hospitalisation du conjoint,

indisponibilité du logement,...) permettant un accueil temporaire limité, saisonnier. Il relaie aussi les familles dans leur accompagnement (fatigue, épuisement...).

Le travail engagé par l'ARS dès 2010, pour suivre les instructions de la circulaire du 25 février 2010 qui recommande des capacités minimales de 6 places pour un AJ adossé à un EHPAD et de 10 places pour un AJ autonome, a permis de faire le bilan des structures d'AJ autorisées (avant 2010) pour des capacités inférieures aux capacités recommandées.

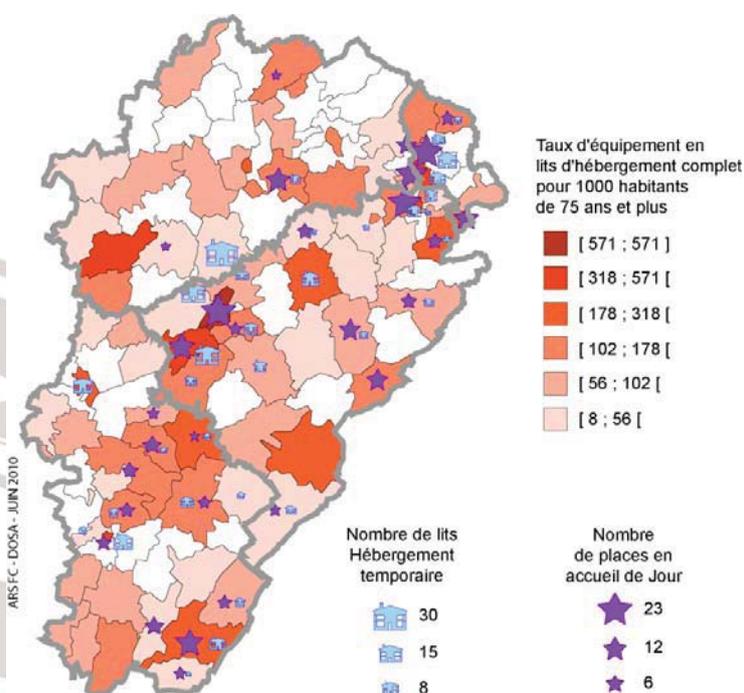
Ainsi, sur 60 sites d'implantation géographique répartis sur la région, on constate que 22 sites n'étaient pas aux normes.

Structures d'accueil pour personnes âgées de plus de 75 ans (Nombre de lits/places et taux d'équipement au 1er mai 2010)

	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire-de-Belfort	Franche-Comté	France métropolitaine
Taux d'équipement	95,8	125,8	116,1	118,8	110,7	132,1
Hébergement temporaire						
Nb de lits	108	66	38	25	237	7979
Taux d'équipement	2,7	2,5	2,5	1,7	2,4	1,6
Accueil de jour						
Nb de places	120	81	16	70	287	6125
Taux d'équipement	2,9	3,0	0,7	6,3	2,9	1,2

*Données au 01.01.2008 ** y compris les USLD
Sources : Fines, ARS FC, DOSA ; Insee.

Au 1^{er} mai 2010, la région dispose de 287 places en accueil de jour, 237 lits d'hébergement temporaire.



Spécificité de la prise en charge ALZHEIMER

La majorité des places l'Accueil de jour (AJ) pour les personnes âgées de Franche-Comté, soit 73 %, sont des places offertes aux personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer. On note, au 1^{er} mai 2010, 287 places d'accueil de jour en Franche-Comté, dont 204 dédiées à l'accueil de malades Alzheimer et apparentés, et se répartissant très différemment selon le département : 89 dans le Doubs, 38 dans le Jura, 12 en Haute-Saône et 65 dans le Territoire de Belfort.

L'accueil temporaire s'adresse en priorité aux personnes dépendantes (61 %), mais depuis le lancement du plan Alzheimer, de nombreux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont transformé leurs places de personnes âgées strictement dépendantes en places identifiées Alzheimer.

L'analyse de l'offre menée a relevé la nécessité de prévoir une offre d'accueil de jour et temporaire renforcée, avec le souci de la rendre plus efficiente. Ces prises en charge permettent de retarder l'entrée en établissement, souvent traumatisante pour la personne âgée.

La répartition des places hébergement temporaire et d'accueil de jour n'est pas homogène.

Sont inscrites et financées dans l'actualisation 2011 du PRIAC (PRIAC avant loi HPST) :

- 114 places d'accueil de jour autonome ou en EHPAD (créations et mises aux normes) dont 20 places faisant l'objet d'appel à projets,
- 7 places d'hébergement temporaire en EHPAD.

S'il existe une grande variabilité entre les structures existantes en termes d'activités proposées, donc de l'offre d'accompagnement et de leur caractère thérapeutique plus ou moins développé, les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement (décret du 17 mars 2004) fixent à 6 la capacité minimale d'accueils de jour adossé à un établissement existant et à 10 places celle des accueils de jour autonomes afin d'éviter le saupoudrage et surtout d'assurer une organisation viable de l'accueil de jour qui doit être étayé par un projet d'établissement ou de service.

Or, en Franche-Comté, à l'instar d'autres régions, cette offre apparaît parfois peu lisible (manque de clarté quant à son apport dans l'accompagnement de la personne dépendante et dans l'aide à la réalisation des actions de la vie quotidienne, méconnaissance de ces dispositifs par les médecins traitants et services pouvant orienter les familles...), et souffre d'une mauvaise image.

La proximité, l'organisation et la prise en charge du transport et le coût à charge de l'aidant peuvent aussi en limiter la fréquentation. Ainsi, en région, est-il observé une bonne fréquentation de certains accueils de jour et une déshérence d'autres, problématique qui doit être travaillée en lien avec la mise aux normes de certains accueils de jour existants (capacité, sites éclatés géographiquement). Pour se développer, ils doivent reposer sur un véritable projet d'accompagnement porté par une équipe dédiée et proposer une diversité d'activités thérapeutiques, être structurés dans un espace adapté, moins institutionnels et connotés "maladie", et s'inscrire dans un dispositif plus global d'accompagnement et de soutien du binôme aidant/aidé (plateformes de répit).

L'accueil de nuit, dans les établissements, serait à développer, notamment en le couplant avec un accueil de jour (articulation des horaires des deux types d'accueil) pour un répit plus conséquent de l'aidant. Cela répondrait à la demande croissante des usagers et pourrait permettre le passage en douceur vers l'institutionnalisation (les personnes connaissent les lieux, le personnel...), pour une transition progressive tant pour les malades que pour les familles, ce que proposent les lieux d'hébergement temporaire.

3. Objectifs

3.1. Initier des dispositifs de suivis coordonnés par les soins de premier recours

L'encouragement de dispositifs qui ont pour ambition de réduire les difficultés du suivi est souhaité. Il s'agit d'éviter les situations de crise, en organisant un suivi coordonné qui engendre une certaine régularité. Le souci de construire des prises en charge évolutives dans une logique d'anticipation est omniprésent.

Leviers d'action :

- Soutenir les initiatives de permanence soins de ville seniors et les accueils prévention-santé seniors dans les maisons de santé.
- Mettre en place des plateformes locales de coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux autour de la personne âgée.

3.2. Garantir la continuité de la prise en charge soins

Levier d'action :

- Optimiser l'organisation territoriale des SSIAD accessible 7/7, en tenant compte de l'activité libérale.

3.3. Former les professionnels du soin à domicile à repérer les signes précurseurs de la dépendance et des situations à risque

Leviers d'actions :

- Soutenir des actions de formation à l'éducation pour la santé.
- Mettre en place et soutenir des actions de prévention de la dénutrition et des chutes.
- Mettre en place et soutenir des actions de prévention du suicide.
- Mettre en place des formations de prise en charge de la grande dépendance.

3.4. Promouvoir la santé au travail

Levier d'action :

- Mettre en place et/ou soutenir des programmes de prévention des risques professionnels (actions/informations postures et matériels adaptés)..

3.5. Développer les démarches qualité à domicile

A domicile, les intervenants extérieurs, plus particulièrement les professionnels du SSIAD, peuvent être des témoins privilégiés de ces maltraitances et contribuer à leur repérage et signalement.

Leviers d'actions :

- Mettre en place des lieux de parole, de réflexion, de collaboration, pour permettre aux professionnels du soin à domicile de faire évoluer leurs modalités d'intervention.
- Veiller à la mise en œuvre de formation des professionnels du soin à domicile au repérage des signes de maltraitance.

3.6. Poursuivre l'organisation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées

La généralisation de ces types de dispositifs est attendue.

Il s'agit d'articuler et de coordonner les différents acteurs (établissements de santé, professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux) dans une approche globale autour des besoins de santé de la personne afin :

- de faciliter les sorties anticipées et ainsi réduire les durées de séjour, éviter le "syndrome du glissement" et les maladies nosocomiales, et augmenter la rotation des lits pour améliorer les conditions d'accueil,
- d'éviter des ré-hospitalisations en améliorant les conditions de retour à domicile.

Leviers d'action :

- Rechercher une prise en charge graduée, associant professionnels de santé (hospitaliers et libéraux), services de soins infirmiers à domicile, service d'aide à domicile.
- Veiller à un développement des dispositifs de sortie d'hospitalisation de la personne âgée.

3.7. Mettre en cohérence les dispositifs d'aide aux aidants existants et renforcer leur visibilité selon les besoins des usagers

Leviers d'actions :

- Concrétiser une information claire et accessible pour les personnes dépendantes et leurs aidants. L'accessibilité à l'information s'inscrit dans la stratégie d'optimisation de l'utilisation de l'offre disponible.

Les institutions, réseaux et associations proposent quant à elles des services d'accueil, d'information, de conseil et d'orientation (CLIC...) pour apporter des réponses en terme de soutien et d'aide adaptés aux besoins propres des personnes âgées et de leurs proches et les accompagner dans leur parcours de vie et de santé.

Il pourrait s'avérer nécessaire, face à cette diversité de prestations et services, de proposer des outils régionaux favorisant le parcours aidants (et proches aidés) : "Aidants personne dépendante", "Aidants malades Alzheimer"...et surtout contribuer à une meilleure coordination de cette offre.

Parallèlement à ces outils, la connaissance des disponibilités en temps réel des places vacantes d'AJ et HT présenterait une réelle plus-value pour les aidants.

3.8. Construire les coordinations et les programmations nécessaires au développement et à la diversification des formules de répit pour les aidants

Leviers d'actions :

- Contribuer à l'adaptation des dispositifs de formation des aidants familiaux

- Développer les capacités d'accueil de jour en EHPAD et en structures autonomes.

Tous les projets de créations d'EHPAD prévoient la création de places d'accueil temporaire (AJ et HT) au titre de la diversification de l'offre institutionnelle. Le développement de ces types d'accueil concourt également à favoriser le maintien à domicile de la personne âgée en offrant une solution de répit aux aidants naturels.

- Optimiser les recours à l'accueil de jour en poursuivant la mise aux normes des structures (selon les recommandations de la circulaire du 25 février 2010).

Parallèlement à la mise aux normes, pour l'optimisation de la fréquentation des accueils de jour, un travail spécifique est à mener (projet d'accueil, qualité et pertinence des activités proposées, situation des sites éclatés, organisation des transports...).

- Accompagner le développement et la diversification des formules de répit
Afin de concrétiser cet objectif il serait souhaitable de pouvoir formaliser en articulation avec les Conseils Généraux, un plan stratégique de développement et de diversification des formules de répit.
- Développer les formules d'accueil de nuit
- Mettre en place des plateformes de répit
Un cahier des charges national précise les modalités d'organisation et de mise en place de plateformes de répit à destination des aidants de personnes malades d'Alzheimer et maladies apparentées mais aussi de toutes personnes âgées dépendantes
- Soutenir la formalisation de coopération pour la prise en charge de cas difficiles
Cette formalisation s'inscrit dans le cadre de la fluidité du parcours de l'aidant, afin de prévenir les ruptures de prise en charge de la personne aidée lors de moment clefs ou en situation à risque.

4. Programmes/Schémas

4.1. Programmes

- Le plan Préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA) décliné en région.
- Le PRIAC.

4.2. Schémas

- Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale.

5. Transversalité

5.1 Transversalité interinstitutionnelle

ARS, Conseils Généraux/caisses de retraite des différents régimes.

6. Evaluation/ Indicateurs de suivi (relatifs à la mise en œuvre du schéma)

- Nombre de dispositifs spécifiques seniors au niveau ambulatoire.
- Analyse plan de formation des SSIAD.
- Nombre de bénéficiaires des démarches sorties d'hospitalisation.
- Dispositifs d'information d'aide aux aidants.
- Démarches inventaire places disponibles AJ HT (outil d'identification des places disponibles en temps réel.)
- Nombre de dispositifs de formation pour les aidants/ Nombre de personnes formées.
- Mise en œuvre d'une coordination régionale des dispositifs d'aide aux aidants.
- Formalisation axes stratégiques partenariales de développement et de diversification des formules de répit.
- Nombre de formules innovantes concrétisées.



Prise en charge des personnes âgées en EHPAD



Fiche SROMS

Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD

Référencement de la fiche : PRS FC / SROMS Fiche Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD / V1

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, médico-social et social).
Priorité 4 Objectif 4.4	Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes âgées.
SROS	Biologie, HAD, IRC, Médecine, Soins Palliatifs, SSR, Santé mentale

1 Contexte

1.1. Les coordinations avec l'hôpital

- La Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 qui rénove l'action sociale et médico-sociale, fixe les modalités pour le développement de coopérations au sein des établissements sociaux mais aussi avec des établissements de santé, par des conventions.
- La circulaire DHOS/02/DGSSD5D/2002/157 du 18 mars 2002 complétée par la circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques précise le rôle de l'hôpital dans la prise en charge des personnes âgées qui s'articule autour de 3 axes : le renforcement de l'accès aux soins de proximité, le développement des courts séjours gériatriques et des filières d'admission directe sans passage par les urgences, l'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée.

Il s'agit de construire une filière de soins offrant un panel de ressources adaptées aux besoins de la personne âgée

L'exigence est la mise en œuvre d'une prise en charge graduée et globale de la personne âgée sur la base d'une coordination renforcée entre les établissements hospitaliers et médico-sociaux.

1.2. L'hospitalisation à domicile (HAD) et les soins palliatifs en EHPAD

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé en 2002, "les Soins Palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles face aux conséquences des maladies mortelles, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés".

L'arrêté du 24 mars 2009 fixe les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Une instruction DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des EMSP dans les EHPAD, précise le rôle des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) dans le développement de la démarche palliative en EHPAD.

Il s'agit de faire en sorte que l'HAD vienne compléter sans se substituer à la prise en charge de l'EHPAD. Le recours à l'HAD évite une hospitalisation ou peut permettre un retour plus rapide de l'hôpital ou des soins de suite.

Elle permet d'assurer la continuité des soins que certains EHPAD ne peuvent pas assurer.

1.3. Le plan Alzheimer et maladie apparentées (2008-2012)

Mesures 11, 12, 13 : Création de consultations mémoire (CM) et Centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR) en zone non pourvues, renforcement consultations mémoire à forte activité.

Mesure 17 : Création d'unités spécialisées au sein des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour malades atteints d'Alzheimer.

2. Diagnostic

2.1. L'absence de coordination régionale des filières gériatriques

La Franche-Comté fait partie des 10 régions où il n'existe pas de filières gériatriques clairement identifiées et coordonnées au niveau régional.

Toutefois, les éléments constitutifs de ces filières existent en Franche-Comté :

- service de court séjour gériatrique, support de la filière ;
- unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour ;
- équipe mobile de gériatrie ;
- soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance à temps complet ou en hôpital de jour ;
- soins de longue durée.

Des services de court séjour gériatrique sont identifiés au CHU, au CHBM site de Belfort et des services de médecine polyvalente à orientation gériatrique sont identifiés au CH de Lons-le-Saunier et au CHI de Haute-Saône (site de Vesoul).

Du fait du faible nombre de médecins gériatres dans la région, il est convenu de retenir également les services de médecine polyvalente sans orientation spécifique, comme services destinés principalement à prendre en charge des personnes âgées de plus de 75 ans.

Les établissements de santé concernés sont les CH de Pontarlier, Dole, Saint-Claude, Champagnole et Gray.

Les autres établissements ayant des services de médecine (CH de Morez et ex hôpitaux locaux) font partie de ces filières sans en être le support.

Des équipes mobiles de gériatrie existent au CHU et dans les CH de Pontarlier, Lons-le-Saunier, CHI de Haute-Saône et CH de Gray.

2.2. Les coordinations EHPAD/secteur sanitaire ne sont pas toujours effectives

Majoritairement les EHPAD ont une convention avec un établissement hospitalier. Il s'agit d'une convention cadre qui mériterait d'être déclinée plus finement, particulièrement sur le volet gériatrique.

Toutefois, on constate que ce conventionnement n'est pas forcément facilitateur dans les échanges entre le milieu sanitaire et médico-social. La majorité des EHPAD constate plusieurs aléas : le passage par les urgences qui peut être générateur de perturbations (même si l'hospitalisation est programmée) et des retours en établissement non planifiés, qui peuvent intervenir lorsque l'IDE (infirmière diplômée d'Etat) est absent y compris la nuit.

Inversement, un transfert par l'EHPAD de la personne âgée à l'hôpital, particulièrement en début de week-end, pas toujours justifié, est regretté par le secteur sanitaire.

Au-delà, en matière de transmission des informations des marges de progrès existent :

- Les comptes-rendus hospitaliers arrivent souvent trop tard (8/10 jours après l'examen), ils s'avèrent pourtant nécessaires pour avoir des informations sur les résultats et traitements préconisés. (d'où appels téléphoniques de la structure).
- La fiche de liaison : elle existe à l'arrivée de la personne âgée mais peut manquer à la sortie.

Le meilleur "chaînage" des dispositifs est manifestement à rechercher. La question de la prise en charge des troubles à caractère psychiatrique est récurrente avec l'attente d'une redynamisation des équipes mobiles de psychiatrie.

Globalement, on évoque une méconnaissance des ressources de chacun qui va souvent de pair avec une certaine défiance, la nécessité de construire des modules de formation permettant aux professionnels des EHPAD de connaître les spécificités des prises en charge du sanitaire et réciproquement.

2.3. L'HAD/les soins palliatifs dans les EHPAD sont peu développées

Les familles demandent à ce que les personnes âgées restent le plus longtemps possible en EHPAD d'où un besoin d'équipes de soins palliatifs en EHPAD

L'intervention de l'HAD dans les EHPAD est peu connue et donc peu développée, sachant que la réglementation pour une telle intervention est restrictive.

Entre autre, très peu de conventions "soins palliatifs EHPAD/Hôpital" sont signées. Un premier bilan du groupe SROS fait état de 36 conventions (soit 15% des EHPAD).

Suite à la parution de l'instruction N° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, l'ARS souhaite amplifier cette pratique la multiplication des conventions. Il est apparu nécessaire au préalable de réaliser une évaluation de l'existant. A. cet effet, le réseau de soins palliatifs et le REQUA ont engagé un travail sur les EHPAD début 2011.

2.4. Spécificité ALZHEIMER : renforcement des prises en charge

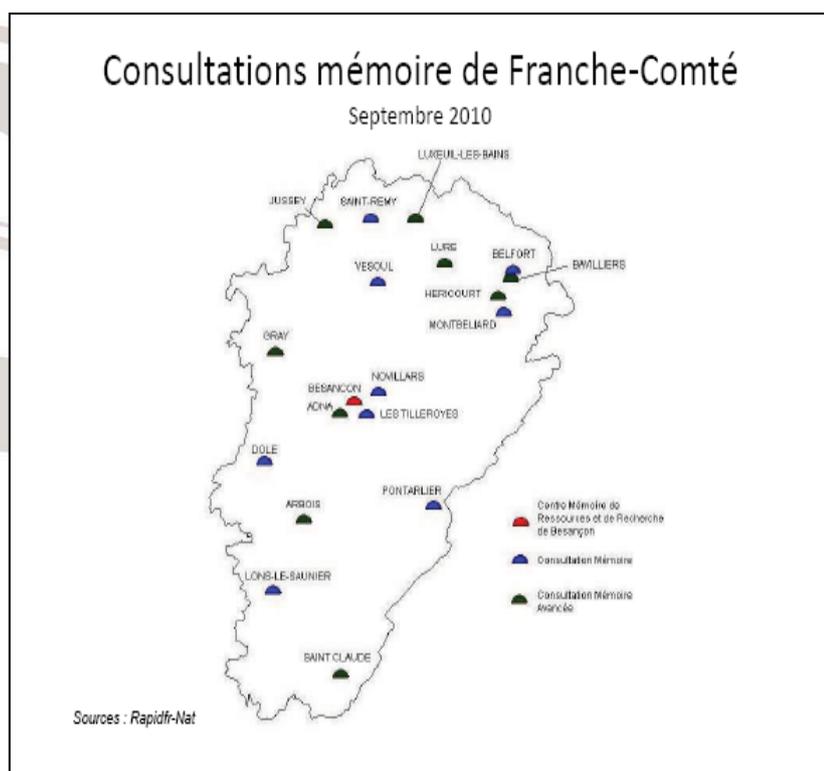
Les Consultations mémoire (CM) permettent aux patients de bénéficier, après bilan et diagnostic précis, d'une prise en charge adaptée de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées.

Bénéficiant d'équipes médicales pluridisciplinaires, les CM de proximité, en milieu hospitalier notamment, sont ouvertes, sur prescription médicale, à toutes personnes présentant troubles de la mémoire et/ou troubles cognitifs. Elles établissent avec le médecin généraliste, un partenariat à long terme afin de proposer un traitement et d'assurer un suivi optimal du patient à chaque stade de la maladie (pouvant inclure un programme de rééducation).

Pour soutenir psychologiquement et informer patients et entourage, elles peuvent proposer des groupes de paroles, et les guider (demandes d'aides sociales et de prise en charge).

Le Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR), le CHU de Besançon, reçoit les patients dont les troubles nécessitent une expertise plus approfondie (diagnostic complexe, forme plus précoce). Il mène une activité de recherche clinique et de formation, anime le dispositif régional en lien avec les CM.

Le territoire régional est relativement bien couvert – à l'exception du secteur Maiche/Morteau -, avec l'existence de 19 Consultations Mémoire (dont 1 CMRR 9 Consultations Mémoire avancées de proximité).



En Franche-Comté, ces consultations nécessiteraient, pour la plupart d'entre elles, un renforcement en personnel (temps de secrétaire, de neuropsychologue ou orientation psychosociale...) pour une meilleure prise en charge des consultants et pour assurer le recueil de données épidémiologiques liées aux consultations et constituant la BNA (Banque Nationale Alzheimer) par le biais de l'outil Rapid (développé par l'association ADNA).

Développement des Unités cognitivo-comportementales (UCC) : ces unités de réhabilitation cognitivo-comportementale, répondant aux situations de crise (faciliter l'accès à la filière hospitalière et prévenir le passage aux urgences), identifiées en services de SSR, de 10 à 12 lits, s'adressent à des patients atteints de Maladie Alzheimer ou apparentées présentant certaines caractéristiques : mobilité, agressivité, troubles du comportement productifs (hallucinations, agitation, troubles moteurs et du sommeil graves...). Un programme d'activité structuré adapté leur est proposé en vue de réduire leurs troubles, de diminuer l'utilisation de psychotropes sédatifs et la contention. Il doit permettre de stabiliser ou diminuer les troubles du comportement, de mettre en place des stratégies compensatoires du déficit cérébral, d'assurer des soins préventifs d'une situation de crise, de maintenir/améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

En Franche-Comté l'objectif de mise en place de deux (UCC) en SSR est atteint avec l'ouverture d'une unité au CHG de Dole et l'identification, courant 2011, d'une seconde unité au Centre de Soins et de Réadaptation des Tilleroyes à Besançon.

3. Objectifs

En articulation avec les objectifs du SROS, les objectifs suivants sont identifiés pour le secteur médico-social.

3.1. Faire entrer les EHPAD dans une logique de filière gériatrique qui reste à structurer

Leviers d'actions :

- Structurer la gériatrie au niveau régional pour assurer une bonne articulation des filières gériatriques avec les EHPAD.
- Identifier un coordonnateur régional au sein du CHU et des référents dans chaque structure concernée.
- Organiser l'accès direct des personnes âgées dans les services de médecine polyvalente sans passage par le service des urgences, notamment par le biais de convention avec les EHPAD.
- Elaborer des recommandations régionales de prise en charge des personnes âgées sur lesquelles les médecins traitants pourront s'appuyer (par exemple, sur la polymédication).
- Individualiser des services de médecine polyvalente dans tous les établissements publics de santé (avec orientations dans les établissements de niveau "infrarégional") afin de prendre en charge les patients âgés.
- Favoriser les coopérations entre établissements de santé de proximité et établissements de recours infrarégional (interventions des équipes mobiles, conventions de partenariat...).
- Développer les coopérations avec les professionnels de santé ambulatoires de proximité.
- Développer les unités d'hospitalisation de jour médicales et transversales hors cancérologie pouvant également assurer une activité de consultation externe.

3.2. Optimiser les coopérations existantes EHPAD /secteur sanitaire

Levier d'actions :

- Mettre en place un suivi de l'effectivité des conventions de coordination EHPAD/HOPITAL.
- Articulations avec les SSR : Soutenir la mise en place du dossier partagé avec les EHPAD.
- Inciter à l'organisation de formation favorisant une interconnaissance des acteurs.
- Redynamiser les interventions d'équipes mobiles de psychiatrie.
- Soutenir la mise en place de formation et d'actions de sensibilisation aux troubles psychiatriques dans les EHPAD.

3.3. Développer le partenariat entre l'HAD et les EHPAD

Levier d'action :

- Organiser une information des directeurs d'EHPAD, avec présentation des missions de l'HAD, de ses modalités de saisine, de ses modes d'intervention et des conditions nécessaires.

3.4. Développer les soins palliatifs en EHPAD

Leviers d'actions :

- Initier une coordination de référence EMSP/EHPAD
- Traduire cette coordination de référence dans une procédure type
- Transcrire cette procédure type dans un cadre conventionnel.

4. Programmes/Schémas

4.1. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

ARS Conseils Généraux/Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)

6. Evaluation/Indicateurs de suivi (relatifs à la mise en œuvre du schéma)

- Nombre de coopération EHPAD/secteur sanitaire.
- Pourcentage EHPAD interventions soins palliatifs.
- Pourcentage EHPAD interventions HAD.

