

Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)



Photos : © Olivier Jobard/Sipa Press et Caroline Poirou pour la CNSA. La CNSA remercie C. Gaure du centre de la Gabrielle - Mutualité publique.

Avertissement

Destiné à aider les ARS dans la construction des premiers schémas régionaux d'organisation médico-sociale, le Guide méthodologique pour l'élaboration du SROMS comporte des éléments de cadrage nationaux, des principes méthodologiques et des contenus opérationnels.

Les contenus opérationnels proposés, construits avec des professionnels du secteur, doivent être considérés comme illustratifs de la mise en œuvre de la démarche attendue et évolutifs, compte tenu des ajustements et enrichissements qui seront issus notamment de vos expériences en région.

Ils ne sont pas exhaustifs et pourront être complétés en fonction des attentes de terrain exprimées et de l'avancée des travaux sur les sujets transversaux à la prévention et aux soins.

Ce guide méthodologique a été conçu comme pouvant être utilisé à différents stades d'élaboration du PRS, dans un contexte d'approfondissement des besoins médico-sociaux.

Compte tenu de la nouveauté de ce schéma et des changements importants impactant le domaine de l'aide à l'autonomie depuis 2005, l'appropriation opérationnelle de ce guide par les ARS fera l'objet d'un accompagnement national.

Préambule

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

Ce décloisonnement, cette transversalité dans l'action publique reposent sur l'action des ARS.

Elles ont la maîtrise, sur le terrain, des outils financiers et de planification de l'offre qui doivent permettre à l'articulation des différentes politiques de devenir une réalité. Si le pilotage de la politique de santé s'exerce désormais au niveau régional, l'un des enjeux pour les ARS est aussi de parvenir à créer une continuité dans la prise en charge entre le niveau départemental et le niveau régional.

L'élaboration d'un Schéma régional d'organisation médico-sociale, intégré au Projet régional de santé, constitue une démarche forte, innovante, et stratégique.

Originalité de la démarche de planification médico-sociale au sein du PRS.

L'objectif est d'agir sur l'organisation médico-sociale de toute une région pour une réelle amélioration de la qualité de vie d'une population diversifiée, en lui apportant des réponses adaptées, et cela tout au long de son parcours.

Un périmètre particulièrement large qui concerne à la fois les personnes âgées lorsqu'elles sont confrontées à une perte d'autonomie, plus fréquente avec le vieillissement, les personnes handicapées, ainsi que les personnes confrontées à des difficultés spécifiques telles que précarité et addictions, en soulignant que certaines populations, telle celle des détenus par exemple, peuvent cumuler ces difficultés.

- Un souci commun pour tous : favoriser leur autonomie tout au long de la vie.

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

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

Le SROMS, s'il est d'abord un schéma de mutation du secteur vers une meilleure organisation et la prise en compte des nouvelles aspirations de vie de la population, est aussi un instrument de poursuite du développement des services, au travers des plans nationaux, ce qui le différencie du Schéma régional d'organisation des soins.

En quoi ce schéma est-il stratégique au sein du Projet régional de santé ?

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

- ✓ **Handicap et vieillissement** (le vieillissement n'étant pris en compte comme axe de santé publique que dans la mesure où il entraîne une perte d'autonomie et des problèmes de santé, plus fréquents avec l'avancée en âge) ;
- ✓ **Périnatalité et petite enfance** ;
- ✓ **Maladies chroniques** ;
- ✓ **Santé mentale (incluant souffrance psychique et addictions)** ;
- ✓ **Veille et sécurité sanitaire.**

Ainsi, le domaine Handicap et vieillissement constitue désormais l'un de ces 5 domaines majeurs ; mais le champ médico-social est aussi très largement contributeur pour les maladies chroniques, souvent génératrices de handicap, la périnatalité et la petite enfance avec le dépistage et la prise en charge précoces du handicap, et la santé mentale, avec la reconnaissance du handicap psychique et des besoins de prise en charge qui en découlent.