Fiche SROMS

Conforter la démarche qualité en EHPAD

Référencement de la fiche : PRS FC / SROMS Fiche Conforter la démarche qualité en EHPAD / V1

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 1 Objectif 1.5	Contribuer au développement de la santé et du bien-être au travail.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, médico-social, social)
Priorité 4 Objectif 4.3	Promouvoir la bientraitance en institution et à domicile.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes âgées.
SROS	Ambulatoire.

1. Contexte

Le plan solidarité grand âge 2007-2012 se donne comme ambition de permettre aux personnes âgées les plus vulnérables de mieux vivre en établissement en renforçant la lutte contre la maltraitance, en généralisant une politique ambitieuse de qualité et une culture d'évaluation.

1.1. La lutte contre la maltraitance

La circulaire de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et les services médico-sociaux de la compétence de l'Agence régionale de santé (ARS), rappelle que la politique nationale comprend trois axes principaux :

- améliorer la détection, le signalement et le traitement des situations de maltraitance,
- renforcer l'efficacité, la fréquence des contrôles et l'accompagnement des établissements et services sociaux médico-sociaux,
- mettre en place une politique de développement de la bientraitance.

Le pilotage régional de cette action relève de l'ARS, en concertation avec les services des Conseils Généraux.

1.2. La promotion de la bientraitance

Afin de garantir une prise en charge de qualité le développement de la bientraitance est complémentaire de la prévention de la maltraitance.

Deux dispositifs contribuent à la réalisation de cet objectif. :

- **La modernisation des établissements pour personnes âgées**

La qualité des normes architecturales contribue à l'amélioration de la prise en charge de la dépendance. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) participe au financement des travaux d'investissement immobilier dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées. A ce titre l'ARS se voit notifier une enveloppe qui permet de participer à la modernisation des locaux et à des opérations de mises aux normes techniques et de sécurité.

- **L'évaluation dans le secteur médico-social**

La loi 2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale pose le principe d'une évaluation continue des activités et services sociaux et médico-sociaux, de la qualité des prestations délivrées. Les ESMS (les établissements et services médico-sociaux) sont donc invités à s'engager dans cette démarche à travers une évaluation interne devant avoir lieu tous les 5 ans et une évaluation externe dont la 1ère devrait avoir lieu au cours des 7 années qui suivent la délivrance de l'autorisation ou son renouvellement, la seconde deux ans avant son renouvellement.

Par ailleurs, deux outils sont destinés à accompagner les établissements dans leur démarche qualité :

- **Le programme Mobiqua** (Mobilisation pour la qualité des soins)

Pour répondre à cet enjeu, la Direction générale de la santé (DGS) a initié et confié à la Société française de gériatrie et gérontologie, en lien avec l'ensemble des sociétés savantes concernées, la création puis la diffusion d'outils de sensibilisation et de formation sur les quatre thématiques suivantes : la douleur; les soins palliatifs; la "bientraitance"; la dépression.

L'ensemble de la mise en œuvre du programme de diffusion (MOBIQUAL) est structuré et exécuté par une équipe projet nationale pilotée par la Société française de gériatrie et gérontologie et appuyé par les fédérations et gestionnaires d'associations, d'établissements et de services. Elle facilite, accompagne et suit les travaux conduits dans chaque région. Elle met à disposition de chaque acteur souhaitant entrer dans cette démarche de santé publique et s'engageant à respecter un cahier des charges, les éléments de méthode et outils permettant d'améliorer les pratiques professionnelles, au bénéfice du mieux-être des personnes hébergées.

- **La Télésanté**

Il s'agit d'une application émergente des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) appliquées à la santé.

Elle permettra d'améliorer le suivi et la continuité de la prise en charge globale des personnes, âgées notamment grâce à la coordination des soins entre la ville et l'hôpital, mais aussi entre établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

2. Diagnostic

2.1. La lutte contre la maltraitance est une priorité

Elle s'articule autour deux dispositifs initiés par l'ARS :

- **Un dispositif de gestion centralisée des plaintes**

L'ARS est destinataire des plaintes, réclamations et doléances de diverses natures émises par les particuliers ou les professionnels dans tous les champs de sa compétence, en particulier dans le champ des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées.

La gestion centralisée des plaintes au niveau du siège de l'ARS a été mis en place fin 2010, qui doit permettre, au-delà du traitement de chaque plainte, d'obtenir, par consolidation des données, une vision à la fois quantitative et qualitative des situations signalées et de leur traitement.

La gestion des plaintes constituera donc au fur et à mesure de son utilisation, un levier d'action particulièrement utile pour adapter les dispositifs d'intervention, orienter les outils de prévention, élaborer des programmes de contrôle des établissements et structures et élaborer des plans de formation des personnels travaillant en institution.

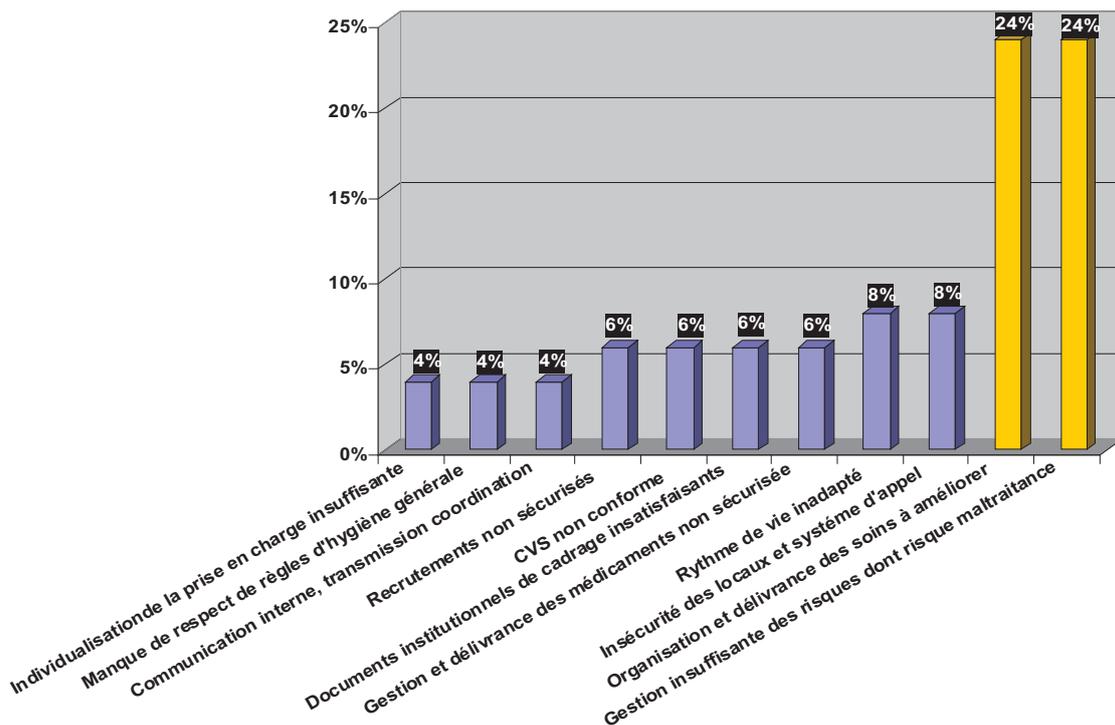
- **Un programme de prévention de la maltraitance en EHPAD soutenu**

L'ARS inscrit son programme de prévention de la maltraitance dans la continuité des priorités ministérielles traduites par 2 plans nationaux consécutifs : le programme pluriannuel 2002-2006 de prévention et de repérage des risques en institutions et le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance couvrant la période 2007-2011.

La réalisation de ces programmes a d'abord contribué à augmenter le nombre de contrôles réalisés, notamment dans les établissements accueillant des personnes âgées.

En effet, au-delà des constats effectués individuellement établissement par établissement, la mise en œuvre des précédents programmes nationaux de contrôle a permis de mieux identifier les zones et facteurs de risques dans les établissements recevant des personnes âgées en Franche-Comté. Il ressort clairement que la prévention de la maltraitance dans ce type d'établissement constituait en Franche-Comté un véritable enjeu de politique publique.

La cartographie des risques ainsi établie permet aujourd'hui à l'ARS de disposer d'un diagnostic des risques et des pistes améliorations à apporter au fonctionnement des EHPAD avec une politique d'intervention adaptée.



C'est sur la base de ces éléments qu'ont été conçus les outils d'inspection, notamment la grille de contrôle.

Celle-ci reprend les facteurs de risques potentiels et s'oriente autour de 3 axes majeurs d'amélioration que sont :

- 1^{er} axe : améliorer la gestion du risque en EHPAD
- 2^{ème} axe : personnaliser/individualiser la prise en charge des résidents
- 3^{ème} axe : améliorer la prise en soins

L'ARS a arrêté un programme ambitieux de contrôle des EHPAD puisque, à échéance de 2014, l'ensemble des établissements aura été inspecté.

Les 30 EHPAD pour 2011 sont équitablement répartis entre les 4 départements de Franche-Comté. Les EHPAD relevant d'une double compétence (ARS et conseils généraux), ces derniers sont associés aux inspections et la majorité d'entre eux, contribue activement à la mise en œuvre du programme.

Les premiers EHPAD qui sont contrôlés en Franche-Comté au titre de 2011 ont été prioritairement retenus en fonction de critères et d'éléments objectifs permettant de cibler les établissements pouvant présenter des risques potentiels.

Les critères retenus sont, à titre indicatif, le PMP (pathos moyen pondéré), le GMP (Gir moyen pondéré), la charge de dépendance (définie par le GMP rapporté au ratio aide-soignante et aide médico-psychologique), les ratios de personnels soignants...

La mise en œuvre de ce programme se veut une démarche préventive qui permet d'échanger avec les directions et les professionnels des établissements en dehors d'une situation de crise.

A l'issue du contrôle, le retour d'expérience est largement favorisé puisque très souvent, les équipes d'inspection retournent dans la structure pour évoquer, avec les personnels, les éléments contribuant à une démarche et une posture professionnelle bientraitance, mais également les axes d'amélioration à privilégier.

2.2. Une volonté de l'ARS d'accompagner les EHPAD dans les démarches qualité

2.2.1. La modernisation des EHPAD en Franche-Comté

Conformément aux orientations nationales dégagées notamment du plan solidarité grand âge, et dans les lois de financement de la sécurité sociale la CNSA dans le cadre de son Contrat d'objectifs et de moyens avec l'Etat a, depuis 2006, dégagé des dotations spécifiques affectées à la modernisation et à l'adaptation de l'offre d'établissements et services en direction des personnes âgées.

La politique d'aide à l'investissement répond à plusieurs enjeux :

- la transformation, le développement et la modernisation du secteur pour une meilleure adéquation avec les besoins des personnes en perte d'autonomie
- la mise en œuvre des objectifs qualitatifs et quantitatifs des plans nationaux
- la création d'un effet levier financier permettant la maîtrise du reste à charge pour les personnes âgées.

Les services de l'Etat, l'ARS et les collectivités territoriales ont été partie prenante dans cette nouvelle démarche d'humanisation ou de modernisation des structures qui depuis les années 70/80 avait peu évolué.

Entre 2006 et 2010, l'Etat a contribué à la rénovation, restructuration, mise aux normes de 2 106 lits. Ces aides financières permettent réellement aux structures de pouvoir engager des travaux importants en limitant l'impact des frais financiers sur le prix de journée hébergement et donc sur le reste à charge des résidents.

2.2.2. La démarche REQUA

Le code de l'action sociale et des familles prévoit que les établissements et services mentionnés à l'article L 312-1 procèdent à des évaluations de leur activité et de la qualité de leurs prestations (évaluations internes) au regard notamment des recommandations de bonnes pratiques. En outre, le renouvellement, total ou partiel, de leur autorisation (qui est accordée, pour la plupart des ESMS, pour une durée de quinze ans) est subordonné aux résultats d'une évaluation de leur activité et de la qualité de leurs prestations par un organisme extérieur (évaluation externe).

Evaluations internes et externes sont des leviers importants pour améliorer la qualité. Il s'agit toutefois d'une démarche lourde, qui nécessite une rigueur et la mobilisation de nombreux acteurs au sein des établissements. Il est donc important que cette démarche soit la plus structurée possible.

C'est pourquoi l'ARS a mis en place en 2011 un accompagnement expérimental de 20 EHPAD.

2.2.3. Les actions de prévention en EHPAD à renforcer

L'ensemble des EHPAD développe des actions de prévention. L'élaboration d'un plan prévention implique le médecin coordonnateur qui doit associer l'ensemble de l'équipe soignante, à savoir : les médecins traitants, les infirmières et les aides-soignantes.

La formation du personnel non-soignant est également fondamentale notamment dans la prévention de la dénutrition, accompagnement à la marche pour la prévention des chutes. Deux axes de vigilance sont à développer : la question des soins bucco-dentaires qui constituent un véritable point faible de la prise en charge de la personne âgée en EHPAD et la prévention des déficiences auditives et visuelles.

2.2.4. L'outil MOBQUAL (Mobilisation pour la qualité des soins) insuffisamment utilisé

La démarche et les outils MOBQUAL ont été diffusés, depuis 2007, en région lors de réunions d'information et de formation. Une mise à disposition des outils à titre individuel a été faite, suivant la motivation de la demande et le cadre d'utilisation envisagée par les soignants.

Ce programme s'inscrit, notamment pour les EHPAD, dans le cadre du renouvellement des conventions tripartites et permet, pour les médecins, la réalisation de l'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP). Cet outil semble encore peu connu et peu utilisé. L'appropriation des outils MOBQUAL, et leur mise en œuvre sur le terrain demandent du temps.

2.2.5. Une stratégie de soutien des axes de développement de la télésanté en EHPAD en Franche-Comté

La télésanté dans les EHPAD est émergente en Franche -Comté. A ce jour, le choix se porté sur un système généraliste qui inclut la spécificité de la prise en charge du sujet âgé, il est développé à ce jour sur la question des AVC (accident vasculaire cérébral).

3. Objectifs

3.1 Consolider la Lutte contre la maltraitance en EHPAD

Leviers d'actions :

- Déployer le dispositif gestion des plaintes en 2011 et consolider les données dans une perspective d'amélioration de la prise en charge en institution.
- Poursuivre l'exécution du programme d'inspection prévention maltraitance en EHPAD en 2012-2013.

Le programme se poursuivra jusqu'en 2014. A l'issue de chaque année, le programme d'inspection sera valorisé et permettra d'identifier les axes d'amélioration à développer au sein des EHPAD. A ce titre, les pistes de progrès ainsi connues pourront être intégrer lors des négociations à mener en vue de renouveler les conventions tripartites. De plus, les délégations territoriales de l'ARS assureront le suivi de la mise en œuvre des recommandations formulées par les différentes équipes d'inspection.

3.2 Appuyer le développement des démarches qualité en EHPAD

Leviers d'actions :

- Maintenir la participation de l'agence aux démarches de modernisation des établissements médico-sociaux pour personnes âgées.

Il est important d'établir un programme d'humanisation du cadre de vie des structures en lien avec les conseils généraux, pour permettre une prise en charge plus digne, plus respectueuse de l'intimité, de la sécurité et des souhaits des résidents. Ces travaux de rénovation permettront également d'améliorer les conditions de travail des personnels qui bénéficieront d'un cadre de travail adapté, propice à une meilleure appréciation des besoins des usagers.

La programmation et la priorisation au niveau régional en lien avec les Conseils généraux des projets de rénovation structurelle des EHPAD permettront aussi de travailler sur la rationalisation de l'offre en EHPAD en envisageant le regroupement de petites structures isolées et/ou la mutualisation de certaines fonctions.

- Déployer la démarche REQUA initiée en 2011.

L'ensemble des établissements médico-sociaux de la région Franche-Comté devront avoir réalisé leurs évaluations internes et externes avant le 31 décembre 2014. Aujourd'hui, si plusieurs établissements ont réalisés des évaluations internes, aucun n'a réalisé d'évaluation externe.

Afin de mutualiser et d'harmoniser les expériences, l'Agence Régionale de Santé envisage de poursuivre son travail en partenariat avec le RéQua. L'objectif assigné à la structure sera l'accompagnement d'une centaine d'établissements, ce qui devrait permettre de tenir les délais fixés par la réglementation.

- Soutenir une dynamique de prévention dans les EHPAD :

Pistes d'action :

- Impulser des formations à la grande dépendance.
- Développer des logiques de tutorat.
- Inciter les EHPAD à s'inscrire dans une dynamique d'actions de prévention.
- Mettre en place et soutenir des actions de prévention des déficiences sensorielles.
- Mettre en place et soutenir des actions de prévention de la dénutrition.
- Mettre en place et soutenir des actions de prévention de la santé bucco-dentaire et des soins dentaires.

- Veiller à une prise en compte de la santé au travail

Les actions identifiées au niveau des EHPAD:

- Mettre en place et/ou soutenir des programmes de prévention des risques professionnels (actions/informations postures et matériels adaptés)
- Développer des démarches de prévention des accidents du travail

- Ouvrir la télésanté au niveau des EHPAD

Le développement d'outils de communication peut être particulièrement utile pour le patient âgé. La télésanté en EHPAD doit permettre d'améliorer la prise en charge par un meilleur partage de l'information. Elle peut jouer un rôle dans l'optimisation des coordinations.

La télésanté peut optimiser la prise en charge des urgences médicales pré-hospitalières et leur régulation médicale par le centre 15. La possibilité de transmettre en temps réel des indicateurs vitaux (ECG, tension artérielle, ...) représente une aide supplémentaire au médecin urgentiste dans son acte de régulation, notamment dans l'indication ou non d'un transfert vers l'hôpital.

4. Programmes/Schémas

4.1. Programmes

- Le Plan de Préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA).
- Le Plan régional de gestion du risque (PRGDR).
- Le Programme de développement de la Télémédecine.

4.2. Schémas

- Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale.

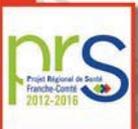
5 Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

ARS / Conseils Généraux / Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)

6. Evaluation/indicateurs de suivi

- Nombre d'opérations de modernisation.
- Pourcentage EPHAD inspection prévention maltraitance.
- Pourcentage EHPAD en démarche qualité.
- Pourcentage EHPAD développant des actions de prévention.
- Pourcentage EHPAD en démarche évaluation.
- Pourcentage EHPAD utilisant un dispositif télésanté.



Fiche SROMS

Consolider l'offre d'accueil en EHPAD

Référencement de la fiche : PRS FC / SROMS Fiche Consolider l'offre d'accueil en EHPAD / V1

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 4 Objectif 4.4	Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes âgées.
SROS	

1 Contexte

Le plan solidarité grand âge 2007-2012

Concernant les établissements pour personnes âgées, le plan se donne comme axe d'intervention l'invention de la maison de retraite de demain en permettant aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix.

Dans le cadre des travaux dépendance menés début 2011, le rapport du groupe "accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie" (juin 2011) fait le constat que la politique de conventionnement des établissements a permis une amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées en établissement en renforçant la médicalisation et le taux d'encadrement. Parallèlement les plans pluriannuels : "Vieillesse et solidarités", "Solidarité-grand âge" et "Alzheimer" ont contribué à un accroissement de l'offre.

Autre constat, le nombre de personnes très dépendantes (GIR1 et 2) augmente en établissement passant de 59% en 2007 à 61,1% en 2010. L'idée que l'hébergement ne soit plus une alternative au maintien à domicile, mais une continuité dans le parcours de vie, quand le niveau de dépendance augmente, est évoquée.

Le plan Alzheimer et maladie apparentées (2008-2012)

L'objectif 5 : améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie en créant des Unités d'hébergement renforcé (UHR), des Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), des unités cognitivo-comportementales en Soins de suite et réadaptation (SSR)

2. Diagnostic

2.1 La Franche-Comté compte 175 établissements d'hébergement permanent pour personnes âgées

En 2006, près de 8200 personnes âgées de 75 ans ou plus vivaient en établissements, soit 8,6 % de la population de cette classe d'âge (moyenne nationale de 9,5 %). Dans les départements francs-comtois, la part de personnes âgées vivant en collectivité varie de 7,9 % dans le Territoire de Belfort à 9,2 % en Haute-Saône et dans le Jura.

Accueil des personnes âgées : Nombre de places installées au 31 juillet 2011

	Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort	
EHPAD	Nombre d'établissements	136	44	51	30	11
	Nombre de places installées	9 448	3 403	2 673	2 148	1 224
Logement Foyer	Nombre d'établissements	39	11	15	9	4
	Nombre de places installées	1 830	577	773	396	84
Total établissements		175	55	66	39	15
Total places installées		11 278	3 980	3 446	2 544	1 308

Source ARS-FC, Finess

Ces établissements, 136 Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 39 logements foyer, se répartissent dans les quatre départements francs-comtois : respectivement 55 et 66 dans le Doubs et le Jura, 39 en Haute-Saône et 15 dans le Territoire de Belfort.

En Franche-Comté, en 2010, les lits en EHPAD représentent 84% de la capacité globale d'accueil en structures d'hébergement permanent pour personnes âgées.

2.2 Des structures d'hébergement proportionnellement moins nombreuses qu'au niveau national

Taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus au 31 juillet 2011

	Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
Population 75 ans et plus*	100 534	40 731	26 671	21 957	11 175
EHPAD	93,98	83,55	100,2	97,8	109,5
Logement Foyer	18,20	14,17	28,98	14,04	7,52

*Source Statiss Franche-Comté 2010, estimations INSEE au 1er janvier 2008.

Taux d'équipement calculé à partir du nombre de places installées indiquées dans le tableau précédent.

Le taux d'équipement national en EHPAD est de 97,7 pour 1000 habitants de 75 ans et plus contre 94 pour 1000 en Franche-Comté.

Au 1^{er} janvier 2011, il reste sur la région 618 places d'hébergement permanent en EHPAD autorisées et financées à ouvrir sur la région d'ici 2013/2014 compte tenu des délais de réalisation immobilière. Soit 320 places sur le Doubs (dont 220 places doivent être installées en 2012 et 100 places en 2014), soit 266 places sur le Jura (dont 169 places doivent être installées en 2011 et 97 places en 2012), soit 32 places sur le Territoire de Belfort qui doivent être installées en 2012.

Il s'agit de projets de création d'EHPAD sur des secteurs géographiques non couverts par une offre de proximité en institution et de projets d'extension de capacité d'EHPAD existants nécessaires pour répondre à des besoins constatés sur des secteurs déterminés et identifiés. Quelque soit le projet à l'origine des créations de places, il s'agit de satisfaire des besoins identifiés dans les SDOSMS. (Schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale)

La plupart de ces projets ont nécessité des travaux de restructuration immobilière dont les délais de réalisation sur plusieurs années induisent un décalage certain entre l'autorisation (engagement de l'opération) et l'ouverture effective des places (installation).

Tous les projets d'EHPAD programmés sur la région ont été inscrits au PRIAC par l'ARS et il n'est pas envisagé de lancer de nouveaux appels à projet. La priorité en EHPAD concerne l'adaptation de l'offre existante à la prise en charge de résidents plus dépendants ou souffrants de troubles du comportement.

Taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus à l'horizon 2013-2014

	Doubs	Jura	HS	TB	FC
Projection 2013	102,80	121,12	102,78	121,04	109,47

Certains départements (tels que le Doubs et le Territoire de Belfort) bénéficient de créations de places qui permettent de mieux équilibrer l'offre sur le territoire régional.

Spécificité prise en charge ALZHEIMER : Mesure 16 du Plan : Création ou identification au sein des EHPAD d'unités adaptées pour patients souffrant de troubles comportementaux.

Cette mesure prévoit la mise en place de Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et d'Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) au sein d'un certain nombre d'EHPAD Dans un environnement architectural adapté et sécurisant, une équipe de professionnels dédiée (ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, ASG...) se consacrera à ces malades, leur proposant, selon la sévérité des troubles comportementaux présentés, des activités et un suivi spécifiques.

Pour cette mesure, le plan Alzheimer 2008/2012 a fixé des objectifs nationaux de labellisation à atteindre d'ici 2012.

Ces objectifs ont été déclinés par région dans diverses instructions ou circulaires.

Ainsi la région Franche-Comté a pour objectif, d'ici 2012 :

- 2 unités UHR en EHPAD (soit un total de 28 places) : une unité est pré positionnée en Haute-Saône.
- 30 PASA (12 à 14 places par pôle soit 420 places) à labelliser avec une répartition par département qui est dite indicative.

3. Objectifs

3.1 Assurer une gestion coordonnée avec les Conseils généraux de l'évolution de l'offre en établissement des personnes âgées dépendantes

Leviers d'actions :

- Poursuivre l'installation des projets d'EHPAD en cours
- Réserver des enveloppes pour des appels à projets.

Au regard des orientations définies dans le cadre des travaux du PSRS, l'ARS a décidé de réserver des crédits pour la création de places d'AJ dans le cadre du nouveau régime d'autorisation des ESMS. Ainsi, l'ARS pourra lancer conjointement avec les Conseils Généraux et selon leurs propres schémas un ou plusieurs appels à projets pour la création de 20 places d'AJ.

3.2 Veiller à la mise en cohérence des prises en charge spécifiques Alzheimer

Levier d'actions :

- Impulser l'articulation des prises en charge spécifiques (PASA/UHR)

4 Programmes/Schémas

4.1. Programme

- Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

4.2. Schémas

- Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale.

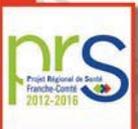
5 Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

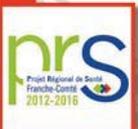
ARS/Conseils Généraux

6 Evaluation/indicateurs de suivi

- Taux équipement EHPAD.
- Indicateurs de suivi du plan ALZHEIMER 2008-2012



Personnes handicapées



Préambule

1. Les chiffres clés francs-comtois

203 associations ou organismes gestionnaires publics gèrent 279 établissements pour personnes en situation de handicap

1.1. Enfants et adolescents handicapés

Un taux d'équipement pour les enfants et les adolescents handicapés supérieur à la moyenne nationale: 11.8 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 8.9 pour 1 000 au niveau national.

54 établissements d'accueil pour enfants et adolescents inadaptés.