- Le SROMS concerne une population à la fois vulnérable et croissante, tant en raison de la démographie que de la précarisation d'une partie de la société.

- Il a vocation à suivre les personnes tout au long de leur parcours de vie et de soins, dans une interaction constante entre les individus et leur environnement.

- Il est porteur d'enjeux économiques nécessitant le développement d'une efficience qui fait encore trop souvent défaut dans ce secteur : le rôle des ARS sera donc d'impulser des actions de réorganisation et de mutualisation de l'offre de services dans le cadre de ce schéma.

- Il est porteur de transversalités entre des acteurs de statuts et de niveaux territoriaux diversifiés.

Dans un domaine où pèsent encore des inégalités territoriales, sociales, économiques, qui aggravent et amplifient le handicap et toute forme de vulnérabilité, ce schéma, en privilégiant la réduction significative de ces inégalités, contribue à la cohésion sociale d'une région.

Tout progrès dans le domaine médico-social, en permettant une utilisation plus rationnelle des services, y compris des services de soins, est porteur de qualité de vie pour les personnes concernées et, au-delà, pour le corps social tout entier.

Rappelons enfin que la politique menée en direction des personnes handicapées en France s'inscrit dans le cadre plus large de l'action de l'Union Européenne et de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, ratifiée le 31 décembre 2009, et dont bien des points étaient anticipés dans la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances.

Ce guide a pour but de rappeler les éléments nationaux qui encadrent le travail d'élaboration des SROMS et de donner des pistes de méthodologie permettant de le structurer.

Au regard des enjeux du champ médico-social pour les années à venir, une vigilance particulière doit se porter sur :

- les besoins de maintien et d'accompagnement au domicile quel que soit le public concerné, (personnes âgées et personnes handicapées) ;

- la transformation des établissements d'accueil, notamment pour les enfants, d'une part vers une offre de services, en privilégiant l'accès à la scolarité et, d'autre part, pour les personnes, enfants ou adultes qui nécessitent des prises en charge plus lourdes, vers une qualité et une expertise accrues ;

- les besoins encore non couverts dans la région, notamment pour les publics visés par tous les Plans nationaux.

Sommaire

Première partie : Eléments de cadrage nationaux du SROMS	7
I- Les fondements de l'action sociale et médico-sociale	7
I-1/ L'égal accès de tous aux droits fondamentaux : santé, logement, éducation, emploi	7
I-2/ Le principe de subsidiarité : de l'accessibilité à la compensation	7
I-3/ Une approche multidimensionnelle	8
II- Les constats et enjeux	9
II-1/ La situation démographique	9
II-2/ Des inégalités territoriales dans la répartition de l'offre	10
II-3/ Des inégalités sociales de santé	11
II-4/ Une organisation particulière du secteur médico-social	12
II-5/ Une connaissance partielle des besoins	13
II-6/ Une efficacité coût / qualité à développer	13
III- Le SROMS, déclinaison d'une politique nationale de santé	15
III-1/ Un cadre législatif et réglementaire révisé en profondeur	15
III-2/ Des plans nationaux qui structurent l'évolution du secteur	17
III-3/ Un cadrage financier rénové	18
Conclusion de la première partie	20
Deuxième partie : Eléments de méthodologie pour l'élaboration du SROMS	21
Préambule : cadrage méthodologique	21
I Le contenu attendu du SROMS et son environnement	24
I-1/ Le SROMS et le PSRS	24
I-2/ Le SROMS et le PRIAC (<i>est complété par le guide méthodologique ad hoc</i>)	28
I-3/ Les interfaces entre le SROMS et les schémas départementaux en région	30
I-4/ Le SROMS et les contrats locaux de santé	37
I-5/ Le SROMS dans son périmètre opérationnel attendu	38
II La méthode : comment dégager les objectifs d'organisation à partir d'un diagnostic partagé et d'une approche multidimensionnelle ?	41
II-1/ Comment réaliser un diagnostic organisationnel des activités médico-sociales pour soutenir les parcours de vie de personne ?	42
II-2/ Comment aller plus loin dans le diagnostic des organisations au vu des premières priorités identifiées ?	49
→ <i>Un appui opérationnel pour l'élaboration du schéma : des fiches questions-repères annexées au présent guide.</i>	53
II-3/ Pour appuyer la démarche de diagnostic priorisé : différents critères de priorisation	53
III- Les questionnements complémentaires pour identifier les leviers d'action communs à l'ensemble de l'organisation médico-sociale	55
III-1/ Les questionnements relatifs aux transversalités au sein de l'ARS	55
III-2/ Les questionnements relatifs aux transversalités avec les autres politiques publiques	63
III-3/ Les questionnements relatifs à l'accès à l'offre de services	66

III-4/ Les questionnements relatifs à l'efficacité des organisations	70
IV – L'opérationnalisation de la méthodologie d'élaboration du SROMS	79
V- L'élaboration des objectifs quantifiés et qualitatifs	82
VI- Les actions portant sur les leviers et les supports pour la mise en œuvre des objectifs du SROMS	84
VII - L'évaluation du SROMS	86
Annexes	87
<u>I- Notice opérationnelle : connaissance des populations en perte d'autonomie :</u>	89
Caractéristiques des populations – données disponibles concernant la prévalence des déficiences et des limitations d'activité	
<u>II- Aide pratique : Fiches « questions-repères » pour opérationnaliser la démarche d'élaboration du SROMS :</u>	
<i>NB : Elles ne sont pas limitatives des sujets susceptibles d'être traités par les SROMS. Elles portent sur une sélection de sujets à forte transversalité, illustrant une approche multidimensionnelle à différents âges clés de la vie.</i>	
Prévention et accompagnement précoce des enfants	93
Scolarisation et participation sociale des jeunes handicapés	97
Autisme et troubles envahissants du développement	102
Participation sociale et accès aux apprentissages des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques	108
Polyhandicap et situations complexes de handicap	114
Insertion professionnelle des personnes handicapées	119
Vieillesse des personnes handicapées	125
Les personnes âgées au domicile : parcours de vie et qualité de l'accompagnement	130
Les aidants familiaux : prise en compte de leurs attentes et besoins et développement de l'offre de répit	135
Soins palliatifs : volet médico-social du programme national	141
Addictions	145
Accompagnement médico-social des personnes confrontées à des difficultés spécifiques	151
<u>III- Le nouveau régime d'autorisation</u> des établissements et services sociaux et médico-sociaux	155
Tableau de présentation des établissements et services médico-sociaux	157
Glossaire	167

Si l'élaboration du SROMS est un exercice nouveau enserré dans un calendrier contraint, il s'appuie sur quelques grands principes fondamentaux d'action (I), il répond à des constats porteurs d'enjeux forts (II) et décline sur son territoire la politique nationale de santé (III).

I- Les fondements de l'action sociale et médico-sociale

« L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. » (art. L.116 – 1. CASF). Cette définition est porteuse de valeurs qui vont guider toutes les actions destinées à garantir la qualité de vie sur le long terme des populations en situation de vulnérabilité quelle qu'en soit la cause.

I-1/ L'égal accès de tous aux droits fondamentaux

Au même titre que pour la population générale, il s'agit ici d'assurer l'accès à la santé, au logement, à l'éducation et à l'emploi, c'est-à-dire à tous les aspects de la vie au quotidien.

Il convient de préciser que la santé s'entend désormais au sens de l'OMS, c'est-à-dire comme « un état de bien être total physique, social et mental de la personne... »

Cela induit une représentation pluridimensionnelle de la santé :

- Qui s'écarte du modèle médical réduisant la santé à l'absence de maladie au profit d'un modèle social.
- Qui s'intéresse aux restrictions d'activité et de participation sociale, donc à l'environnement de la personne.