42 services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

3518 places offertes pour les enfants et adolescents handicapés réparties comme suit :

- établissements pour enfants polyhandicapés : 183 places
- établissements pour adolescents déficients moteurs (IEM) : 81 places
- instituts médico-éducatifs (IME) : 1 735 places
- instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) : 279 places
- établissements pour déficients sensoriels : 50 places
- service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : 1 084 places
- services auxiliaires de vie (SAVH) : 106 places
- centres d'aide médico-socio-psychologique (CAMSP) : 836 places.

Entre 2 et 3 enfants et adolescents sur 1000 sont allocataires de l'Allocation d'études de l'enfant handicapé au titre de leur handicap.

- 2 347 familles bénéficiaires de l'AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) dont 1 059 dans le Doubs, 531 dans le Jura, 486 dans la Haute-Saône, 271 dans le Territoire de Belfort,

2 967 professionnels travaillent dans les établissements pour enfants et adolescents inadaptés

1.2 Adultes handicapés

Le taux d'équipement Franc-comtois est généralement supérieur à la moyenne nationale.

- 1,08⁵ place pour 1000 adultes handicapés en Maison d'accueil spécialisée (MAS) pour 0,64
- 1,27 pour 1,29 en foyers de vie
- 4,05 pour 3,28 en Etablissement de service d'aide par le travail (ESAT)
- 0,89 pour 0,53 en entreprise adaptée,

Le taux d'équipement régional en foyers d'accueil médicalisés, 0,32 pour 1 000 adultes handicapés, inférieur à la moyenne nationale qui est de 0,51, est à souligner.

Un taux d'équipements régional supérieur à la moyenne nationale pour le travail protégé

Le travail protégé se décline de la manière suivante :

- les établissements de services d'aide par le travail (ESAT) : 2 486 places
- les entreprises adaptées : 547 places
- deux établissements expérimentaux, installés dans le Jura : 40 places

Le taux régional en services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et en services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) est deux fois plus élevé que le taux national : 2,16 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans pour 1,05 au niveau national.

- services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS): 1 246 places
- service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) : 76 places

⁵ Données au 01/01/2009 ARS – Enquête ES-FINESS provenant de Statiss Franche-Comté 2010 et panorama de la santé octobre 2010. Les données nationales datent de 2008.

Le nombre de places en Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes handicapées est de 0,30 place pour 1000 contre une moyenne nationale de 0,12.

Il existe plusieurs types de prestations pour les adultes en situation de handicap notamment la Prestation de compensation du handicap (PCH) qui remplace progressivement l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) depuis le 1^{er} janvier 2006 et l'Allocation adultes handicapés (AAH).

Bénéficiaires de l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) au 31 décembre 2008 :

- 1245 bénéficiaires
- 2,03 bénéficiaires pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans, taux inférieur au taux national de 2,58

Bénéficiaires de la Prestation de compensation du handicap (PCH) au 31 décembre 2008 :

- 1805 bénéficiaires
- 2,94 bénéficiaires pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans, taux supérieur au taux national de 2,01.

Bénéficiaires de l'Allocation adultes handicapés (AAH) en 2009 :

- 15 309 bénéficiaires
- 24,9 bénéficiaires pour 1000 habitants de 20 à 59 ans. Ce taux est inférieur au taux national de 25,7/1000.

3195 professionnels travaillent dans les structures pour personnes adultes handicapées

2. Diagnostic synthétique de la prise en charge des personnes handicapées en Franche-Comté

Faiblesses-Contraintes

Sur le secteur des enfants handicapés:

- Un manque de passerelles entre le secteur enfants et adultes.
- Une absence de souplesse dans les modes d'accueil (séquentiel et aménagé).
- Un nombre important de jeunes adultes maintenus en établissements pour enfants (amendements Creton).
- Un manque d'offre en structures et services d'accompagnement pour la prise en charge des adolescents autistes de plus de 14 ans.
- Une faiblesse d'équipement dans le sud Jura en Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (SSEFIS).
- Des listes d'attente importantes en CMPP, SESSAD et CAMSP.

Sur le secteur des adultes handicapés:

- Une absence de SAMSAH et de GEM sur le secteur de Pontarlier.
- Un taux d'équipement FAM inférieur à la moyenne nationale et départementale.
- Un manque de structure de prise en charge pour les adultes autistes.
- Une absence d'établissement pour handicapés moteurs.
- Une absence d'accompagnement des adultes déficients visuels.
- Une offre d'hébergement aux personnes handicapées vieillissantes à construire.
- Des difficultés de modulation du temps de travail en ESAT.

Atouts-Avantages

Sur le secteur des enfants handicapés

La région est globalement bien dotée en structures pour enfants et adolescents comparativement aux autres régions, pour toute nature de déficiences, tant en ce qui concerne l'offre institutionnelle qu'en service.

- Un important redéploiement de places d'IME en places SESSAD depuis 5 ans.
- Des structures à vocation régionale existent : établissement pour déficients visuels et auditifs, centre de ressources autisme.

Sur le secteur des adultes handicapés:

- La région est globalement bien équipée en établissements pour adultes handicapés par rapport aux autres régions. L'équipement régional compte plus de places de MAS que de FAM et les places SAMSAH tendent à se développer.
- Un redéploiement de places d'IME en places de FAM.
- L'ouverture en 2012 d'une MAS de 40 places pour polyhandicapés.
- La création de places de MAS et FAM pour autistes en 2012 dans le nord du département du Doubs.
- L'existence d'une structure à vocation régionale pour traumatisés crâniens (UEROS) qui comporte une liste d'attente importante.

3. Les modalités de réflexion sur l'écriture du Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS) volet "personnes handicapées"

Préalablement à la rédaction du SROMS, l'Agence régionale de santé (ARS) a souhaité instaurer une large concertation partenariale. Ainsi un comité SROMS a été constitué regroupant les partenaires institutionnels, les représentants des fédérations et associations gestionnaires du secteur. Il s'est réuni régulièrement sur la période de janvier 2011 à mai 2011.

Le travail de réflexion a été mené en sous-groupes.

Ces travaux ont été réalisés dans une logique "parcours de vie" et à partir des travaux réalisés lors de rédaction du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) sur la thématique : favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun et renforcer la qualité de leur prise en charge.

Le schéma joint concrétise globalement le parcours "personnes handicapées" en Franche-Comté.

4. Les thématiques retenues pour le SROMS volet personnes handicapées

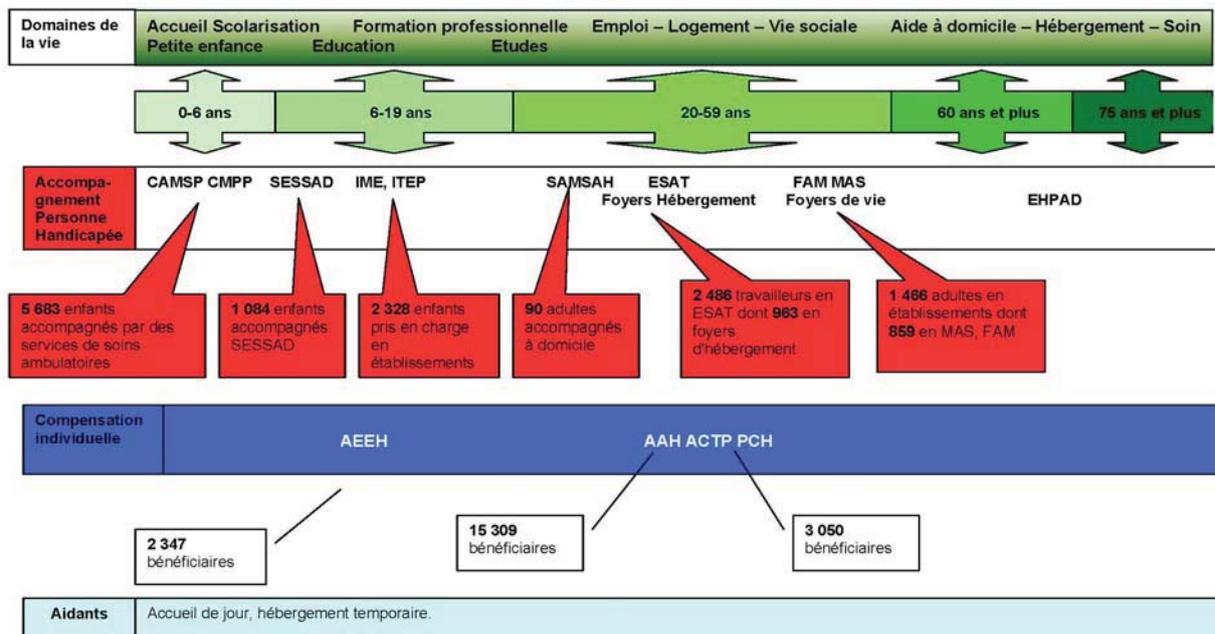
3 enjeux principaux ont été identifiés au cours des travaux :

- favoriser les prises en charge ambulatoires et les accompagnements en milieu ordinaire,
- adapter les dispositifs sanitaires et médico-sociaux à l'évolution des besoins,
- améliorer la continuité des soins et la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social.

La structuration retenue pour les priorités à traiter :

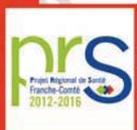
- Garantir à la personne handicapée une prise en charge de sa santé satisfaisante dans son parcours de vie.
- Consolider les prises en charge spécifiques identifiées comme prioritaires :
 - l'autisme,
 - le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent,
 - les handicaps à prévalence régionale,
 - le vieillissement des personnes handicapées.

Représentation synoptique des services médico-sociaux pour personnes handicapées en Franche-Comté



Sources : Statiss 2010 ; Panorama de la santé en Franche-Comté (octobre 2010)

Garantir à la personne handicapée une prise en charge de sa santé satisfaisante dans son parcours de vie





Introduction

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 affirme le principe de l'accès au droit commun de la population en situation de besoin d'aide à l'autonomie, d'une adaptation du droit commun, dans une approche de subsidiarité, dès lors que c'est nécessaire, et du développement de dispositifs spécifiques, quand les besoins de la personne ne sont pas couverts.

La politique du handicap en Franche-Comté concerne au moins 30 000 personnes parmi les plus lourdement handicapées, qui cumulent incapacité, limitation d'activité et invalidité reconnue. Elle concerne également les familles et les aidants familiaux ainsi qu'un grand nombre de professionnels. Elle mobilise des moyens financiers considérables, engageant à la fois l'Etat, l'assurance maladie (ONDAM), la CNSA (Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie), les collectivités territoriales.

Le dispositif de suivi et de pilotage de la politique nationale du handicap a été récemment renforcé. Une conférence nationale du handicap a lieu tous les trois ans. La dernière s'est tenue en juin 2011. Un comité interministériel du handicap a été créé par le décret n°2009-1367 du 6 novembre 2009 et installé par le Premier ministre le 9 février 2010.

Au regard de ce principe de subsidiarité, le SROMS se donne comme ambition de garantir à la personne handicapée une prise en charge de sa santé satisfaisante dans son parcours de vie.

L'approche de la santé promue par la loi HPST est celle de l'OMS : la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La prise en charge médico-sociale de la personne handicapée implique d'examiner la situation de la personne dans sa globalité, au cours d'une évaluation personnalisée. En effet, doivent être prise en compte à la fois son projet de vie personnel, son état de santé, son autonomie dans la vie quotidienne, son environnement familial et social ainsi que ses ressources.

Les axes d'intervention retenus sont alors les suivants :

- Développer un parcours de soins optimisé (ambulatoire, établissements de santé et médico-sociaux).
- Soutenir le maintien à domicile en lien étroit avec les collectivités territoriales.
- Inscrire les établissements dans un processus d'adaptation de la prise en charge dans une logique de qualité.



Fiche SROMS

Développer un parcours de soins optimisé

Référencement de la fiche : PRS FC / SROMS Fiche Développer un parcours de soins optimisé / V1

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et favoriser leur prise en charge.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées
SROS	Génétique, Médecine, AVC et TC, SSR, Santé Mentale, Périnatalité

1. Contexte

Un grand nombre de professionnels agissent dans le parcours de soins des personnes en situation de handicap: professionnels du secteur sanitaire, professions médicales et paramédicales, professionnels du secteur médico-social en établissement ou à domicile.

La cohérence du parcours de soins de la personne handicapée nécessite la coordination de ces différents acteurs tant au niveau de la prévention et du dépistage que de la prise en charge des soins.

2. Diagnostic

2.1. Dépistage du handicap et prise en charge précoce de l'enfant

Le dépistage et la prise en charge précoce du handicap reposent principalement sur les CAMSP et les CMPP.

- Les CAMSP (Centre d'Action Médico-sociale Précoce) sont des centres qui reçoivent des enfants, de la naissance à 6 ans, présentant ou susceptibles de présenter des retard psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées. Ils se situent à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social, tout en orientant leur action vers l'intégration de l'enfant dans les structures ordinaires (crèches, écoles maternelles). Leur vocation est d'être polyvalents, c'est-à-dire de s'adresser à tous les types de handicaps. Ces centres tendent à prévenir ou réduire l'aggravation du handicap en offrant ou organisant les soins et accompagnements appropriés.
- Les CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) sont des centres ambulatoires de consultation, diagnostic et soins qui s'adressent aux jeunes de 0 à 20 ans ayant des difficultés psychologiques.

Les objectifs généraux de l'accompagnement des CAMSP et CMPP consistent à garantir la fluidité des parcours de soins et d'accompagnement des enfants, à risque de handicap par la complémentarité de l'offre entre CAMSP, CMPP, Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP), Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (SSEFIS), service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAIS), établissements médico-sociaux, établissements sanitaires, médecins et paramédicaux libéraux.

L'objet est aussi d'améliorer l'accueil et la participation sociale des enfants dans les structures de droit commun pour les modes de garde, l'école, les loisirs, les vacances.

2.1.1 La situation en Franche-Comté

La qualité du dépistage et la précocité du diagnostic sont déterminantes dans la prévention du handicap. Ils permettent d'assurer une meilleure prise en charge et d'anticiper tous les moyens à mettre en œuvre.

Le rôle du CAMSP dans le dépistage et la prise en charge précoce est essentiel. Leur connaissance des demandes des parents, de l'évolution des situations de handicap pourrait être utile à l'analyse prospective de l'évolution des besoins et aider à la planification des réponses médico-sociales ;

La continuité du parcours de soins et d'accompagnement dès le repérage et le dépistage du handicap ou du risque de handicap requiert des partenariats consolidés entre les établissements de soins, les services et établissements médico-sociaux, les services de la santé scolaire et de la PMI ;

En Franche-Comté, on compte 418 places de CAMSP et 11 CMPP répartis de la manière suivante dans la région :

	CAMSP 20/05/2011	CMPP 20/05/2011
Franche-Comté		
- nombre de services	4	11
- nombre de places	418	
Doubs		
- nombre de services	1	5
- nombre de places	120	
Jura		
- nombre de services	1	4
- nombre de places	160	
Haute-Saône		
- nombre de services	1	1
- nombre de places	60	
Territoire de Belfort		
- nombre de services	1	1
- nombre de places	78	

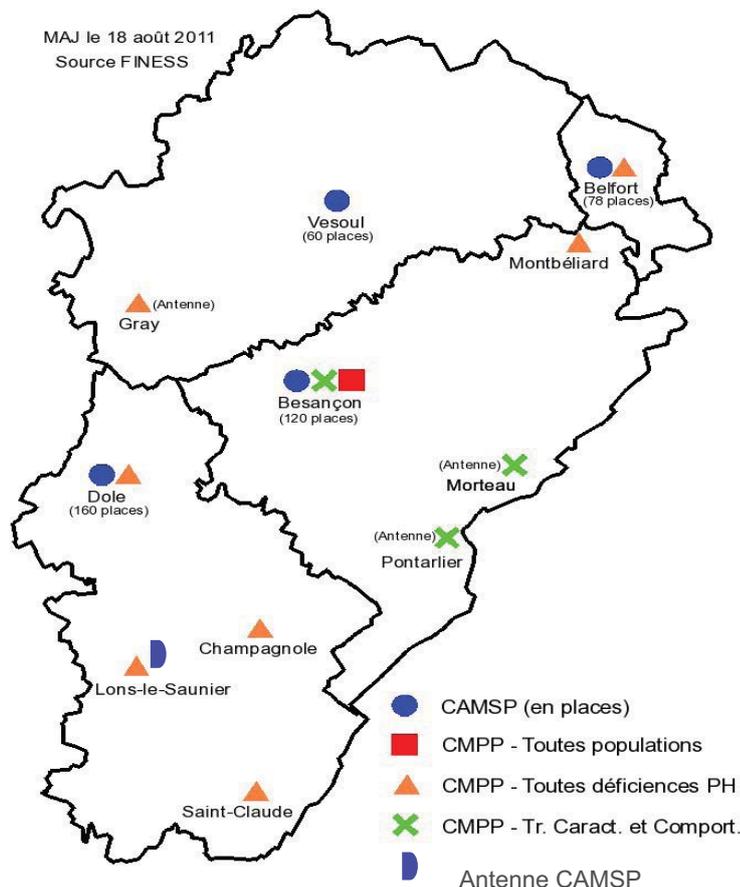
DOSA-le01/06/2011-source Finess

Le délai moyen de prise en charge en CMPP est de 6,5 mois (moyenne nationale de 6,1 mois). (Source enquête ES 2006).

La Haute-Saône est le département le moins bien pourvu avec un faible nombre de places en CAMSP et un seul CMPP qui intervient sur environ 1/5 du département.

CAMSP et CMPP en Franche-Comté

MAJ le 18 août 2011
Source FINESS



2.2. L'accès aux soins courants

Aujourd'hui, l'accès aux soins spécifiques des personnes en situation de handicap est assuré. Par contre, les troubles de santé non liés au handicap ne sont pas toujours reconnus en tant que tel et certains besoins en soins sont souvent négligés (bucco-dentaires, gynécologiques,...)

En plus des freins d'accès aux soins liés à la personne elle-même (nature du handicap, difficultés d'expression,...), s'ajoutent une série d'obstacles qui tiennent notamment à la complexité de l'offre de soins, aux difficultés d'accessibilité des lieux de soins et des matériels utilisés, à un manque de formation et d'information de tous les acteurs, à une insuffisance de disponibilité et d'écoute des professionnels et à un déficit en actions de prévention (*rapport de la HAS 2009 "Accès aux soins des handicapés"*)

2.3. La coordination et la continuité des soins

La notion de parcours de soins et d'accompagnement est à privilégier. Le manque de coordination entre le secteur sanitaire et médico-social, notamment dans le domaine de la psychiatrie, constitue un frein dans l'accès aux soins des personnes handicapées. Il est important d'inciter les professionnels de santé et les professionnels du secteur médico-social à travailler ensemble, afin d'assurer la continuité des soins.

3. Objectifs

3.1. Identifier plus précocement les handicaps.

Leviers d'action :

- Favoriser la détection et le repérage précoce des enfants présentant des troubles du développement en assurant des coordinations entre les professionnels de proximité de tous les secteurs (petite enfance, scolaire, social, médico-social)
- Replacer les CAMSP comme pivots du dispositif du premier recours et du diagnostic précoce (0-3ans) en :
 - couvrant correctement la région en CAMSP ;
 - assurant la continuité des parcours de prise en charge en développant les coopérations entre les CAMSP et les réseaux de périnatalité, la PMI, le secteur libéral, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et la MDPH ;
 - s'appuyant sur les CAMSP afin d'avoir une "photographie" quantitative et qualitative de l'évolution des enfants accueillis afin de pouvoir adapter les dispositifs sanitaires et médico-sociaux à l'évolution des besoins.

3.2. Améliorer l'accès aux soins

Leviers d'action :

- Faire appel à des personnes ressources dans les services d'accompagnement médico-sociaux, pour faciliter l'interface avec les professionnels de santé.
- Sensibiliser et former les professionnels de santé à l'accueil spécialisé des personnes handicapées par le biais notamment de la FMC (Formation Médicale Continue).
- Soutenir des actions de formation en direction du personnel des SSIAD, pour une meilleure connaissance et appréhension des pathologies présentées par les personnes handicapées.
- Former des personnels de soins pour favoriser l'accueil à l'hôpital de personnes handicapées (urgences, imagerie médicale, chirurgie,...).
- Prévoir dans les centres hospitaliers des lieux de consultations dédiés à l'accueil des personnes handicapées avec des professionnels formés (soins bucco-dentaires, gynécologiques...)
- Rechercher les modalités de partenariat entre les établissements médico-sociaux et les centres hospitaliers, pour permettre aux internes de faire des stages au sein de structures médico-sociales et leur donner une meilleure connaissance du handicap et des contraintes des professionnels du secteur médico-social.

- Promouvoir avec les Conseils Généraux une politique de transport et d'accompagnement des personnes handicapées afin de faciliter l'accessibilité aux soins

3.3. Améliorer les filières de soins psychiatriques

Leviers d'action :

- Renforcer les liaisons et articulation entre les partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires par le biais notamment de la création de plateformes de coordination en psychiatrie ayant pour missions :
 - de développer et promouvoir une culture commune à tous les partenaires du territoire (organisation de formations),
 - de mettre en place, avec les partenaires du social, du sanitaire et du médico-social, un suivi des parcours individuels,
 - d'associer les usagers et les familles aux réflexions et propositions,
 - de mettre à jour et diffuser à la société civile les informations relatives aux structures et organismes du territoire concourant à la prévention, au soin et à l'accompagnement,
 - d'être une instance de réflexion et de proposition,
 - de mettre en place des outils d'évaluation de son action.
- Formaliser en amont des besoins, les modalités d'hospitalisation et de retour dans le lieu de vie en particulier pour les situations d'urgence, par le biais de convention entre les établissements médico-sociaux et les établissements sanitaires.
- Faciliter l'alternance des séjours en psychiatrie en mettant en place un dossier de liaison, partagé entre les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux.
- Création d'équipes mobiles de psychiatrie pouvant intervenir au domicile et en ESMS en cas de crise.

3.4. Améliorer les filières de soins entre soins de suite et de réadaptation (SSR) et les établissements médico-sociaux

Leviers d'action :

- Renforcer les coopérations entre les SSR et les établissements médico-sociaux au moyen de conventions afin d'organiser la coordination de la prise en charge et du suivi (surveillance, évaluation,...) des personnes handicapées (Art. 6123-126 du CSP). La signature de ces conventions fera l'objet d'une attention particulière lors des visites de conformité.
- Garantir la participation de l'ensemble des professionnels concernés dans la filière (acteurs libéraux, établissements de santé, services et établissements médico-sociaux).
- Développer les liens avec les MDPH pour être en capacité de mettre en place une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne.
- Mettre en place, en lien avec les MDPH, des protocoles avec des MAS pour l'accueil de patients cérébrolésés.
- Identifier les places en MAS et FAM participants à la prise en charge des adultes cérébrolésés en perte d'autonomie.
- Evaluer les besoins en structure d'accueil MAS pour les adultes cérébrolésés lourdement handicapés, notamment avec assistance respiratoire.

3.5. Promouvoir des actions de prévention adaptées aux publics handicapés

Leviers d'action :

- Sensibiliser les professionnels intervenant auprès des personnes handicapées en soutenant des actions de formation à l'éducation pour la santé et à la prévention des risques, adaptées au public handicapé
- Permettre aux personnes handicapées d'accéder plus facilement aux dépistages organisés (cancer du sein, cancer colorectal)

4. Programmes/Schémas

4.1. Programmes

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale (volet handicap) établis par les Conseils généraux.

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

- Les Conseils Généraux.
- Les MDPH.
- L'Education Nationale.
- L'IRTS, CSAPA, IFSI.
- Les associations de personnes handicapées.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi

- Listes d'attente et délais de prise en charge en CMPP et CAMSP.
- Nombre de formations sur le secteur sanitaire des personnels de SSIAD.
- Nombre de formations sur le secteur médico-social des personnels hospitaliers.
- Nombre de conventions de coopération signées entre établissement sanitaire et médico-social.

Fiche SROMS

Soutenir le maintien à domicile

Référencement de la fiche : PRS FC / SROMS Fiche Soutenir le maintien à domicile / V1

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 4 Objectif 4.1	Permettre le maintien (le soutien) à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet.
Priorité 4 Objectif 4.2	Développer l'aide aux aidants.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées.
SROS	

1. Contexte

Un nombre important de personnes en situation de handicap vivent à domicile ou chez leurs parents. Le domicile est compris comme une alternative à la vie en établissement.

L'évaluation personnalisée des besoins des personnes et l'élaboration de leur plan personnalisé de compensation par les MDPH, l'évolution de la solvabilisation de la compensation conduisent à une demande différente et plus diversifiée à l'égard des services médico-sociaux et des établissements, pour les enfants comme pour les adultes.

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge de la personne handicapée à domicile, les lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et du 11 février 2005 concernant l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ont renforcé les exigences en termes de respect des droits des usagers. En développant les démarches d'évaluation, de contrôle et de protection des personnes et en instaurant un processus d'évaluation individuelle basé sur les besoins exprimés par la personne et mis en œuvre par le service médico-social d'accompagnement. (SESSAD, SAMSAH...)

Par ailleurs, la loi n°2005-102 du 11 février 2005 prévoit le droit à la compensation qui se traduit par l'élaboration d'un "**plan personnalisé de compensation**" élaboré par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), en fonction du "projet de vie" de la personne, au sens des besoins et des aspirations qu'elle exprime (ou exprimées par son représentant légal ou encore avec l'aide de ses proches).

2. Diagnostic

2.1. L'insertion scolaire

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées affirme que "tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence".

Elle affirme également que "le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant".

La scolarisation des enfants en situation de handicap en Franche-Comté:

- 3 657 élèves sont scolarisés en milieu ordinaire⁶ pour l'année 2010-2011., dont près des 2/3 dans le 1^{er} degré.
- 66% de ces élèves sont scolarisés en classe ordinaire. La plupart des élèves scolarisés en Classe pour l'inclusion scolaire (CLIS) ou en Unités localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) ont une déficience intellectuelle ou cognitive.

Même si des progrès importants ont été constatés en matière de scolarisation des enfants et jeunes handicapés, la collaboration entre l'Education nationale et le secteur médico-social est à renforcer. Il s'agit de promouvoir une logique de parcours individualisé, d'organiser l'accompagnement, de mettre en place des dispositifs souples et adaptés aux besoins de chaque élève.