Cette conception se retrouve pleinement dans la définition du handicap posée par la loi du 11 février 2005 :

« Art. L. 114. – Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

La loi se réclame ainsi de la CIF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) et de la vision interactive du handicap qu'elle promeut. Le modèle est désormais plus fonctionnel que biomédical, avec toutefois une causalité inscrite dans la définition comme directement liée aux altérations de fonctions. Cette nouvelle définition permet la prise en compte des environnements comme obstacles ou facilitateurs de la participation de la personne.

Ce principe d'égal accès aux droits renvoie également à la citoyenneté: la personne handicapée ou en perte d'autonomie doit pouvoir rester acteur de sa santé, et dans toute la mesure du possible maître de ses choix.

A cet égard, l'un des enjeux du projet régional de santé est bien de créer des lieux d'expression – institutionnels ou sous forme de débat public – de cette citoyenneté.

I-2/ Le principe de subsidiarité : de l'accessibilité à la compensation

Il convient d'assurer aux personnes en situation de vulnérabilité l'accès en priorité au droit commun dans tous les domaines.

A défaut, des moyens de compensation seront mobilisés en mettant en œuvre des adaptations lorsqu'elles sont nécessaires :

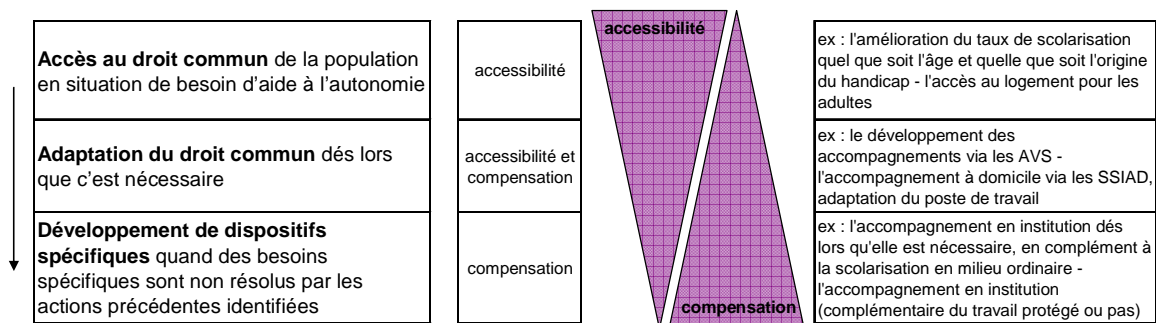
- en termes d'accessibilité, (aux locaux publics, aux moyens de transport pour tout type de handicap, moteur ou sensoriel),

- en termes de communication (informations données en langue des signes par exemple, ou en images simples adaptées au handicap mental),
- en termes d'aide personnalisée telles que les auxiliaires de vie scolaire pour les enfants...

En dernier recours seulement, des dispositifs spécifiques seront développés comme le présente le schéma ci-dessous.

Cet axe nécessite tout spécialement une bonne articulation entre les 3 schémas constitutifs du PRS, ainsi qu'avec toute politique publique au service de la population générale, certains des moyens à mobiliser n'étant pas du ressort direct de l'ARS.

Subsidiarité droit commun-adaptation du droit commun- dispositifs spécifiques dans le champ médico-social



Il est précisé qu'une vigilance particulière est à apporter auprès de certains publics éloignés de l'accès aux dispositifs de droit commun : peuvent être citées les personnes en situation de handicap psychique, ou encore les personnes en grande exclusion.

I-3/ Une approche multidimensionnelle

Plus encore que le besoin de soins, la prise en charge médico-sociale au niveau individuel implique d'examiner la situation de la personne dans sa globalité, au cours d'une évaluation personnalisée. En effet, doivent être pris 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 et ses ressources.

Ces différentes dimensions seront amenées à évoluer tout au long de sa vie et nécessiteront un ajustement régulier des modalités d'accompagnement mises en œuvre.

La même approche doit prévaloir dans la construction d'un système de prise en charge organisé par le SROMS.

En conséquence, les réflexions guidant l'élaboration du SROMS ne sauraient se limiter à la seule entrée par type de handicap (moteur, sensoriel, mental ou psychique) ou par difficulté rencontrée (addiction, précarité...) : il faudra en effet combiner cet item avec plusieurs types de questionnements tels que :

- les périodes de la vie marquées par des risques de rupture (annonce du diagnostic, adolescence, entrée à l'école, puis dans la vie active, dégradation de l'autonomie...);
- les moments de fragilité : entrée, puis sortie de l'hôpital, par exemple ;
- la complexité des situations, des réponses requises et des niveaux territoriaux d'intervention correspondants ;
- les grandes fonctions attendues du secteur médico-social : dépistage et prévention, orientation, accompagnement sur les lieux de vie, accueil de jour, hébergement...

Ces approches croisées, qui seront développées dans la deuxième partie de ce guide, ont toute leur importance dans la phase de diagnostic qui doit être conduite en transversalité interne et externe par l'ARS.

II- Les constats et enjeux

L'organisation de l'offre de services médico-sociaux présente dans chaque région des particularités, accentuées par la diversité des acteurs, par des spécificités géographiques, démographiques ou culturelles qui ont modelé au fil du temps un ensemble de réponses plus ou moins coordonnées, dans ce domaine où les solutions furent longtemps laissées à la seule initiative des individus ou des familles.

Au-delà des particularités régionales, on peut toutefois dégager, au plan national, un certain nombre de thèmes pour lesquels des constats à peu près homogènes apparaissent, eux-mêmes porteurs d'enjeux forts :

- ✓ La situation démographique
- ✓ Des inégalités territoriales de répartition de l'offre
- ✓ Des inégalités sociales dans l'accès à l'offre
- ✓ Une organisation particulière du secteur médico-social
- ✓ Une connaissance partielle des besoins
- ✓ Une efficacité qualité / coût à développer

II-1/ La situation démographique

• Constats

- L'allongement de l'espérance de vie :
→ il entraîne un poids accru des maladies chroniques elles-mêmes souvent génératrices de handicaps, des atteintes des capacités cognitives, des phénomènes de décompensation et de poly pathologies, sources de vulnérabilité des personnes et de complexité des processus de prise en charge ;
→ il concerne l'ensemble de la population, y compris la population en situation de handicap, ce qui interroge les organisations.

- Un niveau d'espérance de vie sans incapacité (68 ans/H et 69,7 ans/ F) encore très inférieur à l'espérance de vie globale (79,6 ans/H et 85,4 ans/F), même si, s'agissant de données recueillies au cours d'enquêtes déclaratives, elles doivent être un peu relativisées.

- La hausse des comportements "à risques", notamment chez les jeunes (pratiques addictives)

• Enjeux

L'adaptation de l'offre à des besoins croissants mais évolutifs dans leur nature : le maintien à domicile étant un souhait largement exprimé, tant par les personnes handicapées que par les personnes en perte d'autonomie liée à l'âge, il s'agit de réfléchir aux solutions plus souples de services en lien avec

le conseil général, (avec recours aux aides à domicile, à la PCH, aux solutions domotiques...), avec accueil de jour ou séjours de répit, le maintien à domicile ne devant pas entraîner une qualité de vie dégradée, pour les personnes concernées comme pour leurs aidants.