L'intégration scolaire en milieu ordinaire implique une articulation forte entre l'Education nationale et l'ARS

⁶ Données hors CNED de l'EN " troubles ou atteintes et scolarisation-premier degré et second degré"

Tableau troubles ou atteintes et scolarisations – Premier degré et second degré

Troubles ou atteintes	Scolarisation individuelle								Scolarisation collective			Total élèves scolarisés
	1 ^{er} degré	Collège	Dont SEGPA	LEGT	LP	EREA	Total 2 nd degré	TOTAL	1 ^{er} degré CLIS	2 nd degré ULIS	TOTAL	
Troubles intellectuels et cognitifs	555	221	182	3	18	15	257	812	665	394	1 059	1 871
Troubles du psychisme	423	143	65	4	15	4	166	589	81	20	101	690
Troubles du langage et de la parole	171	114	23	13	8	2	137	308	15	1	16	324
Troubles auditifs	72	28	5	10	4		42	114	12	4	16	130
Troubles visuels	37	21	1	4	4		29	66				66
Troubles viscéraux	56	16	3	2	2		20	78	3		3	81
Troubles moteurs	129	62	4	17	15		94	223	38	19	57	280
Plusieurs troubles associés	86	15	4	1	1	1	18	104	33	17	50	154
Autres troubles	28	16	1	4	1	9	30	58	2	1	3	61
Total	1 559	636	288	58	68	31	793	2 352	849	456	1 305	3 657

Source : Education nationale, académie de Besançon année scolaire 2010-2011

Dans le second degré, la scolarisation à temps partiel concerne 7% de ces élèves, dont le 1/3 a une scolarité complémentaire, le plus souvent au sein d'un établissement médico-social (80%) (Les données 1^{er} degré restent à insérer.)

Troubles ou atteintes et temps de scolarisation

Troubles ou atteintes	Temps de scolarisation											Total
	Temps complet	Temps partiel (éduc. nat. uniquement)	Temps partiel								Total	
			UE-MS	UE-HOSP	AGR	CFA	EN	CNED	ASSO			
Troubles intellectuels et cognitifs	617	21	11							2	13	651
Troubles du psychisme	154	16	13	1							14	186
Troubles du langage et de la parole	137	1										138
Troubles auditifs	41	5										46
Troubles visuels	27	2										29
Troubles viscéraux	17	3										20
Troubles moteurs	107	5								1	1	113
Plusieurs troubles associés	32	2	1								1	35
Autres troubles	29			1							1	31
Total	1 161	57	25	2						2	2	1 249

Source : Education nationale, académie de Besançon année scolaire 2010-2011

- Accompagnement des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire :
Dans le second degré, 40% des élèves handicapés sont accompagnés par un AVS (Assistant de vie scolaire) ou EVS (Emploi vie scolaire) collectif en CLIS ou ULIS.
L'accompagnement par un AVS ou EVS individuel est rarement à temps plein et ne couvre pas la totalité du temps de scolarisation de l'élève, même s'il s'agit d'une scolarisation à temps partiel.
(Les données 1^{er} degré restent en attente)

Troubles ou atteintes et accompagnements

Troubles ou atteintes	Accompagnements						Total
	1. l'élève bénéficie à temps plein d'un assistant d'éducation/AVS	2. l'élève bénéficie à temps partiel d'un assistant d'éducation/AVS	3. l'élève bénéficie à temps plein d'un emploi vie scolaire/AVS	4. l'élève bénéficie à temps partiel d'un emploi vie scolaire/AVS	5. l'élève bénéficie du soutien régulier d'un assistant d'éducation-auxiliaire de vie scolaire collectif	6. pas d'accompagnement	
Troubles intellectuels et cognitifs	2	22		2	426	199	651
Troubles du psychisme	1	22		5	29	129	186
Troubles du langage et de la parole		82		12	7	57	138
Troubles auditifs	2	13		2	4	25	46
Troubles visuels	2	9		1	1	16	29
Troubles viscéraux	2	3		1		14	20
Troubles moteurs	7	34	4	10	22	36	113
Plusieurs troubles associés		8			19	8	35
Autres troubles		5		1	3	22	31
Total	16	178	4	34	511	506	1 249

Source : Education nationale, académie de Besançon année scolaire 2010-2011

Dans le second degré, pour l'année scolaire 2010-2011, la quasi-totalité des élèves scolarisés en milieu ordinaire ont un PPS (Plan Personnalisé de Scolarisation) ou un PPS en cours d'élaboration, (Les données du 1^{er} degré sont en attente)

2.2. L'accompagnement médico-social des enfants

Afin de garantir la priorité donnée au milieu ordinaire, il est important que **les établissements et services médico-sociaux orientent leurs interventions vers des dispositifs d'accompagnement**. L'apport des textes d'avril 2009⁷ doit être intégré dans la réflexion.

En Franche-Comté, l'offre de services se présente de la façon suivante :

- Les **SESSAD** (Services d'éducation spéciale et de soins à domicile) sont des services médico-sociaux autonomes ou rattachés aux établissements d'éducation spéciale. Ils apportent au jeune, en association avec les parents, une aide à l'autonomie, par un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisé. Ils interviennent ainsi dans le cadre d'une intégration scolaire, comme

⁷ Décret n°2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements de l'éducation nationale et les établissements et services médico-sociaux.

après des enfants et adolescents non scolarisés, dans leurs différents lieux de vie : crèche, halte-garderie, centre de vacances et de loisirs, domicile. Les prises en charge par un établissement ou par un service médico-social sont exclusives l'une de l'autre. Les enfants sont admis sur décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) Les prestations sont prises en charge par la sécurité sociale.

Au 1er mai 2010, la Franche-Comté compte 42 Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) pour 1084 places.

- Le **SSEFIS** (Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire), pour déficients auditifs après 3 ans.
- Les **SAAAIS** (Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire) pour déficients visuels sont constitués d'équipes pluridisciplinaires dont l'action consiste à apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents maintenus dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation. Ces services font l'objet d'une fiche spécifique "Handicap à prévalence régionale".

Nombre de SESSAD et nombre de places (au 1^{er} mai 2010)

	Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile	42	18	10	9	5
Nombre de places	1 084	577	209	185	113

Sources : Finess ARS-FC, DOSA

Accueil des enfants et adolescents inadaptés par déficience : places installées (au 1^{er} mai 2010)

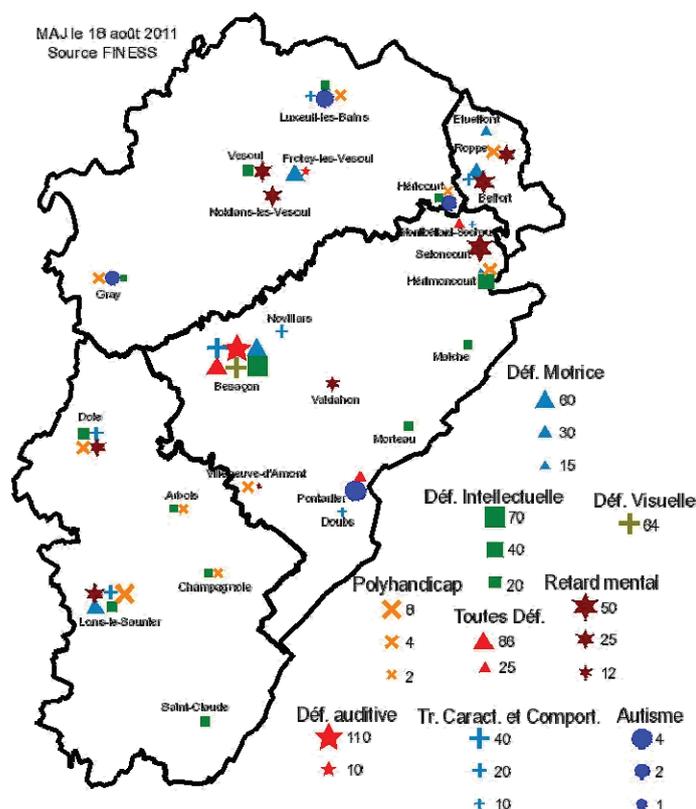
	Défic. Intellect	Défic. Psychique	Défic. Motrice	Défic. Visuelle	Défic. Auditive	Autisme	Poly-handicap	Toutes déficiences	Places par catégorie d'établissement
SESSAD	425	127	200			7	28	156	943

Sources : Finess ARS FC, DOSA

Dans les SESSAD, la majorité des places installées sont dirigées vers les enfants et adolescents souffrant de déficience intellectuelle (425 sur 1 084 soit 39%).

Le besoin en places de SESSAD est estimé à 162. Seul le financement de 42 places (par redéploiement) est actuellement inscrit au PRIAC. Afin d'avoir une mesure exacte du besoin, il est nécessaire de réaliser une analyse des listes d'attente en MDPH.

Places de SESSAD en Franche-Comté par types de déficiences



2.3. L'insertion professionnelle dans l'emploi

La Direction Régionale des Entreprises, de la Consommation, de la Concurrence, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) est chargée de conduire des politiques du handicap en faveur de l'emploi des personnes handicapées dont le niveau d'efficacité permet d'envisager l'accès à l'emploi sur le marché du travail soit en milieu ordinaire ou en Entreprise Adaptée (EA).

L'ensemble des acteurs du Service Public de l'Emploi et de ses partenaires est mobilisé pour favoriser l'insertion de ces publics sur le marché du travail. C'est le cas notamment de Pôle Emploi et Cap Emploi qui concourent à l'accession au travail en entreprise ordinaire ou en entreprise adaptée, appuyées par l'AGEFIPH (pour les entreprises du secteur privé) et par le FIPHFP (pour les trois fonctions publiques).

Les partenaires que sont le Conseil régional et les Conseils Généraux sont également partie prenante de cette mission, via les politiques qu'ils mettent en œuvre, tant sur les volets insertion que formation professionnelle.

Le Service Appui Emploi (SAE) de l'Association d'Hygiène Sociale de Franche-Comté (AHS-FC) assure actuellement l'accompagnement de personnes dont le handicap psychique est reconnu par la MDPH. Il intervient dans les 4 départements de la région, sur prescription d'une structure d'insertion. Ce dispositif permet de mieux appréhender la problématique des personnes souffrant de handicap psychique et leur propose d'être un interlocuteur privilégié durant la période de bilan, orientation; recherche et maintien dans l'emploi.

2.4. Le soutien au domicile des adultes

Afin de permettre la réalisation du maintien à domicile se réalise dans les meilleures conditions et soit facilité, les prestations et services d'accompagnement à domicile existants doivent être facilement mobilisables et adaptés suivant un plan d'aide personnalisé.

Pour le soutien à domicile, on distingue 2 types de services :

- Les **SAVS** (Services d'accompagnement à la vie sociale) relèvent de la compétence des Conseils généraux. Ils ont pour mission l'accompagnement au quotidien des personnes handicapées qui vivent à leur domicile et permettent une vie autonome dans de bonnes conditions.

La région Franche-Comté compte 24 services, pouvant accompagner 1 246 adultes handicapés

- Les **SAMSAH** (Service d'Accompagnement Médico-social pour Adulte Handicapée) sont des services qui assurent le même accompagnement social que les SAVS mais sont également en mesure d'assurer la coordination des soins.

Elle dispose par ailleurs de 6 services d'accompagnement médico-social (SAMSAH) pouvant aider 76 adultes en situation de handicap.

		Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
SAMSAH*	Nb de places	91	45	36	10	
SAVS	Nb de places	1 246	764	180	282	20

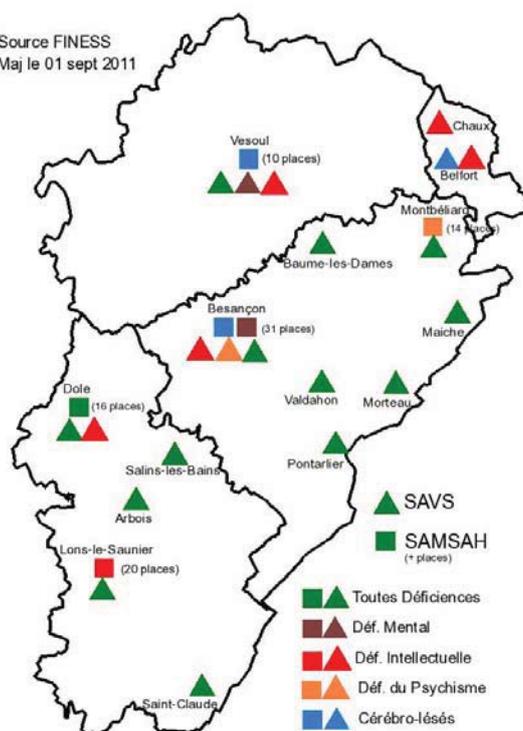
*données au 31/08/2011

Sources : ARS FC, DOSA Finess DGEFP

- Il n'existe pas de SAMSAH pour handicapés psychique et moteur sur le territoire de Belfort, sur Pontarlier et sur Vesoul.

SAMSAH et SAVS en Franche-Comté

Source FINESS
Maj le 01 sept 2011

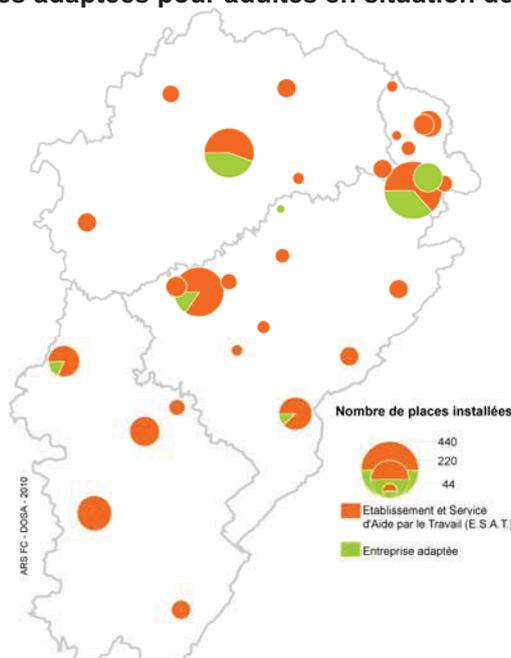


2.5. La prise en charge en ESAT

Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) sont des structures médico-sociales chargés qui proposent aux personnes handicapées qui ne peuvent pas accéder au milieu ordinaire un poste de travail, un emploi.

La Franche-Comté est une région correctement dotée en structures de travail protégé en notant toutefois que les besoins en ESAT spécialisés dans l'accueil des personnes souffrant de handicap psychique et de traumatismes crâniens sont insuffisamment couverts.

Nombre de places installées en établissements et services d'aide par le travail et en entreprises adaptées pour adultes en situation de handicap



Source ARS F-C, DOSA Juin 2010

Accueil des adultes en situation de handicap, taux d'équipement par catégorie d'établissements : places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans (au 1^{er} mai 2010)

Taux d'équipement	France métropolitaine	Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT, ex-CAT)	3.28	4.05	3.89	4.28	3.98	4.35
Entreprise adaptée (ex atelier protégé)	0.53	0.89	0.84	0.21	1.27	1.64

Source : ARS FC, DOSA -Finess

La région compte 30 établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et 8 entreprises adaptées (EA) répartis sur 29 communes, et pouvant accueillir 3033 travailleurs handicapés. Ces établissements sont de taille variable, allant de 15 à 275 places.

Le taux régional est de 4,05 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans contre 3,42 pour la France. Le Territoire de Belfort présente le taux le plus élevé (4,35) et le Doubs le taux le plus faible (3,89). Les taux du Jura et de la Haute-Saône sont respectivement de 4,28 et 3,98.

Concernant les entreprises adaptées (EA), le taux d'équipement régional est également supérieur au taux national (0,89 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans contre 0,54). Seul le département du Jura a un taux plus faible que le taux national (0,21). Les taux du Doubs et de la Haute-Saône sont

respectivement de 0,89 et 1,27 et comme pour les ESAT, c'est le Territoire de Belfort qui a le taux le plus élevé (1,64), taux fortement corrélé à la densité industrielle de cette région.

Les ESAT avec 2486 places installées au 1er mai 2010 constituent une réponse majeure en matière d'insertion et d'activité professionnelles. Plus de 60 % des adultes en situation de handicap accueillis dans les ESAT le sont pour "déficience intellectuelle"(1517).

Une évolution de la population accueillie en ESAT est constatée : vieillissement des personnes, fatigabilité accrue, handicap psychique, problématiques sociales sont autant d'éléments auxquels les ESAT sont confrontés. Face à ces évolutions de publics, de nouvelles formes de prise en charge doivent être recherchées (temps séquentiel, cessation progressive d'activité,...) (cf. fiche "handicapés vieillissants")

2.6. L'hébergement et l'accueil de jour

Pour garantir le choix de la vie à domicile, la question des intervenants, qu'ils soient aidants familiaux, proches ou professionnels doit faire l'objet d'une attention particulière.

Souvent seuls et démunis, les aidants de la personne en situation de handicap doivent être accompagnés et soutenus.

Un des axes fondamentaux de soutien de l'aidant est de lui proposer des formules de répit: accueil de jour, accueil temporaire

L'état des lieux des dispositifs existants figure dans les tableaux suivants.

Ces formules sont proposées par des MAS ou des FAM.

Places d'accueil de jour pour personnes handicapées adultes en MAS et FAM en Franche-Comté (août 2011 – Source Finess)

Département	Structure	Places installées
Doubs	MAS	12
	FAM	11
	Total	23
Jura	MAS	1
	FAM	1
	Total	2
Haute-Saône	MAS	3
	FAM	
	Total	3
Territoire de Belfort	MAS	9
	FAM	
	Total	9
Total Franche-Comté	MAS	25
	FAM	12
	Total	37

L'offre est très différente entre les 4 départements et cette formule est insuffisamment développée dans le Jura et en Haute-Saône.

Places d'hébergement temporaire en MAS et FAM pour personnes handicapées adultes et enfants au 31/12/2011 (données DOSA-Source Finess)

Département	Structure	Places installées (adultes)	Places installées (enfants)
Doubs	MAS		2 (en IME)
	FAM	1	
	Total	1	
Jura	MAS		
	FAM	6	
	Total	6	
Haute-Saône	MAS	4	5 (en EME)
	FAM		
	Total	4	
Territoire de Belfort	MAS		2 (en IME)
	FAM		
	Total		
Total Franche-Comté	MAS	4	
	FAM	7	
	Total	11	5

Une offre globale d'accueil temporaire insuffisante au niveau régional.

Au-delà du renforcement des formules de répit dont le besoin est surtout ressenti pour les personnes lourdement handicapées, il est fondamental d'améliorer l'information et la formation des aidants,

3. Objectifs

3.1. Développer les liens entre l'aide à domicile et les services de soins à domicile

Leviers d'action :

- Construire en coordination avec les Conseils Généraux les bases de protocoles de coopération entre les services d'aide à domicile (SAVS, SAD) et les SSIAD.
- Renforcer l'accompagnement des professionnels d'aide à domicile intervenant auprès d'un public spécifique et mal connu

3.2. Optimiser la mesure du besoin en services d'accompagnement à domicile (SESSAD, SAMSAH,...)

Levier d'action :

- Définir une méthodologie qui fiabilise l'évaluation du besoin en lien étroit avec les Conseils généraux et les associations représentatives.

3.3. Favoriser la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire

L'Académie de Besançon et l'ARS de Franche-Comté ont décidé de renforcer leur partenariat par la définition d'objectifs communs et la déclinaison d'un programme d'actions régional inter départemental sur la base d'une convention cadre. Il s'agit de développer la coopération et la concertation à différents stades : en matière d'évaluation des besoins, en matière d'offre de services, en matière d'information, de sensibilisation, en matière de formation, en matière de communication.

La mise en œuvre de cette convention implique de développement en partenariat avec les collectivités territoriales et plus particulièrement les conseils généraux et les Maisons départementales des personnes handicapées.

Levier d'action :

- Renforcer la coopération et la coordination entre les établissements et les services d'accompagnement médico-social et l'Education Nationale. (Cf. convention cadre Académie de Besançon/ARS)

3.4. Développer et articuler les dispositifs de formation et d'insertion professionnelle des jeunes handicapés

Leviers d'action :

- Renforcer la coopération et la coordination entre les établissements et les services d'accompagnement médico-social et l'Education Nationale, la DIRRECTE, l'AGEFIPH afin de favoriser les passerelles vers le milieu ordinaire.
- Mutualiser les plateaux techniques des SIPFP (Section d'initiation et de première formation professionnelle) et de l'Education Nationale pour favoriser les apprentissages préprofessionnels.
- Sécuriser les parcours d'apprentissage par un accompagnement médico-social (SESSAD professionnel, SAMSAH,...) en particulier à la période de rupture de l'adolescence afin de favoriser l'insertion professionnelle en milieu ordinaire.

3.5. Accompagner le développement et la diversification des formules de répit (Accueil de jour, Hébergement temporaire en FAM et MAS...)

Leviers d'action:

- Formaliser en lien avec les Conseils généraux un plan stratégique de développement et de diversification des formules de répit
- Optimiser la couverture du territoire en accueil de jour et accueil temporaire en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS)
- Donner une meilleure information aux familles sur les dispositifs d'accueil de jour et d'accueil temporaire et les accompagner dans leur démarche.
- Réflexions à mener sur la création de coopération de mutualisation entre IME, ITEP, familles d'accueil, afin de développer l'accueil d'urgence le week-end pour les jeunes en crise

3.6. Améliorer le soutien aux aidants

Leviers d'action :

- Développer l'information et la formation des aidants.
- Soutenir les familles par des groupes de parole et d'écoute.

4. Programmes/Schémas

4.1. Programme

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale (volet handicap) des Conseils généraux.

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

Partenariat avec les Conseils généraux, les MDPH l'Education nationale, la DIRRECTE, le SAE (Service Santé Emploi), les associations de personnes handicapées

6. Evaluation/Indicateurs de suivi

- Nombre de coopérations entre l'aide à domicile et les SSIAD.
- Les dispositifs d'évaluation du besoin SESSAD/SAMSAH.
- Nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire.
- Nombre de dispositifs de soutien aux aidants.
- Nombre de formules de soutien.
- Nombre de formules de répit.

Fiche SROMS

Inscrire les établissements dans un parcours d'adaptation de leur prise en charge dans une logique de qualité

Référencement de la fiche : PRS FC / SROMS Fiche Inscrire les établissements dans un parcours d'adaptation de leur prise en charge dans une logique de qualité / V1

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées.
SROS	

1. Contexte

Une prise en charge de qualité en établissements pour personnes handicapées dépend de plusieurs facteurs :

- les conditions environnementales

Face au constat que trop d'établissements accueillant des personnes handicapées étaient encore vétustes et devaient être mis aux normes de sécurité et de confort, une démarche de modernisation des établissements a été mise en œuvre au niveau national et ainsi en Franche-Comté, sur la période 2006-2010, 16 établissements pour enfants et adultes handicapés ont reçu le soutien financier de l'Etat pour mener à bien des opérations de modernisation

- Une prise en charge et un accompagnement individualisé garantissant le projet de vie de la personne

Pour les enfants handicapés, il s'agit de garantir, un projet de vie conciliant les souhaits d'intégration et d'autonomie des parents, ainsi qu'un accompagnement médico-social correspondant à une prise en charge du handicap de qualité.

Ce besoin se traduit par une forte demande de modulation des prises en charge en fonction de l'évolution de l'enfant: accueil en internat ou en externat, accueil séquentiel ou temporaire,...

Il faut noter que le contexte législatif actuel ne permet pas cette modulation des prises en charge sauf formules dérogatoires posées au niveau des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

D'autre part, de nombreux jeunes de plus de 20 ans sont maintenus en aménagement CRETON dans des établissements pour enfants handicapés faute de solution en structures pour adultes induisant une difficulté dans la fluidité des parcours des personnes handicapées. Il convient d'anticiper ces situations pour qu'il y ait adéquation entre l'âge le mode de prise en charge.

- Les capacités d'adaptation de l'établissement:

La loi du 11 février 2005, socle de la politique en direction des personnes handicapées, affirme en particulier le droit à la scolarisation pour tous les enfants et très prioritairement dans les dispositifs de droit commun, Cette approche, qui est un axe structurant de la loi conduit à envisager la réorientation d'une partie des dispositifs institutionnels dédiés que sont les internats et dont le taux d'équipement franc-comtois est élevé, vers des services d'accompagnement.

Une telle réorientation de l'offre de service ne se conçoit qu'après une analyse de l'offre actuelle et la mesure du potentiel de reconversion. Elle doit se faire en associant étroitement tous les partenaires concernés.

2. Diagnostic

2.1. Enfants et adolescents

La majorité des places en établissements pour enfants et adolescents handicapés est consacrée à la prise en charge des déficiences intellectuelles.

Sur les 2 328 places installées pour l'accueil des enfants et adolescents inadaptés que compte la Franche-Comté, 1 513 sont destinées à accueillir les enfants et adolescents "déficients intellectuels" soit 65 % de l'ensemble.

Le Doubs est le département franc-comtois comptant le plus grand nombre de places installées avec 1071 soit 46 % de l'ensemble des places de la région.

Accueil des enfants et adolescents inadaptés, taux d'équipement par déficience : places installées pour 1000 jeunes de moins de 20 ans (au 1^{er} mai 2010, hors SESSAD)

Déficiences	Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
Déficients intellectuels	1513	679	325	312	197
Polyhandicapés	238	131	32	50	25
Déficients psychiques	297	147	83	48	19
Déficients moteurs	81		6		75
Déficients sensoriels*	50	50			
Autres déficiences (1)	149	64	22	41	22
Taux d'équipement global (places d'enfants handicapés / 1000jeunes de – de 20 ans France métropolitaine, 1er janvier 2008 : taux d'équipement global en places d'enfants handicapés / 1000 jeunes de moins de 20 ans : 8,9	11.8	12.4	10.7	11.0	12.7

(1) Maladies inv. longue durée, épilepsies, troubles psychopathologiques ...

* A vocation régionale voire interrégionale

Sources : Finess – ARS FC, DOSA

Accueil des enfants et adolescents inadaptés par déficience : places installées (au 1^{er} mai 2010)

	Défic. Intellect.	Défic. Psychique	Défic. Motrice	Défic. Visuelle	Défic. Auditive	Autisme	Poly-handicap	Toutes déficiences	Places par catégorie d'établissement
Etab. Pour enfants et adolescents polyhandicapés							183		183
IEM			81						81
IME	1513					167	55		1735
ITEP		279							279
Instituts pour déficients visuels				50					50

Sources : Finess ARS FC, DOSA

L'offre en établissements spécialisés en Franche-Comté se présente de la manière suivante :

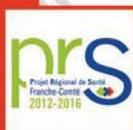
- Les **IME** (Instituts médico-éducatifs) rassemblent:
 - les **IMP** (Instituts médico-pédagogiques) qui assurent l'éducation, les soins et l'enseignement aux enfants handicapés âgés de 6 à 14 ans et
 - les **IMPro** (Instituts médico-professionnels) qui assurent un enseignement général et pré-professionnel voire professionnel à des adolescents déficients intellectuels de 14 à 20 ans.
- Les **IEM** (Instituts d'éducation motrice) sont des établissements offrant au jeune déficient moteur un soutien pédagogique, un accompagnement éducatif et une prestation médicale adaptée.
- Les **ITEP** (Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) sont des établissements qui ont pour vocation 'accueillir des enfants ou des adolescents présentant des troubles psychologiques importants, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle. La plupart de ces structures accueillent des jeunes jusqu'à 20 ans.

Il reste cependant de nombreux adultes de plus de 20 ans maintenus dans ces structures "en aménagement Creton".

Le taux d'équipement global de la région est supérieur à celui observé à l'échelle nationale.

Au 1er mai 2010, la Franche-Comté compte 54 établissements d'accueil pour enfants et adolescents inadaptés regroupant 2328 places.

La majorité des places d'accueil pour enfants et adolescents inadaptés (hors SESSAD) est offerte dans des instituts médico-éducatifs (IME) : de 65 % dans le Territoire de Belfort (219 places sur 338) à 78 % en Haute-Saône (353 sur 451 places).



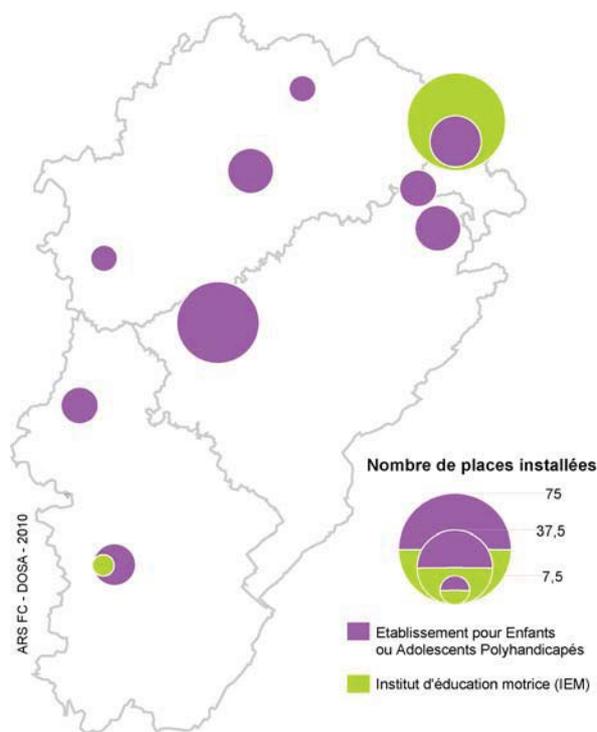
La région dispose de 35 Instituts médico-éducatifs (IME) et 8 Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP).

Les IME sont répartis sur 28 communes et offrent 1735 places. Le taux d'équipement régional de 6,01 places pour 1000 enfants et adolescents de moins de 20 ans est supérieur au taux national (4,51). Dans les départements, ce taux varie de 5,48 dans le Jura à 6,19 dans le Doubs, en passant par 6,06 en Haute-Saône et 6,18 dans le Territoire de Belfort.

Les ITEP totalisent quant à eux 279 places. Le taux d'équipement régional est comparable au taux national : 0,97 places pour 1 000 enfants et adolescents de moins de 20 ans contre 0,96. Au sein des départements, c'est dans le Territoire de Belfort que ce taux est le plus faible (0,54) et dans le Jura qu'il est le plus élevé (1,31). Dans le Doubs et la Haute-Saône, ce taux est respectivement de 0,98 et 0,82.

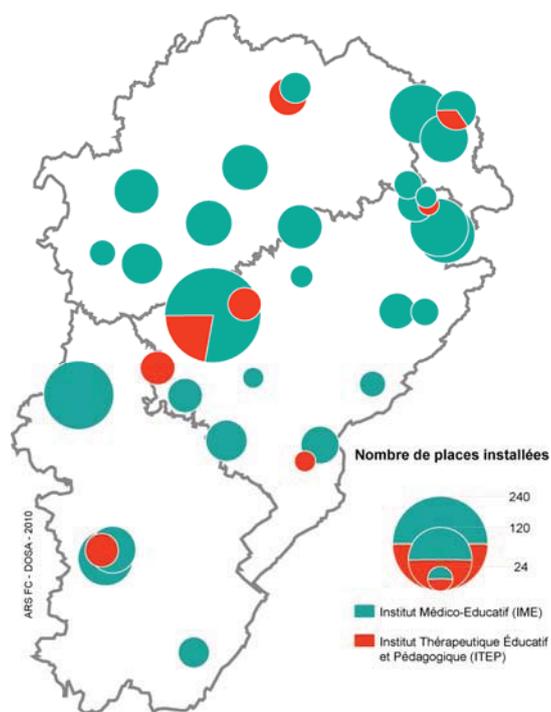
Nombre de places installées en établissements pour enfants polyhandicapés et en établissements pour enfants déficients moteurs

Source : ARS F-C, DOSA, Septembre 2011



Nombre de places installées en Institut médico-éducatif (IME) et Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP pour enfants et adolescents inadaptés)

Source : ARS-FC, DOSA, Septembre 2011



Il existe en Franche-Comté dix établissements pour enfants polyhandicapés et deux pour enfants et adolescents déficients moteurs.

Les établissements pour enfants polyhandicapés ont une capacité de 183 places et les deux établissements pour enfants et adolescents déficients moteurs comptent 6 et 75 places. Le taux régional d'équipement de 0,63 places pour 1000 enfants et adolescents de moins de 20 ans est supérieur au taux national (0,35) et les quatre départements francs-comtois sont, comparés à ce taux national, aussi bien équipés. Le Jura présente le taux le moins élevé (0,50), alors que le Doubs a un taux de 0,58 et le Territoire de Belfort de 0,71. La Haute-Saône est le département présentant le taux le plus élevé (0,86).

2.2. Adultes

- Les **MAS** (Maison d'Accueil Spécialisée) accueillent des adultes très lourdement handicapés n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des soins constants.
- Les **FAM** (Foyer d'Accueil Médicalisé) accueillent les adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement. Leur dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et nécessite l'assistance d'une tierce personne.
- Les foyers de vie accueillent des personnes qui sont inaptes au travail qui ont besoin d'un accompagnement quotidien. Ces personnes ont une autonomie suffisante pour avoir des occupations quotidiennes.
- Les foyers d'hébergement accueillent des adultes qui travaillent à temps plein ou à temps partiel en ESAT ou en entreprise adaptée

Le taux d'équipement est contrasté suivant les départements et les types d'accueil

Par rapport à la moyenne métropolitaine, le taux d'équipement franc-comtois est généralement supérieur.

Accueil des adultes en situation de handicap, taux d'équipement par catégorie d'établissements : places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans (au 1^{er} mai 2010)

Taux d'équipement	France métropolitaine	Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
Maison d'accueil spécialisé (MAS)	0.64	1.08	0.91	0.79	1.76	1.09
Foyer d'accueil médicalisé	0.51	0.32	0.21	0.69	0.36	0
Foyer de vie	1.29	1.37	1.35	2.24	1.11	0.4

*Données au 1er janvier 2008
Source : ARS FC, DOSA –Finess*

Pour l'hébergement et l'accueil des adultes handicapés, la région est mieux dotée que le niveau national en maisons d'accueil spécialisé (MAS), mais moins bien en foyers d'accueil médicalisé (FAM).

La région compte 18 MAS pour une capacité d'accueil de 663 places, répartis sur 16 communes. Tous les départements ont un taux d'équipement supérieur au niveau national : 0,66 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans en France métropolitaine.

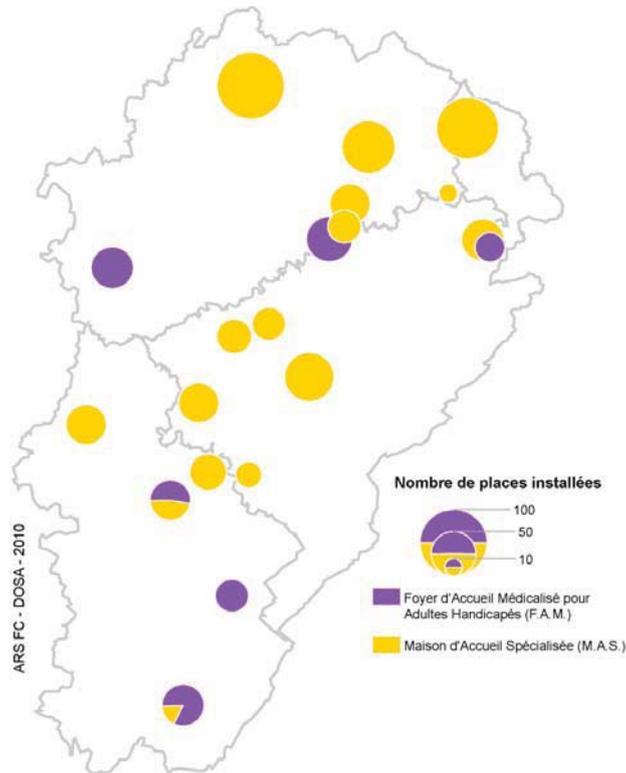
Les 6 FAM de la région ont une capacité totale d'accueil de 189 places (+7 places installées dans un foyer de vie), cette capacité variant de 22 places à 45 places selon les établissements. Concernant les taux d'équipement, la tendance est à l'inverse de celle des MAS. Seul le Jura a un taux d'équipement supérieur au taux national.

Les foyers d'hébergement et les foyers de vie pour personnes handicapées regroupent respectivement 906 et 810 places.

La catégorie "déficience intellectuelle" est la catégorie majoritaire dans les foyers d'hébergement (541 sur 906) et les MAS (307 sur 663).

Nombre de places installées dans les maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé pour adultes en situation de handicap.

Source ARS-FC, DOSA, juillet 2011



Accueil des adultes en situation de handicap par catégorie d'établissements : Nombre d'établissements et nombre de places au 1^{er} mai 2010 en région et dans chaque département.

Etablissement d'hébergement		Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
Maison d'accueil spécialisé	Nb étab.	18	7	4	6	1
	Nb places	663	256	104	218	85
Foyer d'accueil médicalisé	Nb étab.	6	2	3	1	
	Nb places	196	60	91	45	
Foyer de vie	Nb étab.	28	14	7	6	1
	Nb places	607	252	275	80	
	Nb places en accueil de jour	203	112	13	58	20
Foyer d'hébergement	Nb étab.	32	22	7	2	1
	Nb places	906	534	216	127	29

Sources : ARS FC, DOSA Finess DGEFP

Les adultes handicapés maintenus en structures pour enfants dans le cadre de l'amendement Creton

Il s'agit d'un dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes. La 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 l'établissement d'éducation spéciale dans lequel ils étaient accueillis avant l'âge de 20 ans.

Il est important d'anticiper le parcours individuel et d'offrir l'accompagnement adapté à l'âge de ces jeunes adultes.

Le nombre d'amendements CRETON en Franche Comté au 31 décembre 2010 est de 176.

- dans le Doubs: 74 amendements Creton dont 24 en attente d'orientation en ESAT et 50 en attente d'orientation en Foyer de vie ou FAM/MAS
- dans le Jura: 34 amendements Creton dont 19 en attente d'orientation en ESAT + hébergement, 15 en attente d'orientation en Foyer de vie, et un en attente d'orientation en préparation au CAP
- dans le Territoire de Belfort: 30 amendements Creton (à compléter pour les orientations en attente
- en Haute-Saône : 38 amendements Creton (à compléter pour les orientations en attente)

Le redéploiement de places en SESSAD

Dés 2005, les DDASS conscientes que les départements bénéficiaient d'un relativement bon taux d'équipement pour la prise en charge des enfants handicapés mais que ces équipements établissements ou services n'étaient probablement plus tous adaptés aux besoins, ont inscrit leurs actions dans des processus de reconversion d'un certain nombre de places d'IME, en places de services pour accompagner le maintien dans l'environnement familial et la scolarisation. En effet, un besoin fort d'accompagnement médico-social de l'enfant dans son parcours d'intégration scolaire en milieu ordinaire était constaté.

La diversification des modes d'accompagnement est bien engagée au niveau de la région puisque en 2008 la part des services (SESSAD) sur la totalité des places installées pour les enfants est de 28% contre 26% pour la France entière.

Dans l'état actuel des données disponibles, le nombre de places en IME à redéployer en SESSAD est difficilement quantifiable. Des critères d'évaluation pertinents sont à définir.

3. Objectifs

3.1. Réduire les inadéquations de prise en charge

Leviers d'action :

- Diminuer les listes de jeunes adultes maintenus en amendement Creton dans les IME. Il s'agit d'une action complexe mais fondamentale avec une équation difficile à résoudre dans la mesure où lors de la création d'une place de MAS ou de FAM, il est probable qu'elle soit occupée par la même personne durant plusieurs décennies. D'où la nécessité de régularité et de permanence dans la création de places. Le développement de l'offre devrait être permanent.
- Permettre une modulation des prises en charge en fonction de l'évolution de l'enfant afin de mettre en place un véritable parcours pour l'usager (accueil en internat ou en externat, accueil séquentiel ou temporaire,...) par le biais des Contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM).

3.2. Le redéploiement de places d'IME en SESSAD et définir leur implantation

Leviers d'action :

- Mesurer le niveau de redéploiement en fonction des territoires de proximité.
- Définir les implantations prioritaires.

4. Programmes/Schémas

4.1. Programme

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale

5. Transversalité

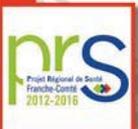
5.1. Transversalité interinstitutionnelle

Partenariat avec les Conseils généraux, les associations de personnes handicapées, les organismes de formation, IFSI, IRTS...

6. Evaluation/Indicateurs de suivi

- Nombre de places d'IME transformées en SESSAD.
- Nombre de CPOM traitant de la modulation de prise en charge.
- Nombre d'amendements Creton.

Prises en charge spécifiques prioritaires



Fiche SROMS

Le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent

Référencement de la fiche : PRS FC / SROMS Fiche Le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent / V1

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique, notamment pour prévenir les risques de suicide.
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et faciliter leur prise en charge.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées.
SROS	Psychiatrie.

Au niveau du SROMS, il n'a pas été retenu de traiter l'approche médico-sociale concernant les adultes atteints de handicap psychique, sachant que cette thématique est traitée dans le SROS Santé mentale et portée dans la transversalité des parcours du PRS.

1. Contexte

Selon la CFTMEA (dite classification de "Misès") et le travail complémentaire des professeurs Misès et Quemada, les "pathologies limites de l'enfance", correspondent aux "enfants adolescents ou 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. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent de ce fait, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant".

Ces difficultés psychologiques se caractérisent par une diversité des troubles et des manifestations allant de l'hyperactivité au repli sur soi.

Une méthodologie reste à concevoir et à mettre en œuvre pour rendre compte de la réalité de cette population : la prévalence des troubles, les conséquences sur l'environnement familial et social, les effets des soins et des accompagnements...

L'accompagnement des enfants et adolescents présentant des troubles psychologiques nécessite que l'offre médico-sociale, sanitaire et les actions de prévention soit pensées de manière articulée entre elles et au regard de l'offre existante dans le secteur de l'Aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse pour un public jeune.

Par ailleurs, la réaffirmation et le renforcement du droit à la scolarisation et à l'éducation et l'accès de tous aux dispositifs de droit commun sont les points forts de la loi du 11 février 2005. Ces objectifs de la loi de 2005 concernent également les enfants et adolescents souffrant de troubles psychologiques.

Le but à atteindre est de favoriser, pour les enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques, la prise en charge la plus adaptée, en prenant en compte le caractère potentiellement réversible du processus handicapant et favoriser l'allègement, voire la sortie des dispositifs d'accompagnement et d'améliorer la connaissance du handicap d'origine psychique, considérer notamment ses diverses composantes ; son caractère invisible et instable, voire son déni.

2. Diagnostic

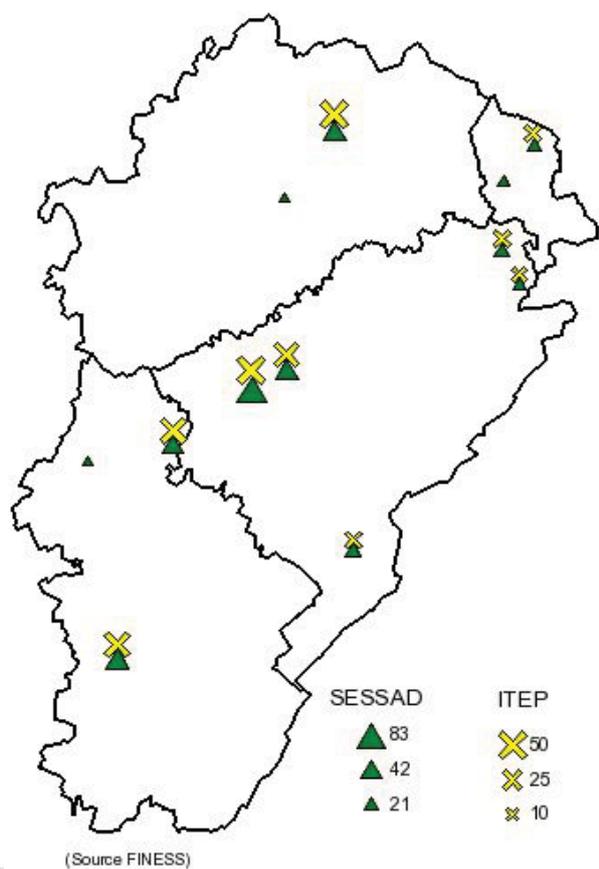
La prise en charge des enfants atteints de handicap psychique repose plus particulièrement sur les structures suivantes:

- les **CMPP** (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) sont des centres ambulatoires de consultation, diagnostic et soins qui s'adressent aux jeunes de 0 à 20 ans ayant des difficultés psychologiques.
- Les **ITEP** (Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique) sont des établissements qui ont pour vocation d'accueillir des enfants ou des adolescents présentant des troubles psychologiques importants, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle.
- les **SESSAD** (Service, d'Education Spéciale et de Soins à Domicile), sont constitués d'équipes pluridisciplinaires dont l'action consiste à apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents maintenus dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation.

Les 406 places installées en Franche-Comté au 1^{er} mai 2010 pour l'accueil des enfants et adolescents atteints de handicap psychique se répartissent essentiellement entre 9 ITEP (279 places) et 8 SESSAD (127 places)

Déficiência Psychique_Enfants

Places autorisées au 15 oct 2010



On constate que chaque département comporte une offre diversifiée sur ce type de handicap.

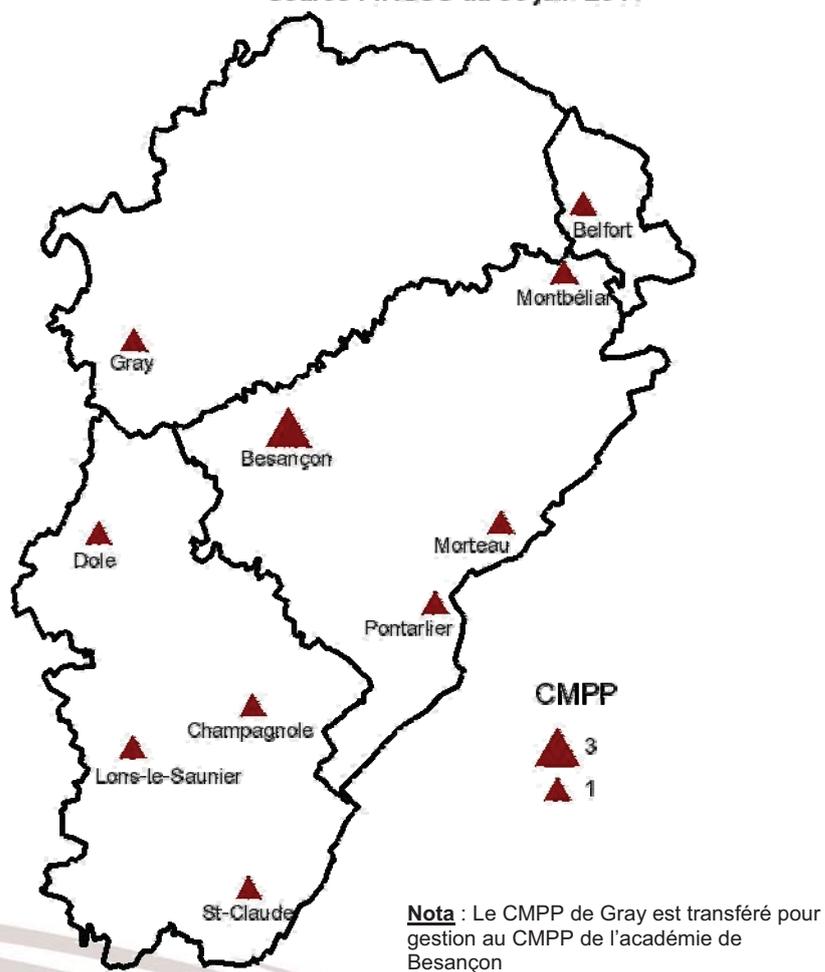
La demande en SESSAD est importante, avec en conséquence des listes d'attente et des délais de prise en charge. Au delà de la question de l'adéquation de l'offre se pose la question des modalités d'expression de la demande et de prescription du service. Une réflexion entre les acteurs concernés (MDPH, ARS, Education Nationale, services d'accompagnement) sur les modalités d'amélioration de la réponse aux personnes par une meilleure adéquation entre l'offre et la demande s'impose.

Les ITEP sont de plus en plus confrontés à l'accueil de jeunes présentant des troubles psychiques importants. La qualité de la prise en charge et la continuité des soins de ces jeunes nécessitent un renforcement de la présence d'équipe du secteur de pédopsychiatre au sein de ces établissements.

La Franche-Comté compte 11 CMPP avec une file active de 4974 patients et un **délai moyen de prise en charge de 6,5 mois (moyenne nationale de 6,1 mois)** (enquête ES 2006)

Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) de Franche-Comté

Source FINESS du 30 juin 2011



Il n'existe pas de CMPP sur Vesoul

En Franche-Comté, pour l'année scolaire 2010-2011, 690 élèves atteints de handicap psychique ont été scolarisés en milieu ordinaire dont 15% en CLIS et 3% en ULIS

3. Objectifs

3.1. Améliorer le niveau de connaissance des besoins et de l'offre médico-sociale pour les enfants en situation de handicap psychique

Leviers d'action:

- Améliorer en lien avec les travaux menés dans le cadre de l'observation partagée du schéma médicosocial, l'évaluation des besoins, des attentes et de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap psychique (données, CMPP, ITEP, SESSAD, MDPH...)
- Concevoir une analyse des besoins dans le cadre des travaux d'observation du secteur médico-social afin d'adapter les dispositifs sanitaires et médico-sociaux aux évolutions de prise en charge.

3.2. Repérer et diagnostiquer précocement le handicap psychique pour une meilleure prise en charge

Leviers d'action :

- Favoriser la détection et le repérage précoce des enfants présentant des troubles du comportement en assurant des coordinations entre les professionnels de proximité de tous les secteurs (petite enfance, scolaire, social, médico-social).
- Former et informer les médecins de premier recours sur la prévention, le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent.
- Favoriser les formations interdisciplinaires auprès des professionnels intervenant dans le champ de l'enfance.

3.3. Améliorer la continuité des prises en charge et la fluidité du parcours entre le sanitaire et le médico-social

Leviers d'action :

Au niveau de l'utilisateur :

- Favoriser l'intégration scolaire des enfants et des adolescents et la formation professionnelle en renforçant les partenariats entre les acteurs de santé et l'éducation nationale par le biais de convention.
- Optimiser le maillage territorial en CMPP afin de permettre une prise en charge de proximité.
- Accompagner les parents dans leurs démarches afin qu'il n'y ait pas de retard dans la prise en charge de leur enfant en les informant sur les dispositifs existants (CAMSP, CMPP, CMP....) et en facilitant le rapprochement avec les professionnels de santé.
- Réflexions à mener sur la création de coopération de mutualisation entre IME, ITEP, Familles d'accueil,... afin de développer l'accueil d'urgence le week-end pour les jeunes en crise

Au niveau des professionnels :

- Renforcer la complémentarité entre la pédopsychiatrie, l'Education nationale et les établissements médico-sociaux en amont des situations de crises notamment par l'élaboration de conventions précisant le cadre d'action, par des formations communes, des temps d'échange
- Favoriser la présence des équipes de secteur psychiatrique au sein des ITEP pour assurer une continuité des soins.
- Réflexion à mener pour permettre aux internes de psychiatrie de faire des stages dans les établissements médico-sociaux afin d'avoir une vision interinstitutionnelle.
- Renforcer le travail conjoint avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) pour permettre des orientations adaptées et une meilleure logique de parcours, notamment en formant les équipes pluridisciplinaires des MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) à l'évaluation des besoins individuels et en intervenant en appui pour les situations complexes et les diagnostics précoces.

4. Programmes/Schémas

4.1. Programme

Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale (volet handicap) établis par les Conseils généraux

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

Avec les Conseils Généraux, les MDPH, l'Education Nationale, la Protection judiciaire de la jeunesse et les associations de personnes handicapées psychiques.

6. Indicateurs de suivi

- Nombre de formations interdisciplinaires.
- Listes d'attente et délais de prise en charge dans les services et structures de prise en charge.
- Nombre de conventions de coopération signées entre les établissements de psychiatrie, l'Education nationale et les établissements médico-sociaux.

Fiche SROMS

Prise en charge de l'autisme et des troubles envahissants du développement

Référencement de la fiche : PRS FC / SROMS Fiche Prise en charge de l'autisme et des troubles envahissants du développement / V1

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 4 Objectif 4.4	Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées.
SROS	Psychiatrie.