II-2/ Des inégalités territoriales dans la répartition de l'offre

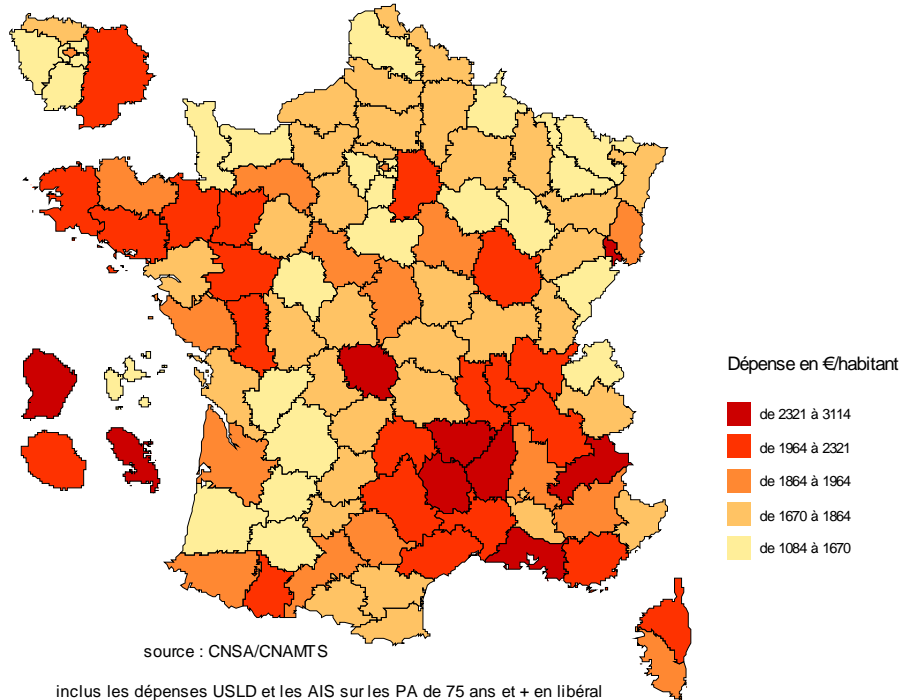
- **Constats**

- Le poids "historique" des implantations dans certains départements ;
- La desserte souvent très insuffisante des franges de territoires, éloignées des centres urbains et des territoires enclavés ;
- Des inégalités parfois renforcées par la démographie et la répartition territoriale des professionnels, qu'ils relèvent du secteur libéral ou qu'ils interviennent dans l'offre médico-sociale et sanitaire.

- **Enjeux**

- La réduction des inégalités – avec une attention à porter aussi aux transports - : la proximité est une donnée importante dans le champ médico-social, car le recours aux services est fréquent, voire quotidien, que les personnes se déplacent ou que la prise en charge s'exerce au domicile.
- Une réorganisation de l'offre de soins qui mobilise toutes les structures et les promoteurs : repérage des « maillons faibles » et rééquilibrage en filières de prise en charge, pour une cohérence d'ensemble de la palette institutionnelle.
- Une approche par niveau et fréquence des recours: par exemple, un centre de ressources spécialisé sur le handicap auditif peut justifier une implantation uniquement régionale, contrairement au besoin de proximité et de maillage d'un SSIAD ou d'un accueil de jour.
- Une approche par rééquilibrage du niveau de dépenses entre territoires infra régionaux, comme l'illustre la carte ci-dessous :

Dépense assurance maladie en 2009 secteur Personnes âgées



Source cartographique : Artique

II-3/ Des inégalités sociales de santé

- **Constats**

- La précarisation accrue d'une partie du corps social.

- La situation sociale est facteur de risque de handicap, par un moindre accès à la prévention, par accident de travail, par accès insuffisant à des soins appropriés. : ESVI (espérance de vie sans incapacité) des ouvriers < 10 ans / cadres).

- La situation sociale est facteur d'aggravation du handicap, avec des écarts qui se creusent entre catégories socioprofessionnelles (ouvriers/cadres), dès la première phase de survenue de la déficience, puis au niveau des incapacités fonctionnelles, puis plus encore au niveau du désavantage social qui en résulte et constitue réellement la situation de Handicap :

Déficiences	Incapacités	Désavantage social
De 1 à 2	de 1 à 4	de 1 à 6

- La situation sociale entraîne des différences dans les solutions de prise en charge : proportion d'enfants en établissement spécialisé 7 fois plus importante chez les ouvriers que chez les cadres. En outre, le mode de scolarisation (milieu spécialisé/milieu ordinaire) a un impact sur le mode d'accès à l'insertion professionnelle et à l'emploi, à l'âge adulte.

(Sur le sujet des inégalités sociales et du Handicap : cf. Colloque « Santé publique, précarité, handicap » du 28.9.2010 à l'UNESCO – Interventions E. CAMBOIS et S. EBERSOLD – site www.ehesp.fr)

- Le poids des contraintes financières influe sur le choix des solutions de prise en charge, notamment chez les personnes âgées.

- Dans le domaine des addictions, si les inégalités sociales jouent un rôle pour la consommation de tabac (2 fois supérieure chez les ouvriers/cadres), le rapport est beaucoup moins linéaire en ce qui concerne l'alcool et les drogues illicites (INPAS 2008 « ARS ; Inégalités sociales de santé »). On retrouvera l'impact de la situation sociale sur l'accès aux prises en charge.

- **Enjeux**

- L'accessibilité des services et équipements médico-sociaux aux populations socialement défavorisées : SDF, personnes accueillies en hébergement d'urgence, immigrés, personnes détenues...

- Egalité des chances dans le choix des solutions de prise en charge.

- Prise en compte du reste à charge financier : le recours aux établissements ou services les mieux adaptés ne doit pas s'avérer quasi impossible pour des raisons de reste à charge et/ou être freiné par une méconnaissance des dispositifs existants.

II-4/ Une organisation particulière du secteur médico-social

- **Constats**

- **Un secteur très diversifié, regroupant personnes âgées, handicapées**, concernées par des addictions ou en difficultés spécifiques.

- Un secteur soumis à un régime d'autorisation (loi de 1975, puis de 2002) qui couvre l'intégralité des établissements ou services, ce qui n'est pas le cas du secteur des soins.

- Un morcellement (21 900 établissements médico-sociaux) et une dispersion des promoteurs associatifs (en signalant toutefois que 5 associations d'importance nationale regroupent une grande partie de structures).

- Une étanchéité des catégories juridiques des établissements et services, par publics, par handicaps, par modalités d'accueil, accrue par la responsabilité partagée entre Etat et Conseils généraux : de ce fait, le système est mal adapté aux pluri handicaps et aux handicaps les plus lourds.

- Une tradition départementaliste.

- Un rôle important des aidants : au total, en France entière, (enquête Handicap Santé) 8,3 millions de personnes de 16 ans ou plus aident régulièrement, et à titre non professionnel, 5,5 millions de personnes âgées de 5 ans ou plus vivant à domicile, pour des raisons de santé ou de handicap, par une aide à la vie quotidienne, un soutien financier ou matériel, ou un soutien moral. Parmi elles, 4,3 millions aident au moins une personne de leur entourage âgée de 60 ans ou plus¹.

- **Enjeux : une réforme en profondeur du secteur médico-social**

- La définition d'une politique réellement régionale.

- Une mutation nécessaire des établissements vers des services, pour le maintien à domicile, et pour l'intégration scolaire.

- Un nouveau mode de régulation pour les ARS et les CG (notamment via l'appel à projets).

- Une approche réellement transversale pour les addictions.

¹ Cf. fiche questions repères relative aux aidants, en annexe au présent guide.

- L'accompagnement des aidants (développement de l'aide à domicile et de nouveaux métiers, offre de répit ...).

II-5/ Une connaissance partielle des besoins

- **Constats**

- Limite des connaissances épidémiologiques, surtout centrées sur les pathologies, et des connaissances sur la qualité de vie des personnes

- Complexité de la notion de besoin qui résulte, non de la seule déficience, mais de l'interaction avec l'environnement, facteur essentiel de l'incapacité éventuelle de la personne à accéder à une vie sociale et professionnelle.

- Limite des connaissances d'observation sociale dans la population générale (exemple: repérage des situations d'addiction et de leur évolution...)

- **Enjeux**

- Utiliser au mieux les données existantes, comme indiqué dans la partie « diagnostic » p.42 et suivantes, malgré leur caractère souvent incomplet, tout en développant des systèmes d'information performants et partagés.

- Développer les recherches autour de ces données, avec tous les acteurs du secteur.