1. Contexte

1.1. Les textes

- Le plan autisme 2008-2010
- La circulaire N°DGCS/DGOS/CNSA/2010/292 du 27 juillet 2010 relative à la mise en œuvre régionale du plan autisme 2008-2010
- La circulaire N°DGS/MC4/DGCS/DGOS/CNSA/2011/146 du 15 avril 2011 relative à la diffusion régionale du corpus commun de connaissances sur l'autisme et les troubles envahissants du développement (TED) par la mise en œuvre de la formation de formateurs prévue à la mesure 5 du plan autisme 2008-2010

L'autisme et les troubles qui lui sont apparentés, constituent un ensemble de syndromes regroupés sous le terme de "troubles envahissants du développement" (TED), caractérisés par un déficit des interactions sociales et de la communication, et des perturbations des intérêts et des activités qui entravent le développement de l'enfant et engendrent la vie durant des handicaps sévères et lourds de conséquences pour lui-même et sa famille.

Il est possible par une éducation, un accompagnement et des soins adaptés, particulièrement s'ils sont instaurés de façon précoce, d'en orienter l'évolution et d'en limiter considérablement les conséquences pour la personne et ses proches.

Sur le plan épidémiologique, en 2009, selon la Haute Autorité de Santé, la prévalence estimée pour l'ensemble des TED dont l'autisme, est de 6 à 7 pour 1000 personnes de moins de 20 ans. Selon les dernières études américaines, ce serait près de 1% des enfants dans les pays riches, un trouble au coût sociétal énorme.

L'accompagnement et la prise en charge des personnes atteintes de troubles envahissant du développement (TED) font l'objet d'une mobilisation nationale, traduite dans le plan autisme 2008-2010.

1.2. Le plan autisme 2008-2010

Le plan autisme 2008-2010 ouvre des perspectives nouvelles dans l'accompagnement des personnes atteintes de troubles envahissants du développement, en favorisant la diversité de leurs parcours et la coordination des intervenants sanitaires et sociaux.

Les objectifs de ce plan sont au nombre de huit répartis dans trois axes stratégiques :

Axe 1 : mieux connaître l'autisme et les TED pour mieux former.

Axe 2 : mieux repérer pour mieux accompagner.

Axe 3 : diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne.

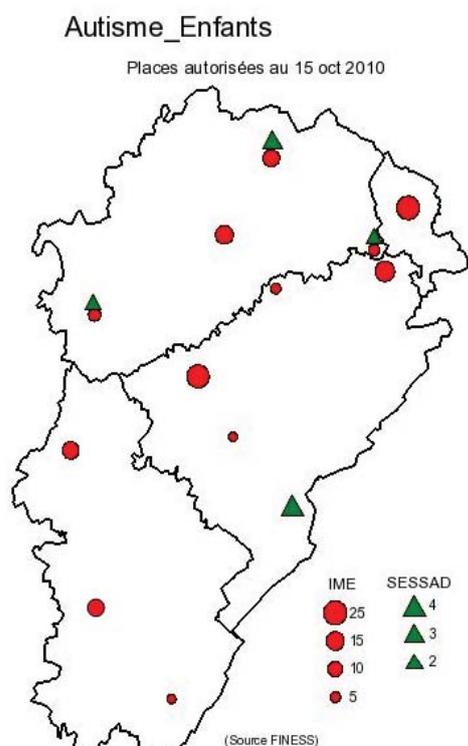
2. Diagnostic

Les 174 places installées en Franche-Comté au 1^{er} mai 2010 pour l'accueil des enfants autistes se répartissent essentiellement entre les IME (167places) et les SESSAD (7 places). (DOSA)

**On observe une concentration de structures dans le nord Franche-Comté.
Il n'existe pas de SESSAD spécialisé autiste dans le Jura.**

Présence d'un Centre de Ressource Autisme (CRA) à Besançon (au CHU), structure médico-sociale qui a pour missions d'accueillir et conseiller les personnes et leurs familles, de réaliser des bilans et des évaluations, et de former et informer les acteurs impliqués dans le diagnostic et la prise en charge de ce handicap.

Au cours de l'année 2010, 240 personnes souffrant de TED et des familles ont fait une demande d'information, conseil et orientation auprès du CRA. 34 bilans ont été réalisés par les équipes de diagnostic et d'évaluation.



L'offre en structures et services d'accompagnement pour la prise en charge des adolescents de plus de 14 ans et des adultes autistes est à renforcer

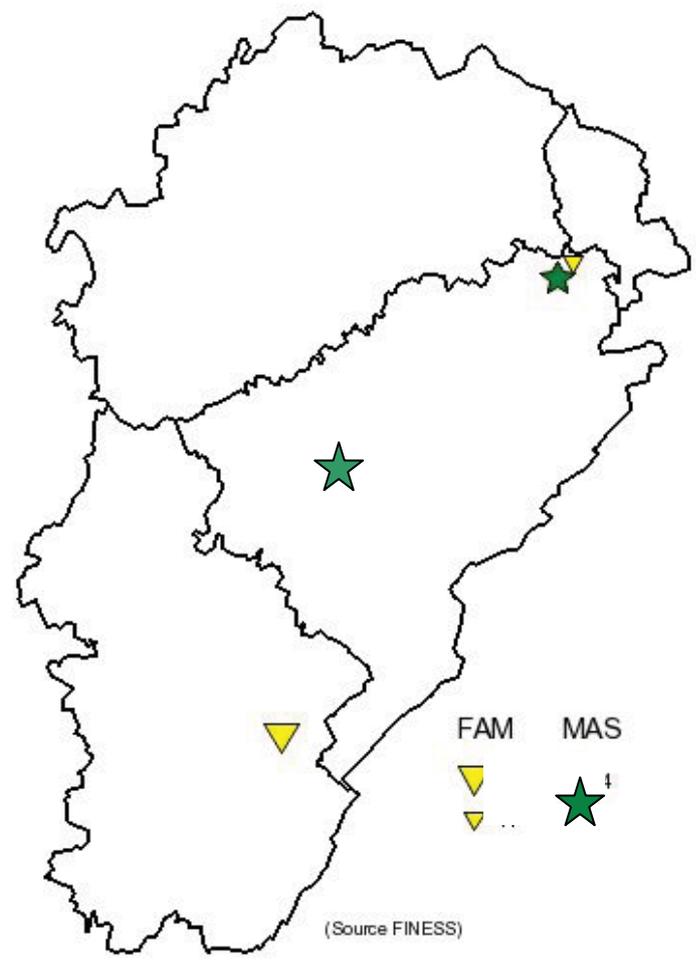
Les établissements dédiés aux adultes présentant des troubles autistiques se résument à 2 FAM pour un total de 46 places et une MAS sur Besançon de 8 places. Une MAS de 8 places dans l'Aire Urbaine est actuellement autorisée mais n'est pas installée.

Ce nombre paraît faible au regard de celui des établissements pour enfants concernés par ce handicap. Cet écart pose la question du devenir des enfants autistes à l'âge adulte.

Il apparaît clairement que le nombre d'adultes présentant un syndrome autistique continue à être accueilli dans des structures pour déficients intellectuels et dans des établissements psychiatriques.

Autisme-Adultes

Places autorisées au 15 oct 2010



3. Objectifs

3.1 Poursuivre la mise en œuvre régionale du plan autisme

Leviers d'action :

- Consolider le Comité Technique Régional de l'Autisme (CTRA) et préciser ses missions

Actions :

- Contribuer à l'amélioration de la connaissance quantitative et qualitative des besoins et de l'offre d'accompagnement de personnes souffrant d'autisme ou de troubles envahissant du développement (TED).
- Améliorer l'articulation entre les prises en charge sanitaire et médico-sociale.
- Mener des réflexions sur l'accompagnement et les besoins de formation des professionnels et des aidants.
- Conforter la réalisation des missions du Centre de Ressource Autisme (CRA)
 - Identifier au sein de chaque espace d'animation, des professionnels de santé intervenant dans le champ somatique, formés aux spécificités de l'autisme et susceptibles de délivrer des soins dans les conditions spécifiques requises.
 - Renforcer le travail conjoint avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) pour permettre des orientations adaptées et une meilleure logique de parcours, notamment en formant les équipes pluridisciplinaires des MDPH à l'évaluation des besoins individuels et en intervenant en appui pour les situations complexes et les diagnostics précoces.

- Renforcer la mission d'animation du réseau des acteurs, en matière de diagnostic et d'évaluation des troubles et la diffusion des connaissances et l'évolution des pratiques.
 - Organiser l'information et la formation des professionnels.
 - Contribuer, en matière d'études et de recherche, à la veille et à la réflexion sur les pratiques de soin et d'accompagnement.
- Mettre en place les principes d'organisation territoriale prévus par la circulaire du 27 juillet 2010 qui proposent une offre de soins et d'accompagnement graduée.
 - Recentrer le rôle des équipes hospitalières associées au Centre de Ressource Autisme (CRA) au niveau régional, sur le diagnostic des cas complexes et sur le rôle d'appui et de formation des équipes hospitalières ou médico-sociales (CAMSP, CMPP).
 - Développer avec l'appui du Centre de Ressource Autisme (CRA), le rôle des équipes hospitalières de 1^{ère} ligne dans le diagnostic des cas simples.
 - Veiller à la coordination de l'ensemble des acteurs de proximité, afin de favoriser la continuité des parcours de soins et d'accompagnement de la personne.

3.2 Garantir la continuité de la prise en charge médico-sociale des enfants autistes devenus adolescents et adultes

Leviers d'action :

Pour les adolescents :

- Compléter l'offre en structures et services d'accompagnement pour la prise en charge des adolescents autistes. (à ajuster avec le département organisation, projets en cours ?)
- Développer des modes d'accueil souples, permettant des réponses adaptées aux besoins spécifiques des adolescents (internat souple, accueil temporaire,...) y compris en dehors des jours d'ouverture des établissements médico-sociaux
- Renforcer la complémentarité entre la pédopsychiatrie et les établissements médico-sociaux en amont des situations de crises notamment par l'élaboration de conventions précisant le cadre d'action, par des formations communes, des temps d'échanges...
- Réflexions à mener pour permettre aux internes de psychiatrie de faire des stages en établissement médico-social afin d'avoir une vision interinstitutionnelle

Pour les adultes :

- Développer des structures de prise en charge pour adultes autistes (FAM, MAS) (à ajuster avec département organisation, projets en cours?).
- Développer des services d'accompagnement pour les adultes autistes (SAMSAH,...) en étudiant les possibilités de requalification de conversion de places pour enfants en adultes dans une logique de consolidation de parcours.
- Développer dans les structures des modes d'accueil temporaire et d'accueil de jour pour permettre des périodes de répit à la personne autiste et à son entourage.
- Améliorer l'information et le soutien des familles.

4. Programmes/Schéma de l'organisation régionale

4.1. Programme

- Le plan autisme.

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

- Education Nationale.
- Conseils Généraux.

- MDPH.
- Association pour les artistes.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi

- Indicateurs de suivi du plan autisme.

Fiche SROMS

Réponses aux handicaps à prévalence régionale

Référencement de la fiche : PRS FC / SROMS Fiche Réponse aux handicaps à prévalence régionale /V1

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et faciliter leur prise en charge.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.
Priorité 4 Objectif 4.1	Permettre le soutien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées.
SROS	AVC et TC, Périnatalité, Psychiatrie, SSR.

Les déficiences sensorielles

Déficience visuelle

1. Contexte

Les textes:

- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi du 2 janvier 2002 sur les droits des usagers.

Un plan:

- Le plan en faveur des déficients visuels.

Aujourd'hui la France compte 1,7 million de déficients visuels (*enquête HID 98-99*). Près de 3 français sur 100 sont confrontés à des problèmes de vision. Parmi eux, on compte 207 000 malvoyants profonds et aveugles. 30% des déficients visuels souffrent d'un polyhandicap ou d'un trouble associé (*plan handicap visuel 2008*).

En Franche-Comté le nombre de personnes déficientes visuelles est ainsi estimé à 34 000 et le nombre de personnes atteintes de cécité à environ 1 300 (*enquête HID de l'INSEE 98-99*): La prévalence ne devrait pas faiblir dans les années à venir car elle est fortement liée à l'âge. La moitié des déficients visuels sont des personnes âgées de plus de 60 ans.

C'est dans ce contexte qu'a été adopté, le 2 juin 2008, **le plan en faveur des déficients visuels**. L'ambition de ce plan est de permettre aux personnes déficientes visuelles, dans la continuité des principes énoncés par la loi du 11 février 2005, d'exercer l'ensemble des droits reconnus à tous les citoyens.

Le plan comporte 3 axes déclinés en 22 mesures :

- Axe 1: le droit de vivre dignement avec le handicap.
- Axe 2: le droit de vivre de façon autonome.
- Axe 3: le droit de vivre pleinement sa citoyenneté.

Les Agences régionales de Santé sont plus particulièrement investies sur l'axe 1 et les objectifs suivants:

- **mieux connaître pour mieux dépister les troubles de la vision.**

En effet, le handicap visuel survient principalement aux deux extrémités de la vie, mais le dépistage reste insuffisant en maternité ou dans la petite enfance, ou encore en maison de retraite. S'agissant du jeune enfant, ce sont encore trop souvent les retards de développement psychomoteurs ou les visites médicales pendant la scolarisation qui alertent les parents.

- **améliorer l'annonce et l'accompagnement de la déficience visuelle.**

L'annonce du handicap, présent ou à venir n'est le plus souvent pas accompagnée d'information sur les moyens d'acquiescer ou de maintenir une autonomie malgré le handicap, sur les différentes formes d'aide ou de prise en charge. L'accompagnement psychologique des personnes et de leurs familles après l'annonce d'un handicap reste largement insuffisant.

- **renforcer l'offre en établissements et services spécialisés pour les personnes aveugles ou malvoyantes avec un handicap associé.**

Depuis 1988, les établissements spécialisés ont tous ouvert des SEHA (Section d'enseignement avec Handicap Associé) destinées aux enfants aveugles et malvoyants.

En revanche les adultes aveugles ou malvoyants bénéficient très peu d'offre en établissement ou services lorsqu'ils souffrent de handicaps associés (surdi-cécité dans la plupart des cas)

Un groupe de travail a été mis en place par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) afin de définir l'implantation d'établissements et services spécialisés pour adultes aveugles ou malvoyantes avec un trouble associé, de manière à proposer une prise en charge sur tout le territoire. L'Association pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (ANCREAI) s'est vu confier la mission d'élaborer, en lien avec les professionnels des handicaps rares, une cartographie dynamique des ressources existantes sur ces handicaps dans l'inter-région grand est (Alsace, Lorraine, Franche-

Comté, et Champagne-Ardenne). Ce travail devrait permettre d'élaborer une méthodologie de repérage des ressources disponibles :

- **améliorer la prise en charge des personnes âgées qui deviennent malvoyantes**
- **améliorer la scolarisation et l'orientation professionnelle des jeunes aveugles**, chaque région devant disposer en moyenne de 4 services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS).

2. Diagnostic

Les établissements et services de prise en charge :

La Franche-Comté dispose d'un **Centre Régional d'Enseignement et d'Education Spécialisés pour Déficients Visuels (CREESDEV)**, situé à Besançon. Ce centre enseigne les fondamentaux aux enfants aveugles et malvoyants. Il accueille des déficients visuels de 4 à 20 ans et dispose d'une section pour jeunes polyhandicapés :

- Section scolaire: 50 places (20 places de demi-pensionnaire et 30 places d'interne).
- Section polyhandicapés: 25 places.

Ce centre comprend les services suivants:

- Un **Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire (SAAAIS)** de 35 places pour la prise en charge des enfants et les adolescents déficients visuels de 6 à 20 ans, scolarisés en établissements scolaires. Le service propose de déterminer avec l'enfant et sa famille les besoins de soutien, de rééducation en fonction des difficultés identifiées lors d'évaluations. Un projet individualisé d'accompagnement est élaboré conjointement pour mettre en place les moyens adaptés.
- Un **Service d'Accompagnement, familial et d'Education Précoce (SAFEP)** de 15 places, pour la prise en charge des enfants atteints d'une déficience sensorielle grave, âgés de moins de 3 ans. Il assure en particulier le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage et apporte une aide au développement de l'autonomie et de la communication de l'enfant.

Si la prise en charge des jeunes déficients visuels jusqu'à l'âge de 20 ans est globalement satisfaisante, on constate une absence de réponse en ce qui concerne l'accompagnement des personnes adultes déficientes visuelles (SAMSAH).

3. Objectifs

3.1. Renforcer l'information auprès des professionnels de santé sur le dispositif de dépistage précoce existant

Leviers d'action:

- Améliorer le niveau de connaissance des médecins chargés du suivi de l'enfant tout au long de sa croissance (médecins pédiatres, médecins généralistes; médecins de PMI et de santé scolaire...)
- Améliorer le niveau de connaissance des médecins chargés du suivi des personnes âgées (médecins généralistes, médecins intervenant en maison de retraite...) avec rappel des bonnes pratiques du diagnostic des maladies des yeux (recommandation de la HAS...).

3.2. Porter une attention particulière aux besoins de services d'accompagnement à l'insertion professionnelle et à l'aide à domicile des déficients visuels adultes (SAMSAH,...)

Une étude de besoin réalisée en 2009 par le CREESDEV concluait à la nécessité de créer un SAMSAH de 10 à 15 places à vocation régionale.

3.3. Favoriser la scolarisation et l'orientation professionnelle des jeunes déficients visuels

Leviers d'action :

- Renforcer la coopération et la coordination entre les établissements et les services d'accompagnement médico-social et l'Education Nationale.
- S'assurer d'une bonne couverture du territoire en service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS).

3.4 Améliorer la prise en charge des personnes âgées qui deviennent malvoyantes

Levier d'action :

- Former le personnel des maisons de retraite aux besoins spécifiques de la personne âgée devenue malvoyante en matière de locomotion et d'activités journalières.

4. Programmes/Schéma de l'organisation régionale

4.1. Programme

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie(PRIAC)

4.2. Schéma

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

- Conseils généraux
- MDPH
- Education Nationale
- DIRRECTE
- AGEFIPH-FIPHFP
- Association pour les handicapés déficients visuels

6. Evaluation/Indicateurs de suivi

- Indicateurs de suivi du plan 2008-2011 " Pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la cité"

Déficience auditive

1. Contexte

Les textes :

- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi du 2 janvier 2002 sur les droits des usagers.
- Circulaires du 21 août 2008 et du 28 mai 2010 relatives à la mise en place de pôles d'accompagnement à la scolarisation des jeunes sourds (PASS).

Un enfant sur 1000 naît chaque année en France avec une déficience auditive sévère et profonde, soit 700 enfants par an (14 enfants en Franche-Comté). Les surdités sévères ou profondes représentent environ un tiers des surdités à la naissance. On estime par ailleurs à 6,6% de la population (soit un nombre de 4,09 millions de personnes) le nombre de français souffrant d'un déficit auditif, tout trouble confondu, dont 88% sont devenus sourds ou malentendants au cours de leur vie.

Ce public est d'une grande diversité: 483 000 personnes sont atteintes de déficience auditive profonde, 600 000 sourds et malentendants portent des prothèses auditives.

Le plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes

Les déficiences retentissent à la fois sur l'éducation et la scolarité, la vie professionnelle; l'ensemble de la vie sociale en raison de leur impact sur les possibilités de communiquer avec autrui:

C'est dans ce contexte qu'a été lancé le 10 février 2010, **le plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes**. Dans la continuité de la loi du 11 février 2005, ce plan en direction des personnes sourdes ou malentendantes vise à:

- Améliorer la prévention, le dépistage et l'accompagnement lors de la découverte d'une déficience auditive (axe 1)
- Mieux prendre en compte la déficience auditive à tous les âges de la vie (axe 2)
- Rendre notre société plus accessible aux personnes sourdes ou malentendantes (axe 3)

Les Agences régionales de Santé sont plus particulièrement investies sur les objectifs suivants:

- **accompagner les familles et les personnes concernées dès la découverte de la surdité.**

La prise en charge la plus précoce possible permet un meilleur développement linguistique et cognitif. Elle s'appuie en particulier sur les Centres d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP) et les services d'accompagnement Familial et d'Education Précoce (SAFEP). Elle associe les parents.

S'agissant des personnes adultes, la surdité entraîne une perte de compétences en matière de communication et peut conduire à la perte du lien social, à de l'isolement et à la souffrance psychique.

- **permettre aux jeunes sourds de réussir leur parcours scolaire**

La loi du 11 février 2005 réaffirme (art L.112-2-2 du code de l'éducation) le principe déjà énoncé depuis 1991 du droit des parents d'enfants sourds de faire le choix entre une éducation avec une communication bilingue: langue des signes (LSF) et langue française et une communication en langue française (enseignée alors au moyen d'outils adaptés dont notamment le langage parlé complété, (LPC).

Ce choix s'exprime lors de l'élaboration par les parents du projet de vie de l'enfant, déposé auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et doit figurer dans le volet scolaire du plan personnalisé de compensation de l'enfant élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Comme tout enfant handicapé, l'élève sourd doit pouvoir être inscrit dans l'école ou l'établissement d'enseignement le plus proche de son domicile.

Le parcours scolaire du jeune sourd peut s'effectuer dans une classe ordinaire ou une classe adaptée d'un établissement scolaire ou bien dans une unité d'enseignement. Le dispositif de l'unité d'enseignement peut se mettre en place soit dans un établissement scolaire qui héberge une "classe externalisée" d'un établissement médico-social, soit dans un établissement médico-social ou encore déployé dans les deux types d'établissements.

- **mieux accompagner les personnes âgées sourdes ou malentendantes**

Pour les personnes âgées, la surdité surajoute à la perte d'autonomie. Elle doit être prise en compte dans le cadre des structures d'accueil.

Une proposition de loi visant à généraliser le dépistage précoce des troubles auditif est en cours d'étude.

Le texte prévoit que le dépistage précoce de ces troubles de l'enfant ait lieu avant la fin du troisième mois. Un "examen de repérage" serait effectué avant sa sortie de la maternité. Si ce test ne permettait pas d'apprécier les capacités auditives de l'enfant, des examens complémentaires seraient réalisés dans les trois mois suivant sa naissance dans une "structure spécialisée".

Le dépistage comprend aussi "une information sur les différents modes de communication existants et leurs disponibilités au niveau régional ainsi que sur les mesures de prise en charge et d'accompagnement susceptibles d'être proposées à l'enfant et à sa famille".

Les pôles d'accompagnement à la scolarisation des jeunes sourds (PASS)

"La circulaire de 21 août 2008 fixait comme objectif l'établissement progressif, dans chaque académie, de la carte "des pôles LSF" destinés aux enfants sourds dont les parents ont fait le choix d'une communication "bilingue" (utilisation du français écrit et utilisation de la LSF).

La circulaire du 28 mai 2010 complète la circulaire précitée et précise la définition de la mise en place de pôles d'accompagnement à la scolarisation des jeunes sourds (PASS)."Ce changement d'appellation vise à élargir la notion de pôle aux dispositifs pédagogiques et technologiques permettant aux jeunes sourds, quel que soit le mode de communication choisi par leur famille, de suivre un enseignement au plus près possible d'une scolarisation ordinaire sans se focaliser sur la seule LSF"

2 Diagnostic

Les établissements et services de prise en charge au 1^{er} septembre 2011

La Franche-Comté dispose d'un Centre d'Education pour Enfants Déficients Auditifs (CEEDA) à vocation régionale situé à Besançon. Il accueille des enfants et des jeunes de 3 à 20 ans atteints de surdité moyenne, sévère ou profonde des 4 départements de Franche-Comté, et dans certain cas de départements limitrophes, orientés par les Commissions des Droits et de l'Autonomie (CDA) des MDPH. Le CEEDA propose une prise en charge globale afin de permettre un développement de l'enfant sourd le plus proche possible de celui de l'enfant entendant.

Il comprend trois services d'accompagnement:

- un Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire (SSEFIS) de 102 places: ce service prend en charge des enfants, adolescents ou jeunes adultes sourds scolarisés en milieu ordinaire (scolarisation individuelle, ou intégration collective), maternelle, primaire et secondaire, voire en formation professionnelle.
- un Service d'Accueil Familial Spécialisé (SAFS) de 5 places: ce service accueille des enfants et des adolescents sourds suivis par le SSEFIS qui, pour des raisons géographiques, nécessitent un hébergement à Besançon pour permettre la mise en œuvre d'une scolarité adaptée ou spécialisée dans le cadre du dispositif d'intégration collective bisontin (CLIS 2: classe d'intégration scolaire pour enfants déficients auditifs et UPI 2: unité pédagogique d'intégration pour enfants déficients auditifs) et des soins dont ils ont besoin.
- Un Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce (SAFEP) de 8 places: ce service accompagne la prise en charge précoce d'enfants de 0 à 3 ans.

Evolution du public accueilli au CEEDA (*rapport d'activité 2010*):

- Un rajeunissement de la population accueillie est constatée, avec une moyenne d'âge abaissée de 3ans 10 mois ainsi qu'une progression constante du nombre d'enfants suivis par le SSEFIS, Au 31 décembre 2010, 11 enfants étaient en attente d'une prise en charge.
- 85% des enfants présentent des surdités sévères ou profondes, 45 enfants sourds profonds bénéficient d'un implant cochléaire soit 46%.

Cette évolution dans les prises en charge s'explique notamment par les facteurs suivants:

- le nombre croissant d'enfants bénéficiant d'un implant cochléaire: Les perceptions auditives restituées ont favorisé l'accès à un niveau de langage oral suffisant pour permettre dans la majorité des cas une scolarisation en milieu ordinaire. Les demandes de suivi sur les lieux de scolarisation ont par conséquent augmenté avec un impact sur l'activité du SSEFIS, entraînant parallèlement le déclin du SAFS
- les changements des modes de vie et l'évolution de la société incitant les parents à privilégier une prise en charge de proximité.
- la politique nationale en faveur de la scolarisation des enfants handicapés (loi du 11/02/05, loi du 2/01/ 2002)

Il n'existe pas de structure d'accompagnement implantée dans le Jura pour la prise en charge des enfants et des jeunes déficients auditifs. Certains sont accompagnés par le CEEDA de Besançon d'autres par l'Institut des jeunes sourds de Bourg en Bresse.

La scolarisation des enfants accompagnés par le CEEDA

Modes de scolarisation (classes spécialisées, scolarisation en milieu ordinaire) en fonction des départements

	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort	Haut-Rhin	Total
CLIS et ULIS	9	1	5	1	1	17
Scolarisation en milieu ordinaire	47	18	2	11	0	78
Total par département	56	19	7	12	1	95

Rapport d'activité CEEDA 2010

En réponse aux circulaires du 21 août 2008 et du 28 mai 2010, l'académie de Besançon met en place à la rentrée 2011 le dispositif PASS avec l'identification de plusieurs pôles ressources mis en réseau :

- pour le grand Besançon et le sud de la haute Saône
- pour Vesoul et alentours
- pour l'aire urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt
- pour le Jura

Ces pôles bénéficieraient d'une coordination avec un médiateur pédagogique, destinée à mettre en synergie toutes les ressources disponibles (enseignants, matériel, aides humaines,...) en lien avec les partenaires (ARS, parents d'élèves, services de soins, associations, collectivités locales, MDPH).

3. Objectifs

3.1. Identifier plus précocement les déficiences auditives

Levier d'action:

- Favoriser la détection et le repérage précoce des enfants présentant des troubles de l'audition en assurant des coordinations entre les professionnels de proximité de tous les secteurs (médecins pédiatres, médecins généralistes; médecins de PMI et de santé scolaire).

3.2. Optimiser la mesure du besoin en services d'accompagnement (SSEFIS)

Levier d'action:

- Expertiser la couverture en SSEFIS notamment dans le sud du Jura

3.3. Favoriser la scolarisation des élèves sourds ou malentendants

Levier d'action :

- S'engager aux côtés de l'Education nationale pour mettre en place les dispositifs favorisant une scolarité de qualité dans l'environnement immédiat des jeunes concernés.

4. Programmes/schémas

4.1. Programme

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

- Les Conseils généraux.
- Les MDPH.
- L'Education Nationale.
- L'URAPEDA, APEDA.
- La DIRRECTE.
- L'AGEFIPH-FIPHFP.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi

- Listes d'attente et délais de prise en charge en SSEFIS, SAFEP.
- Nombre d'enfants sourds ou malentendants scolarisés en milieu ordinaire.
- Indicateurs de suivi du plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes.

Les traumatismes crâniens

1. Contexte

Textes

- Circulaire du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion des traumatisés crâniens.
- Circulaire du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires.
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi du 2 janvier 2002 sur les droits des usagers.

Le traumatisme crânien est une pathologie qui entraîne des changements profonds de la personne, tant sur le plan physique, psychique qu'intellectuel.

Les personnes qui ont subi un traumatisme crânien modéré ou sévère peuvent présenter des séquelles neuropsychologiques qui persistent parfois toute leur vie et ont des répercussions à la fois sur la vie sociale, familiale et professionnelle (*rapport IGAS de 1995*). Le plus souvent il s'agit d'un accident touchant un sujet jeune dont les conséquences déstabilisent brutalement et définitivement le projet de vie du traumatisé et celui de la famille.

2. Diagnostic

Le nombre de traumatismes crâniens en Franche-Comté:

Données PMSI	Moyenne 2000-2002	2007	2008	2009	Moyenne 2007-2009
Traumatismes Crâniens	2825	2625	2508	2371	2501
TC avec critère de gravité		756	711	602	
TC sans critère de gravité		1849	1772	1755	
Traumatisme médullaire		10	15	7	
Traumatisme racine ou nerf		10	10	7	

Le nombre moyen de traumatismes crâniens observé sur la période 2007-2009 est inférieur de 11% à celui observé au cours de la période 2000-2002.

Les TC sans critère de gravité oscillent autour 1760 +/- 5% sur la période 2003-2009.

Les TC avec critère de gravité semblent suivre une pente descendante depuis 2007, après avoir été relativement stables sur la période 2004-2006.

A partir d'une analyse rétrospective réalisée en 2005 auprès de l'ensemble des médecins experts de Franche-Comté, il apparaît que chaque année, 50 personnes au minimum ont des conséquences graves d'un traumatisme crânien (*étude de l'ORS- les traumatismes crâniens: conséquences familiales, sociales et professionnelles-mars 2005*).

On peut estimer que les données recueillies au travers de cette étude représentent 75 à 80% des personnes concernées dans la région, soit une incidence des traumatisés crâniens avec des conséquences graves de 60 à 70 personnes en Franche-Comté (3000 à 4000 en national).

Entre 60 et 65% des traumatisés crâniens sont des hommes.

Une élévation de l'âge moyen est observée depuis 2003, tant pour les hommes que pour les femmes (en 2009, l'âge moyen était de 40,8 ans).

Les structures de prise en charge

La Franche-Comté dispose :

- d'une Unité d'Evaluation, de Réentrainement et d'Orientation Socioprofessionnelle (UEROS) à vocation régionale située à Besançon, il s'agit d'un Centre d'Accueil de jour, d'une capacité de 10 places, situé à Besançon. L'UEROS accompagne la réinsertion sociale et professionnelle du traumatisé crânien, en aidant à l'élaboration d'un projet de vie en lien avec l'entourage. 63 personnes sont en attente d'une admission.
- de 2 Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), chacun d'une capacité de 10 places. Le premier à Besançon avec des antennes à Montbéliard et Pontarlier. Le second à Vesoul avec une antenne à Gray.
- de 2 Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) accueillent des traumatisés crâniens dans le département de la Haute Saône sur Vesoul et Gray. Ce sont des espaces d'accueil où des personnes en souffrance psychique peuvent se retrouver, s'entraider, organiser des activités visant au développement personnel et créer des liens
- de plusieurs établissements spécialisés pour adultes présentant un handicap psychique et cérébrolésés :
 - dans le Jura, une MAS de 36 places et 4 GEM,
 - en Haute Saône, une MAS de 40 places,
 - un ESAT dans le Territoire de Belfort, la Haute-Saône et le Jura,

Les listes d'attente en ESAT spécialisés sont importantes. Les personnes traumatisées crâniennes, en situation de fragilité, refusent de quitter leur environnement pour travailler loin.

Sur Besançon, un travail important est engagé entre l'ADAPEI de Besançon et l'Association franc-comtoise des traumatisés crâniens avec un développement d'une activité d'entreprise adaptée (numérisation..) et un accueil en ESAT non spécialisé est possible.

3. Objectifs

3.1. Développer des modes de coordination et de coopération entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux pour la prise en charge des personnes cérébrolésées

Leviers d'action :

- Garantir la participation de l'ensemble des professionnels concernés dans la filière (acteurs libéraux, établissements de santé, services et établissements médico-sociaux).
- Développer les liens avec les MDPH pour être en capacité de mettre en place une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne.
- Mettre en place, en lien avec les MDPH, des protocoles avec des MAS pour l'accueil de patients cérébrolésés.
- Identifier les places en MAS et FAM participants à la prise en charge des adultes cérébrolésés en perte d'autonomie
- Développer le suivi par les réseaux locaux de proximité et les médecins traitants, en particulier pour assurer l'accès à une consultation spécifique à 1 an.
- Développer les liens avec la psychiatrie pour les patients présentant d'importants troubles du comportement.
- Améliorer les conditions du retour à domicile et favoriser la réinsertion scolaire et socioprofessionnelle :
 - développer les liens avec la médecine de ville par l'intermédiaire de l'UEROS (Unité d'évaluation, de reclassement et d'orientation sociale), les SAMSAH,
 - développer les liaisons entre réseaux thématiques et structures (HAD, SSIAD...) quand existe un projet de retour à domicile,

- développer les liens avec la santé scolaire pour les enfants ayant présenté un traumatisme crânien.
- Renforcer les liens entre les établissements et services d'accompagnement médico-sociaux, l'Education nationale; la DIRRECTE, l'AGEFIPH, FIPHFP et CAP Emploi afin de favoriser l'insertion professionnelle en milieu ordinaire.

3.2. Améliorer le soutien aux aidants

Levier d'action:

- Soutenir des actions d'aide aux familles (groupes de parole, information, séjours de répit,...)

4. Programmes/Schémas

4.1. Programme

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale (volet handicap) des Conseils généraux.

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

- Les Conseils généraux.
- Les MDPH.
- L'Education Nationale.
- La DIRRECTE.
- Les dispositifs d'insertion professionnelle (AGEFIPH, FIPHFP, CAP Emploi,...).
- Associations pour les handicapés traumatisés crâniens.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi

- Listes d'attente en ESAT.
- Liste d'attente en UEROS.
- Nombre de protocoles mis en place entre les MDPH et les MAS.

Fiche SROMS

Prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

Référencement de la fiche : PRS FC / SROMS Fiche Prise en charge des personnes handicapées vieillissantes / V1

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.
Priorité 4 Objectif 4.1	Permettre le soutien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet.
Priorité 4 Objectif 4.4	Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées, Personnes âgées.
SROS	Cancer, Médecine, Psychiatrie, Soins palliatifs.

1. Contexte

Le vieillissement de la population des personnes handicapées suit le vieillissement de la population générale. Ainsi, les progrès de la médecine et l'amélioration des conditions générales de vie ont augmenté de façon sensible l'espérance de vie des personnes handicapées. Ceci nécessite de devoir assurer auprès des personnes handicapées vieillissantes, quel que soit leur mode d'hébergement, la mise en place ou la continuité des prises en charge.

Différentes définitions existent ; toutefois nous proposons de prendre celle retenue par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (dossier technique octobre 2010).

"Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître de surcroît les effets du vieillissement. Ces effets consistent plus ou moins tardivement en fonction des personnes, en l'apparition simultanée :

- d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap,
- d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, pouvant aggraver les altérations de fonction déjà présentes ou en occasionner de nouvelles,
- mais aussi d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie, sachant que les modalités d'expression de ces attentes seront très variables en fonction des personnes et de la situation de handicap dans laquelle elles se trouvent.

Le tout pouvant se conjuguer jusqu'à entraîner une réduction du champ des activités notamment sociales, que cette réduction soit d'origine personnelle (capacitaire ou liée à une modification des attentes) ou environnementale (liée aux possibilités offertes par l'environnement et ses éventuelles évolutions).

Cette définition impose une prise en compte du vieillissement comme phénomène individuel, influencé par l'histoire et l'environnement de la personne, se traduisant en termes de perte d'autonomie."

Un rapport de la CNSA publié en octobre 2010 sur les personnes handicapées vieillissantes, interpelle sur les points suivants :

- l'allongement plus fréquent de la vie en institution des personnes handicapées avec de multiples implications: vieillissement des personnes elles-mêmes, évolution des pratiques professionnelles, impact sur les organisations professionnelles, la formation, sur l'accessibilité et l'adaptabilité des locaux...
- l'interprétation des chiffres de la population accueillie en établissement pour adultes. En effet malgré un doublement en 10 ans de la capacité d'accueil en MAS par exemple, le besoin d'accueil reste important dans la mesure où ce doublement à sans doute à peine permis "d'absorber" le vieillissement de la population accueillie, avec un phénomène nouveau que notre société n'a pas encore connu qui se traduit par un temps moyen d'occupation des places créées extrêmement important qui ne permet aucune fluidité.
- la capacité d'adaptation des structures (établissements et services) déjà existantes, dont l'adaptabilité des projets de services aux projets de vie.

1.1. Les textes

- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi du 2 janvier 2002 sur les droits des usagers.
- Circulaire du 21 juillet 2006 suite au rapport du sénateur Paul Blanc en 2006 mettant en avant l'ampleur du phénomène de vieillissement des personnes handicapées et les questions qu'il pose au dispositif d'accompagnement actuel. Cette circulaire rappelait aux Préfets la nécessité de garantir le maintien des prises en charge en établissements et services médico-sociaux au-delà de 60 ans et appelait également à la vigilance des Conseils généraux sur ce sujet.
- Le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement du handicap tout au long de la vie 2008-2012 a pris en compte cette dimension et contient une action spécifique relative à l'accompagnement de l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés (financement de places en établissements médicalisés MAS, FAM et médicalisation de places en foyer de vie).

- Adoption par le Parlement de l'article 136 de la loi de finances 2010 (LF 2009-1673 du 30 décembre 2009). Cet article prévoit que le Gouvernement mette en œuvre, avant le 31 décembre 2010, un dispositif de suivi des établissements et services visés au 5° et au 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, qui accueillent des personnes handicapées de 40 ans et plus.

1.2. Les enjeux

Tout en apportant des réponses aux besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes, qu'elles se trouvent à domicile ou en établissements, des solutions pourraient aussi permettre de libérer des places en secteur adultes afin de faciliter l'accueil de jeunes handicapés maintenus en établissements pour enfants.

1.3. Relations partenariales sur le sujet

La question du vieillissement des personnes handicapées ne relève pas de la seule compétence de l'Agence Régionale de Santé. Elle concerne les Conseils Généraux qui ont une compétence sur la politique générale du handicap et exclusive sur les foyers d'hébergement – les foyers de vie – les sections annexes aux ESAT, – les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les structures elles-même.

2. Diagnostic

Il est aujourd'hui impossible de déterminer, à partir des données disponibles, le nombre de personnes handicapées vieillissantes en Franche-Comté. Celui-ci est d'autant plus difficile à connaître que ce public peut être, soit en établissement pour personnes handicapées ou établissements pour personnes âgées, soit vivre à domicile avec l'aide ou non d'un service.

2.1. Les structures pour personnes handicapées vieillissantes en Franche-Comté

Dans le Jura, il existe un FAM pour déficients intellectuels vieillissants, avec 20 places d'hébergement permanent et 2 places d'hébergement temporaire ainsi qu'un EHPAD de 40 places accueillant des personnes handicapées vieillissantes

Dans le territoire de Belfort, ouverture en septembre 2011 d'un FAM de 14 places, destiné en priorité à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes.

Dans le département de la Haute Saône 5 places de SSIAD sont dédiées à la prise en charge de trisomique 21 vieillissants.

Dans le Doubs, un Foyer de vie avec 7 places médicalisées destinées aux personnes handicapées vieillissantes.

Les chiffres francs-comtois

Un vieillissement de la population accueillie en établissements pour personnes handicapées est constaté.

Evolution de l'âge des personnes en établissement entre 2001 et 2006

Enquête 2001	Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	Foyers d'hébergement pour adultes	Foyers occupationnels ou foyers de vie pour adultes	Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	Foyers d'accueil médicalisés pour adultes (FAM)
Moyenne (années)	37	40	39	38	42
Max	67	77	71	70	70
Min	19	19	19	19	20
% des 45 ans ou plus	24%	35%	33%	29%	48%

Enquête 2006	Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	Foyers d'hébergement pour adultes	Foyers occupationnels ou foyers de vie pour adultes	Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	Foyers d'accueil médicalisés pour adultes (FAM)
Moyenne (années)	38	42	42	41	43
Max	71	82	71	75	63
Min	19	19	19	19	19
% des 45 ans ou plus	31%	44%	43%	40%	49%

Entre 2001 et 2006, la moyenne d'âge en établissement est plus élevée de 1 à 3 ans selon la catégorie d'établissement ; la part des 45 ans ou plus gagne 10 points en moyenne dans les différentes catégories d'établissement sauf en FAM mais ce sont dans ces établissements que la population est la plus âgée avec près de la moitié âgée de 45 ans ou plus en 2001 et 2006.

Evolution de l'âge des personnes sortant d'établissement entre 2001 et 2006

Enquête 2001	Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	Foyers d'hébergement pour adultes	Foyers occupationnels ou foyers de vie pour adultes	Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	Foyers d'accueil médicalisés pour adultes (FAM)
Moyenne (années)	37	40	36	44	53
Moyenne sortie sans décès	37	40	35	41	48
Min	21	26	41	21	21
Max	68	56	67	60	68
% des 45 ans ou plus	23%	30%	21%	50%	89%
% des 45 ans ou plus (avant décès)	22%	30%	19%	33%	67%

Enquête 2006	Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	Foyers d'hébergement pour adultes	Foyers occupationnels ou foyers de vie pour adultes	Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	Foyers d'accueil médicalisés pour adultes (FAM)
Moyenne (années)	44	42	45	46	50
Moyenne sortie sans décès	44	42	45	47	41
Min	20	25	22	21	20
Max	61	67	75	61	75
% des 45 ans ou plus	50%	41%	53%	60%	73%
% des 45 ans ou plus (avant décès)	50%	41%	52%	67%	40%

La part des 45 ans ou plus des personnes sortant d'établissements médico-sociaux est plus importante en 2006 qu'en 2001 malgré des flux de sorties comparables pour les deux années d'enquête. Cela confirme le vieillissement de la population en établissement pour adultes entre 2001 et 2006.

Evolution de l'hébergement des personnes travaillant en ESAT avant et après sortie entre 2001 et 2006

2001

Hébergement après sortie	Sans objet : décès	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel ou foyer de vie	MAS/FAM	Etablissement de santé	Etablissement pour personnes âgées	Famille	Logement personnel	Autre (famille, étab. Soc., inconnu)	Ensemble	Pourcentage
Hébergement avant sortie											
Foyer d'hébergement		9	4	2	2		1	4		22	20%
Etablissement de santé ou social					2				3	5	5%
Famille	1	2					28	3		34	31%
Logement personnel	4	1			1		1	42		49	44%
Autre, famille d'accueil									1	1	1%
Ensemble	5	12	4	2	5		30	49	4	111	
Pourcentage	5%	11%	4%	2%	5%	0%	27%	44%	4%		

2006

Hébergement après sortie	Sans objet : décès	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel ou foyer de vie	MAS/FAM	Etablissement de santé	Etablissement pour personnes âgées	Famille	Logement personnel	Autre (famille, étab. Soc., inconnu)	Ensemble	Pourcentage
Hébergement avant sortie											
Foyer d'hébergement		7	6	1		15	2			31	27%
Etablissement de santé ou social											0%
Famille	2	2	1			1	3	1	1	28	24%
Logement personnel		1				1	3	48		53	46%
Autre, famille d'accueil		1						1	1	3	3%
Ensemble	2	11	7	1		17	25	50	2	115	
Pourcentage	2%	10%	6%	1%	0%	15%	22%	43%	2%		

Il est à noter qu'en 2001, aucune personne sortant d'ESAT n'a été dirigée vers un établissement pour personnes âgées alors qu'ils représentent 15% des destinations en 2006.

Hébergement des personnes en établissements avant et après sortie (hors SAT, SAMSAH, SAVS)

2001

Hébergement après sortie / Hébergement avant sortie	Décès	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel ou foyer de vie	MAS/FAM	Etablissement de santé	Etablissement pour personnes âgées	Famille	Logement personnel	Autre (famille, étab. Soc., inconnu)	Ensemble
Foyer d'hébergement		4	6	1	5	3	5	6	2	32
Foyer occupationnel ou foyer de vie	2		3	2	1	1	9	2	2	22
MAS/FAM	15		1	1	1		1		3	22
Etablissement de santé ou social							1			1
Famille			1				4			5
Non renseigné										
Ensemble	17	4	11	4	7	4	20	8	7	82
Pourcentage	21%	5%	13%	5%	9%	5%	24%	10%	9%	

2006

Hébergement après sortie / Hébergement avant sortie	Décès	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel ou foyer de vie	MAS/FAM	Etablissement de santé	Etablissement pour personnes âgées	Famille	Logement personnel	Autre (famille, étab. Soc., inconnu)	Ensemble
Foyer d'hébergement		10	3			18	4	14	2	51
Foyer occupationnel ou foyer de vie	3	1	2	3	3	2	6			20
MAS/FAM	19				1	2	2	30		54
Etablissement de santé ou social							1	1		2
Famille					1		2		1	4
Non renseigné				3						3
Ensemble	22	11	5	6	5	22	15	45	3	134
Pourcentage	16%	8%	4%	4%	4%	16%	11%	34%	2%	

Des changements dans le lieu d'hébergement après la sortie d'établissement entre 2001 et 2006 sont constatés.

En 2001, 24% des personnes sortant d'établissements vont être hébergées dans la famille contre seulement 11% en 2006.

Seulement 10% se dirigeaient vers un logement personnel, ils représentent 34% des sortants en 2006.

En 2001, 5% des personnes sortant d'établissements médico-sociaux vont être hébergées dans un établissement pour personnes âgées contre 16% en 2006.

En 2006, il y a moins de décès qu'en 2001, pour les deux années la plupart des décès se trouve en MAS ou FAM.

Les personnes handicapées vieillissantes travaillant en EA (Entreprise Adaptée) et en ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail)

Comme pour les travailleurs valides, la fin de l'activité est un changement important, pouvant provoquer une perte des repères sociaux. Il est essentiel d'instaurer une logique de parcours pour la personne handicapée en EA et ESAT afin de mieux anticiper et préparer l'avenir et proposer des solutions progressives et alternatives, notamment en maintenant la personne handicapée dans son milieu de travail par l'instauration du travail partiel ou aménagé et la mise en place concomitante d'unité spécifique de prise en charge du temps libéré.

Les personnes handicapées vieillissantes en établissement

Le vieillissement des personnes handicapées peut provoquer des modifications du comportement, des troubles de l'humeur, une fatigabilité, un accroissement des problèmes médicaux, l'apparition de nouvelles pathologies, une dépendance croissante dans les actes de la vie courante...

Ces éléments montrent que les personnes handicapées vieillissantes en établissements demandent un accompagnement adapté, une évolution des pratiques professionnelles (besoin de formation notamment) et impacte les organisations professionnelles (adaptation nécessaire du bâti, adaptabilité des projets de service aux projets de vie...).

Par ailleurs l'apparition fréquente de troubles psychiatriques chez les personnes handicapées vieillissantes nécessite l'intervention des professionnels du secteur psychiatrique au sein des établissements.

Actuellement les EHPAD n'offrent pas l'accompagnement social et éducatif spécifique requis par les personnes handicapées vieillissantes et les foyers de vie ne sont pas en capacité d'assumer les soins de ces personnes.

D'autre part, en EHPAD il peut y avoir une incompatibilité entre les personnes handicapées et les résidents "traditionnels" d'une maison de retraite (personnes dépendantes dont la moyenne d'âge se situe entre 85 et 90 ans), du fait de la différence d'âge et du comportement parfois perturbateur des personnes handicapées.

La majorité de ces structures d'accueil ont été rendues accessibles. Les locaux ne constituent pas le cœur du problème, il s'agit surtout d'un besoin en personnel soignant.

Pour les personnes handicapées vieillissantes à domicile :

Les personnes handicapées vieillissantes sont en général repérées par les MDPH à l'occasion du renouvellement de prestations (PCH, AAH) ou par les services de l'APA pour les personnes de plus de 60 ans. Parfois l'alerte est donnée par les services d'aide à domicile intervenant auprès des aidants âgés, les services sociaux ou la famille.

Lorsque le maintien à domicile devient trop difficile pour la personne handicapée ou pour l'aidant, des solutions existent actuellement:

- EHPAD intégrant les "couples" parent/enfant: deux EHPAD dans le Territoire de Belfort ont intégré 4 "couples" parent/enfant.
- l'accueil familial constitue une alternative et permet une continuité du parcours quelque soit l'âge de la personne. Un suivi des familles par un SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) est assuré. Se pose tout de même la question de la formation au sein de ces familles d'accueil. Cette forme d'accueil peut être une solution si elle est rattachée à un établissement. La possibilité d'un accueil temporaire est prévue pour permettre des séjours de rupture.
- les SAMSAH (Service d'Accompagnement médico-social pour Adultes Handicapés). Ils permettent le maintien du suivi à domicile d'une personne de plus de 60 ans si la reconnaissance du handicap est antérieure au 60ème anniversaire.

3. Objectifs

3.1. Améliorer le repérage des besoins des personnes handicapées en améliorant l'observation et l'évaluation des signes du vieillissement

Leviers d'action :

- Réflexions à mener sur l'utilisation partagée et systématique de grilles d'observation communes entre les professionnels du handicap et du vieillissement notamment grâce à l'outil GEVA (Guide d'évaluation des besoins de compensation de personne handicapée).
- Développer la formation des professionnels des services de soins à domicile, des établissements et des services médico-sociaux au repérage des besoins et à l'accompagnement spécifique des personnes handicapées vieillissantes
- Travailler, en concertation, notamment avec les Conseils généraux et les MDPH, sur la mise en œuvre d'un dispositif de repérage des personnes handicapées vieillissantes à domicile afin de mettre en place une prise en charge adaptée

3.2. Adapter l'accompagnement de la personne handicapée vieillissante

Leviers d'action :

- Favoriser le passage à temps partiel et améliorer l'adaptation des rythmes de travail pour les personnes handicapées vieillissantes travaillant en ESAT
- Offrir une diversité de solutions d'hébergement et d'accompagnement aux personnes handicapées en fonction de leur projet de vie :
 - permettre le maintien à domicile des personnes handicapées les plus autonomes en renforçant l'appui des services d'accompagnements médico-sociaux (SAVS, SAMSAH) et des SSIAD ;
 - réflexions à mener sur les possibilités de "médicalisation" de places en foyers de vie, et leur impact au niveau des besoins en personnel soignant ;
 - favoriser l'intervention de services extérieurs médicaux ou paramédicaux au sein de structures telles que les foyers d'hébergement ou foyer de vie, notamment par le biais de convention (avec la gérontopsychiatrie par exemple,...) ou dans le cadre de réseaux ;
 - développer l'accueil de jour et l'accueil temporaire dans les établissements pour personnes handicapées afin de soutenir les aidants et préparer une éventuelle entrée en établissement ;
 - réflexion à mener avec le secteur associatif pour promouvoir des actions innovantes ;
 - réflexion à mener conjointement avec les Conseils Généraux sur la création éventuelle d'unités de vie spécialisées pour personnes handicapées vieillissantes en EHPAD.

4. Programmes / Schéma de l'organisation régionale

4.1. Programme

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas:

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale

5. Transversalité

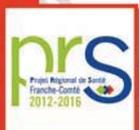
5.1. Transversalité interinstitutionnelle

- Les Conseils généraux
- Les MDPH

6. Evaluation/Indicateurs

- Nombre de formation des professionnels des services de soins à domicile, des établissements et des services médico-sociaux sur le repérage des besoins en matière d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.
- Pourcentage de travail à temps partiel en ESAT.
- Nombre de places en accueil de jour et accueil temporaire.
- Nombre de places pour les personnes handicapées vieillissantes dans les structures pour personnes âgées.

Personnes vulnérables





Fiche SROMS

Personnes vulnérables

Référencement de la fiche : PRS FC / SROMS Fiche Personnes vulnérables / V1

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité ou vulnérables accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé.
Priorité 2	Renforcer la prévention et les soins pour certaines pathologies de l'enfant et de l'adulte qui exposent au risque de chronicité
Priorité2 Objectif 2.5	Optimiser la prévention et la prise en charge des addictions.
Priorité3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social.).

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Addictologie, Précarité.
SROS	Ambulatoire, Missions de service public, Soins aux détenus, Psychiatrie.

1. Contexte

1.1. Définition

Selon le contexte, les catégories de personnes considérées comme vulnérables varient.

L'Organisation Mondiale de la Santé identifie les catégories suivantes :

- les personnes traditionnellement considérées comme vulnérables sont celles dont la capacité ou liberté de donner ou refuser leur consentement est limitée (enfants et personnes qui, du fait de troubles mentaux ou comportementaux, sont incapables de donner un consentement éclairé).
- les personnes âgées sont également considérées comme personnes vulnérables,
- cette notion de vulnérabilité est également retrouvée chez d'autres groupes tels : les personnes bénéficiaires de prestations ou d'une aide sociale, d'autres personnes démunies ainsi que les chômeurs, les patients des services d'urgence, certains groupes ethniques et raciaux minoritaires, les sans-abri, les nomades, les réfugiés, demandeurs d'asile ou les personnes déplacées, les détenus, les patients atteints d'une maladie incurable, les personnes sans représentation politique et le membre de communautés non familières avec les notions médicales modernes...

L'Union Européenne considère, également, comme population vulnérable les personnes souffrant d'alcoolisme et les toxicomanes.

Dans le cadre du SROMS et compte tenu, d'une part des travaux menés au sein des autres groupes à savoir personnes âgées et personnes handicapées, d'autre part, du profil des structures ou dispositifs financés sur des crédits médico-sociaux (lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique, CSAPA, CAARUD), il a été choisi de conduire la réflexion autour :

- des populations en situation de très grande précarité et/ou d'exclusion : sans domicile, mal logés, en structure d'hébergement,
- des populations en situation de précarité qui présentent une maladie chronique et nécessitent un accompagnement médico-social adapté.
- des populations présentant des conduites addictives.

1.2. La prise en compte des personnes vulnérables au sein des plans de santé publique

Des plans nationaux sont spécifiquement destinés aux personnes présentant des conduites addictives :

- plan national de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011),
- plan gouvernemental de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011).

Plans ne relevant pas du champ de l'ARS et destinés aux publics en situation de précarité :

- le Programme Régional des Populations Immigrées en Franche-Comté 2010-2012.

Ce programme relevant de la compétence du Préfet de Région est piloté par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale.

- les Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées qui intègrent les plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion.

Ces plans relevant de la compétence conjointe Préfecture de Département/Conseil Général sont pilotés par les Directions Départementales Cohésion Sociale et Protection des Populations.

- Les schémas départementaux relatifs à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage.

Ces schémas relevant de la compétence conjointe Préfecture de Département/Conseil Général sont pilotés par les Directions Départementales des Territoires.

- Les Contrats Urbains de Cohésion Sociale dans le cadre de la politique de la ville.

Cette politique relève de la compétence du Préfet de Département en lien avec les collectivités territoriales.

2. Diagnostic

2.1. Les dispositifs d'accueil, d'hébergement et d'insertion en Franche-Comté

Les dispositifs accueillant ces populations sont les suivants : l'hébergement d'urgence, l'Hébergement de stabilisation, les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), l'Aide au Logement Temporaire (ALT), les Résidences sociales, les Maisons-relais et Résidences-accueil, l'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile (HUDA), les centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA).

Au 15 décembre 2008, la Franche-Comté accueillait 1299 personnes dont 411 enfants accompagnés d'au moins un adulte (places permanentes des structures pour adultes et pour familles). Le Doubs se plaçait très nettement à la 1^{ère} position, arrivaient en seconde et 3^{ème} position le Jura et la Haute-Saône, en dernière position, le Territoire de Belfort.

L'offre en accueil, hébergement et insertion est répartie sur le territoire régional en 36 structures, dont 9 proposent plusieurs dispositifs soit un total de 53 dispositifs d'accueil/hébergement/insertion en Franche-Comté. Les personnes présentes dans les structures étaient des adultes pour 70% et des mineurs pour 30%. La répartition hommes/femmes était de 60/40. La moyenne d'âge était de 37 ans pour les adultes et de 8 ans pour les enfants. Plus de 60% étaient entrés en structure en 2008 et 80% logeaient en Franche-Comté. Globalement, il y avait peu de familles monoparentales et de couples sans enfants.

Trois catégories de publics mal connus avaient été repérées au cours des diagnostics départementaux réalisés en vu des PDAHI : les victimes de violence conjugales, le public en sortie de services psychiatriques et les jeunes de 18-25 ans en errance.

2.2. Les structures médico-sociales

2.2.1. Les structures "addictologie"

L'article L312-5 du code de l'action sociale et des familles préconise un schéma régional en addictologie relatif aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) arrêté par le représentant de l'Etat dans la région.

La circulaire du 28 février 2008 précise que doit être prise en compte l'activité des autres acteurs de la filière, à savoir : l'offre hospitalière, la médecine de ville, les réseaux, les associations, la médecine préventive universitaire, la santé scolaire, la médecine du travail, les collectivités territoriales, les centres communaux d'action sociale, les comités départementaux d'éducation à la santé et l'offre d'hébergement.

Ainsi, le Schéma régional d'addictologie doit-il être remis en cohérence avec le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), les plans départementaux de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et le Plan régional de santé publique (PRSP).

L'élaboration de ce schéma a été conduit en Franche-Comté dans le cadre de la Commission régionale addictologie (CRA) présidée par les directeurs de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), il est le fruit d'une coordination institutionnelle qui a permis de mettre en perspective les différents documents de planification existants aux différents niveaux territoriaux, d'évaluer la cohérence des dispositifs. Il couvre la période 2009-2013. Il fait partie intégrante du SROMS.

La mise en œuvre du schéma régional addictologie a permis à la région Franche-Comté de disposer de 10 Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) répartis comme suit :

Besançon	CSAPA drogues illicites (Soléa) CSAPA alcoologie (Anpaa 25)
Pontarlier	CSAPA généraliste (CH Pontarlier)
Lons-le-Saunier	CSAPA drogues illicites (Passerelle)

	CSAPA alcoologie (Adlca)
Dole	CSAPA généraliste (Centre Briand)
Vesoul	CSAPA généraliste (Escale)
Aire urbaine	CSAPA drogues illicites (Altau)
Montbéliard	CSAPA Equinoxe alcoologie (Ahds)
Belfort	CSAPA alcoologie (Anpaa 90)

Elle a permis, également, le regroupement en 2011 des 4 réseaux d'addictologie de Franche-Comté : groupement addictions Franche-Comté (GAFC).

Dans le cadre de la MILDT, l'association SOLEA a répondu à un appel à projet national lancé en 2010 qui a permis la création de consultations avancées au CHRS "le Roseau".

La Franche –Comté dispose aussi de quatre Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) :

Besançon	CAARUD (Aides 25)
Lons le Saunier	CAARUD (Passerelle39)
Vesoul	CAARUD (Escale) ouvert en 2009
Montbéliard	CAARUD porté par le CSAPA (Altau), il couvre l'aire urbaine.

2.2.2. Les Lits Halte Soins Santé

Les lits halte soins santé sont des structures médico-sociales au sens de l'article L.312-1, I, 9° et D.312-176-1 à 4 du code de l'action sociale et des familles. Ces structures accueillent des personnes ne disposant pas de domicile dont, l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation mais nécessite des soins. En l'absence de domicile, ces lits HSS permettent aux personnes de "garder la chambre", de recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient.

Les LHSS constituent une modalité de prise en charge globale articulant fortement une dimension sociale avec hébergement temporaire, en un lieu spécifique ou non, de personnes sans domicile, quelle que soit leur situation administrative, et une dimension de soins et de prévention. Ce dispositif ne se substitue à aucune catégorie de structure sanitaire, médico-sociale ou sociale existante. Les lits halte soins santé ne doivent pas être dédiés à un type de pathologie donnée.

En 2010, le dispositif LHSS créé en Franche-Comté est structuré comme suit : 9 lits adossés au CHRS "Le Forum" à Besançon et 4 au CHRS de Montbéliard. 4 LHSS, portés par l'ADDSEA, doivent être ouverts fin 2011 sur Pontarlier et opérationnels début 2012.

2.2.3. Les appartements de coordination thérapeutique

Ces appartements étaient initialement destinés uniquement aux patients atteints par le VIH-Sida et ont été créés en 1994 par circulaire en tant que dispositif expérimental.

Ils ont été intégrés au dispositif médico-social par la Loi du 2 janvier 2002 et ouverts à tous types de pathologies chroniques. Les ACT hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale qui nécessitent des soins et un suivi médical. Ils fonctionnent sans interruption, de manière à assurer le suivi et la coordination desdits soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion."

La Franche-Comté ne disposait pas, à ce jour, d'un tel dispositif. Des financements ont été octroyés à la région en 2011 pour la création de cinq places en ACT.

2.3. Difficultés dans la prise en charge et l'accompagnement médico-sociaux

2.3.1. Difficultés inhérentes à l'accessibilité des dispositifs spécifiques

Les structures médico-sociales sont inégalement réparties sur le territoire régional. Les dispositifs spécifiques tels les LHSS sont concentrés sur le Doubs, les demandes d'ouverture ayant été déposées avant la création de l'ARS.

Cette inégalité touche également la répartition des actions de prévention conduites auprès de ce public sur le territoire. La Haute-Saône est particulièrement concernée.

Hormis l'existence de quelques structures spécialement dédiées à l'hébergement de personnes présentant des troubles psychiques, type maison relais ou CHRS spécialisé, le manque de logements adaptés génère des difficultés pour assurer une continuité des soins et une prise en charge de qualité des troubles psychiques.

L'accompagnement et la prise en soins des personnes des personnes addictées est difficile en milieu rural, notamment dans les secteurs de St Claude (39), Pont-de-Roide et Maïche (25) où s'ajoute le problème de la proximité avec la Suisse. L'initialisation du traitement doit être réalisée par un centre hospitalier ou un CSAPA. Le suivi peut être assuré par le médecin traitant et le traitement de substitution délivré par les officines. Or, les usagers résidant dans ces secteurs ont des difficultés de transport pour se rendre dans le CH ou le CSAPA le plus proche. Par ailleurs, certaines officines semblent refuser la délivrance desdits traitements.

Les LHSS sont sollicités par des demandes du service de probation et d'insertion

2.3.2. Difficultés inhérentes aux problématiques de santé rencontrées et aux comportements individuels peu favorables à la santé

Les personnes les plus vulnérables n'utilisent pas le système de santé et l'isolement dont elles souffrent est un facteur aggravant notamment en termes de souffrance psychique :

- le vieillissement précoce des personnes sans domicile et en CHRS mais aussi des migrants en foyer. Les difficultés de l'accompagnement en fin de vie,
- le diagnostic tardif de pathologies graves chez les grands exclus (notamment, cancer à un stade avancé, diabète, hépatite),
- la non-observance du traitement rencontrée chez ses personnes marginalisées, non observance liée à leurs conditions de vie et aux addictions,
- la barrière de la langue dans les relations entre les soignants et certains patients issus de l'immigration,
- l'absence de réponse appropriée aux réfugiés victimes de psycho-traumatisme,

2.3.3. Difficultés inhérentes au fonctionnement interne des structures

L'organisation et les moyens des structures d'hébergement, d'insertion et d'urgence, des CADA, etc. ne permettent pas une prise en charge sanitaire de qualité de ces personnes. Les personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques sont de plus en plus présentes dans ces structures et les personnels ne sont pas formés pour assurer leur prise en charge.

Au sein des HUDA et CADA, l'accompagnement des personnes en état de santé aggravé est difficile (manque de lien avec le sanitaire lié à la problématique du titre de séjour).

Le Fonctionnement interne des dispositifs diffère en fonction de l'attribution historique des crédits et des formations du personnel (CSAPA, CAARUD).

Les LHSS sont confrontés à des demandes émanant du Service de probation et d'insertion concernant les sortants de prison. Les admissions dans cette structure nécessitent l'avis en amont du médecin des LHSS, avis difficile à rendre compte tenu des modalités de sortie du milieu carcéral. Par ailleurs, les LHSS accueillent des personnes présentant, très souvent, un problème d'addiction mais ils ne sont pas destinés à suppléer les structures « addictologie ».

2.3.4. Difficultés inhérentes à l'interface entre structures sanitaires et structures sociales

La coordination existe entre le sanitaire et le social bien qu'elle ne soit pas toujours formalisée. Le problème ne réside pas dans l'absence de dialogue mais dans l'absence de solutions concrètes. Pour exemple, un dossier reçu 24 heures avant la fin de l'hospitalisation pour une demande d'hébergement ne trouve pas de solution faute de place.

En effet, la demande d'hébergement en CHRS, dont la durée est limitée à 6 mois avec possibilité de renouvellement, est supérieure à l'offre. La sortie d'un dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion ne peut être liée au seul fait d'avoir trouvé un logement mais induit une approche globale et individualisée de la personne (Ex : addictions, souffrance psychique) et un accompagnement adapté vers l'autonomie. Le chantier prioritaire de l'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées prévoit le développement des maisons relais.

Par ailleurs, les hospitalisations sont de plus en plus courtes, relayées par des prestations de soins ou d'hospitalisation à domicile, d'hôpital de jour et des prescriptions de soins à réaliser en ambulatoire. Les soins de suite et de réadaptation permettent la transition entre la sortie d'hospitalisation et la poursuite du parcours de vie de la personne en tenant compte de sa situation globale et en proposant une solution adaptée à ses besoins. (Ex : retour à domicile dans de bonnes conditions, orientation vers une structure médico-sociale adaptée, etc.). Aujourd'hui, les SSR ne sont pas organisés pour accueillir une population présentant une grande précarité. Cette situation est préjudiciable pour les patients les plus fragiles socialement et les structures intermédiaires qui permettraient la poursuite d'un parcours de vie dans des conditions favorables sont insuffisantes à ce jour.

Lorsque les patients sont dépourvus de domicile, il y a une grande difficulté à offrir une prise en charge efficace de leurs problèmes sanitaires bénins ou qui nécessitent des soins de suite.

Peu de dispositifs de soins sont adaptés à ces publics lorsqu'ils sortent d'hospitalisation ou présentent des problèmes de santé ingérables par la structure d'hébergement. Ce constat est également fait pour les sorties d'hospitalisation psychiatriques ou les sorties de détention.

2.3.5. Difficultés inhérentes à l'accompagnement du vieillissement

La plupart des personnes en situation de grande précarité n'ont pas de famille en soutien. Le vieillissement prématuré des personnes marginalisées auquel s'ajoute la complexité de leur situation sociale, avec des difficultés d'adaptation, nécessite une prise en charge adaptée. Les EHPAD ont des difficultés à s'ouvrir à cette population et les CHRS n'ont pas le profil et les moyens humains d'y répondre.

3. Objectifs

3.1. Accompagner les personnes les plus vulnérables dans leurs démarches d'accès aux soins et d'utilisation du système de santé

Les pathologies lourdes (cancer, diabète, hépatite, Sida...) sont diagnostiquées tardivement chez les personnes les plus éloignées du système de santé. Compte tenu de difficultés inhérentes à leur parcours de vie et parfois au fonctionnement interne des structures sociales, médico-sociales et sanitaires, l'accès aux dispositifs de droit commun présente des points de fragilité. Il est donc nécessaire de renforcer, auprès de ces populations, le diagnostic précoce de ces pathologies et d'améliorer la prévention des maladies infectieuses.

Leviers d'actions :

- Faciliter pour les usagers des structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, l'accès aux dispositifs de prévention et de dépistage existants.
- Développer l'accès aux bilans de santé pour les personnes les plus éloignées du système de santé
- Appuyer les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans leur mission d'accompagnement des personnes les plus précaires vers les dispositifs de droit commun.

3.2 Offrir une prise en soins, répartie harmonieusement sur l'ensemble du territoire de santé, qui tient compte des difficultés inhérentes au parcours de vie des publics les plus marginalisés

Des dispositifs spécifiques LHSS, ACT, par un accompagnement social, soignant et médical offrent à ces publics une prise en soins adaptée à leurs besoins. Le séjour au sein de ces structures est toutefois temporaire. La sortie doit être particulièrement travaillée tout au long de celui-ci afin que la personne puisse accéder aux dispositifs de droit commun.

Par ailleurs, l'offre concernant ces structures est concentrée sur le Doubs. Il est donc nécessaire, non pas de cumuler des dispositifs et des interventions sur quelques territoires, ce qui nécessiterait parfois une lisibilité en termes de complémentarité et d'articulation, mais bien d'activer les leviers permettant à ces publics de bénéficier de la même offre dans les territoires non couverts.

Leviers d'actions :

- S'assurer que l'accès aux dispositifs de droit commun et que, si nécessaire, la continuité des soins sont effectifs à l'issue du séjour en LHSS ou en ACT.
- Déployer cette prise en soins sur les territoires non couverts en élaborant des modes de coopération entre professionnels de santé libéraux et structures AHI.

3.3 Améliorer, pour les personnes sans domicile ou hébergées, la prise en charge du vieillissement et du handicap en s'appuyant sur les dispositifs de droit commun

Les publics atteints de troubles psychiques ou psychiatriques, de pathologies chroniques sont de plus en plus présents au sein des dispositifs AHI. Le chantier prioritaire de l'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées prévoit le développement des maisons relais.

Par ailleurs, le vieillissement prématuré des publics marginalisés, la perte d'autonomie auxquels s'ajoutent la complexité de leur situation sociale et leurs difficultés d'adaptation nécessitent une prise en charge adaptée.

La plupart des structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion ne disposent pas des moyens matériels et de personnel formé permettant de répondre à ces problématiques.

L'accessibilité aux dispositifs de droit commun doit donc être renforcée : Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), GEM, CMP, EHPAD.

Leviers d'actions :

- Définir, pour les personnes dont le handicap est reconnu, les modalités d'intervention des SAVS, des SAMSAH au sein des structures AHI
- Elargir l'offre d'accueil en EHPAD en élaborant des modes de coopération entre les directions des EHPAD et celles des structures AHI
- Appuyer les lieux de "restructuration" (GEM destinés aux personnes en situation de grande précarité, ateliers santé/lien social)
- Mettre en œuvre les modalités concrètes d'une collaboration entre Centres médico-psychologiques et structures d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion

3.4 Favoriser l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes présentant un problème d'addiction et dont le lieu de résidence est éloigné des CSAPA

L'accompagnement et la prise en soins des publics présentant un problème d'addiction sont rendus difficiles dès lors que le CSAPA est éloigné de leur lieu de résidence, notamment en milieu rural. Afin de répondre aux besoins de ces populations, les équipes des CSAPA et celles des réseaux doivent non seulement se rapprocher d'elles mais également sensibiliser leurs médecins traitants.

Leviers d'actions :

- Promouvoir des interventions mobiles du CSAPA.
- Développer, au sein des cabinets des médecins libéraux et des maisons de santé, des actions d'information/formation dispensées par les médecins du GAFC.

3.5 Assurer la continuité des soins des sortants de prison qui présentent un problème d'addiction

En lien avec le SROS détenus, la lutte contre les maladies infectieuses et la continuité des soins pour les personnes présentant un problème d'addiction est à optimiser tant pour les détenus que pour les sortants de prison

Leviers d'actions :

- Renforcer l'intervention des CAARUD au sein des maisons d'arrêt
- Définir les modalités d'une collaboration entre services pénitentiaires, UCSA, structures et réseaux addictologie, structures AHI pour assurer la continuité de la prise en charge des sortants de prison

3.6. Mettre en place un module santé précarité dans le cadre de la formation initiale du projet pédagogique des IFSI

4. Programmes/Schéma de l'organisation régionale

- Le Programme Régional d'accès à la prévention et aux soins
La nouvelle génération du PRAPS devra s'appuyer sur les définitions et les concepts les plus éclairants. La loi HPST du 21 juillet 2009 stipule que le PRAPS est un programme obligatoire du Projet Régional de Santé. Il vise les personnes les plus démunies en lien étroit avec les objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé et les trois schémas.
- Le schéma régional d'addictologie de Franche-Comté qui court de 2009 à 2013.

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médicosociale

- sanitaire : les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé, les réseaux de santé, les CMP
- médico-social : EHPAD, SAMSAH
- social : les services et dispositifs sociaux, les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion
- addictions : poursuite du schéma régional d'addictologie 2009-2013

5.2 Transversalité interinstitutionnelle

DRJSCS, DDCSPP, Préfectures de région et de département, Conseils généraux, Conseil Régional, Services pénitentiaires, Organismes de sécurité sociale, mutuelles.

6. Evaluation/ Indicateurs de suivi (relatifs à la mise en œuvre du schéma)

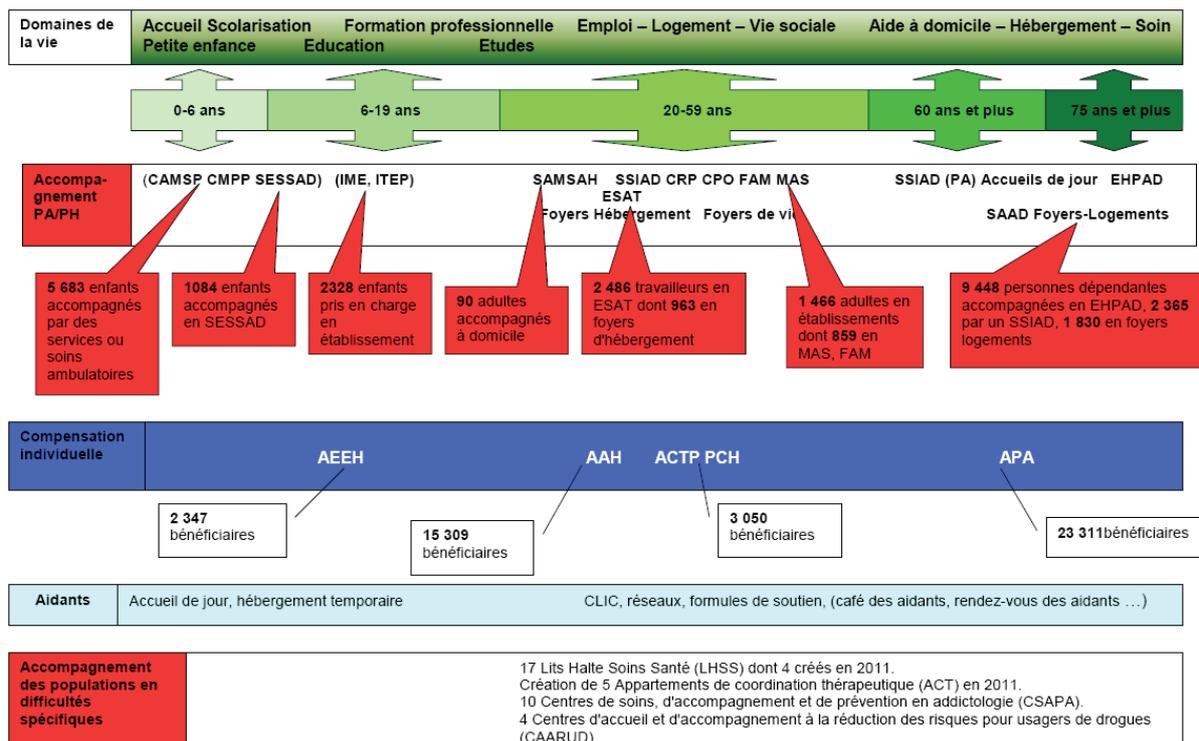
6.1. Indicateurs de suivi

- Formalisation des coopérations entre dispositifs de droit commun et structures AHI.

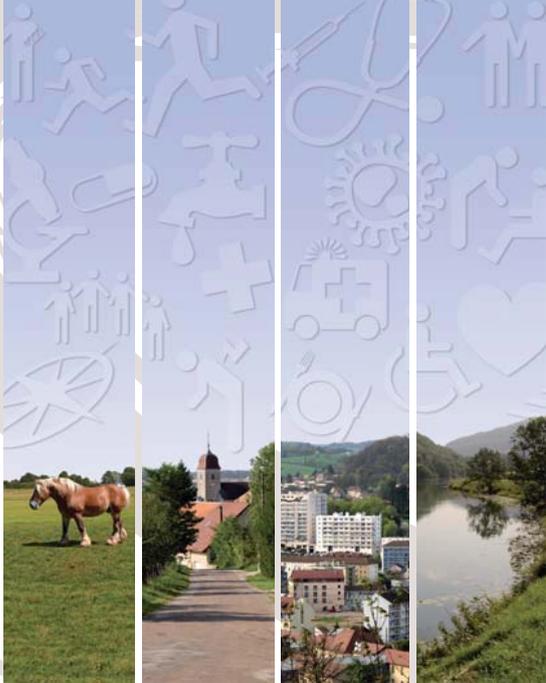
6.2. Indicateurs de résultats

- Actions de dépistage.
- Suivi vaccinal.
- Interventions mobiles CSAPA.
- Formation médecins libéraux par réseaux addicto.
- Rapports d'activité PASS.

Accompagnement médico-social des personnes tout au long de la vie en Franche-Comté.



Sources : Statiss 2010 ; Panorama de la santé en Franche-Comté (octobre 2010)



Le siège

La City - 3, avenue Louise Michel - 25044 Besançon Cedex
Tél. : 03 81 47 82 30 - Fax : 03 81 83 22 05

Délégation territoriale Doubs

La City - 3, avenue Louise Michel - 25044 Besançon Cedex
Tél. : 03 81 47 82 30 - Fax : 03 81 65 58 59

Délégation territoriale Haute-Saône

3 rue Leblond - BP 412 - 70014 Vesoul Cedex
Tél. : 03 84 78 53 00 - Fax : 03 84 76 38 05

Délégation territoriale Jura

4, rue du Curé Marion - BP 60348 - 39015 Lons-le-Saunier Cedex
Tél. : 03 84 86 83 00 - Fax : 03 84 24 67 64

Délégation territoriale Territoire de Belfort

8, rue Heim - BP 207 - 90004 Belfort Cedex
Tél. : 03 84 58 82 00 - Fax : 03 84 28 71 38

www.ars.franche-comte.sante.fr