II-6/ Une efficacité coût/qualité à développer

- **Constats**

- Une dynamique de l'offre : des plans nationaux qui ont permis le développement des structures dans les champs des personnes âgées, handicapées, des personnes atteintes de maladies chroniques et des addictions.

- Mais un ONDAM médico-social qui se stabilise (+ 5,8 % en 2010, + 3,8 % en 2011).

- Des contraintes financières qui pèsent aussi fortement sur les Départements, dans ce secteur où les prises en charge sont souvent conjointes.

- **Enjeu : l'efficacité, un service de qualité au meilleur coût**

- S'assurer de la qualité de prise en charge proposée dans tous les services sur le territoire, dans une période où l'évaluation interne et externe des établissements et services va s'installer au regard des dispositions réglementaires.

- S'assurer de la juste répartition des ressources.

- Développer la performance au sens de l'OMS, pour laquelle l'équité de la contribution financière, la réactivité aux attentes de la population, et la réduction des inégalités de santé constituent les critères de performance parmi les plus importants.

Ces enjeux, au-delà des particularités régionales pouvant amener des réponses spécifiques, devront guider la réflexion des ARS dans l'élaboration de leur schéma régional d'organisation médico-sociale. Ils impliquent pour la plupart une stratégie unifiée entre prévention, soins hospitaliers et ambulatoires et prise en charge médico-sociale.

Au-delà, la réussite des actions dans le champ médico-social nécessite d'élaborer une réflexion commune avec l'ensemble des autres acteurs qui conduisent des politiques complémentaires à celle menées par l'ARS dans des domaines tels que l'éducation, le logement, l'insertion professionnelle ou

l'aide à domicile : concertation et coordination avec les conseils généraux et les autres services de l'Etat sont ici indispensables.

III- LE SROMS, déclinaison d'une politique nationale de santé publique

La politique nationale de santé publique repose désormais sur l'identification de trois priorités qui doivent structurer la réflexion régionale en matière de santé. Ces priorités sont :

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé ;
- promouvoir l'égalité devant la santé ;
- développer un système de qualité, accessible et efficient.

Elles doivent se décliner dans tous les domaines d'action des ARS et ceci dans le nouveau cadre posé par la loi HPST qui révisé en profondeur le système sanitaire et médico-social dans lequel s'inscrit l'élaboration du schéma régional de l'organisation médico-sociale. Les ARS disposent dans cet exercice d'éléments structurants issus tant des plans nationaux menés au bénéfice des populations vulnérables que des cadrages financiers élaborés pour la mise en œuvre de ces plans.

III-1/ Un cadre législatif et réglementaire révisé en profondeur

- Le SROMS, partie intégrante du PRS

La politique nationale de santé doit se décliner au niveau local par une organisation sanitaire, de prévention et médico-sociale adaptée aux besoins de la population. Dans ce cadre, le PRS développe en cohérence avec le parcours de vie des personnes des coopérations entre des secteurs jusqu'ici séparés: promotion de la santé, prévention, soins ambulatoires, soins hospitaliers et prises en charge médico-sociales. Une stratégie globale doit ainsi être définie dans le cadre du plan stratégique régional de santé.

Le SROMS doit retraduire cette stratégie globale en actions dont les bénéfices pour la population seront amplifiés parce qu'elles seront relayées au niveau de l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de soins des individus. Il convient de préciser que si l'ensemble du PRS est porteur de transversalité, la loi HPST prévoit expressément que le SROMS veille à l'articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale. Il doit pour cela être conçu en transversalité avec les autres schémas que l'ARS doit élaborer : le schéma de prévention et d'organisation des soins.

Le SROMS a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L312-1 et à l'article L.314-3-3 du code de l'action sociale et des familles. Ce périmètre est large et recouvre :

- les établissements et services pour enfants et adultes handicapés,
- les établissements et services pour personnes âgées,
- les centres de ressources,
- les établissements ou services à caractère expérimental,
- les appartements de coordination thérapeutique,
- les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des usagers de drogues,
- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie,
- les lits halte soins santé.

Il est précisé pour ce qui concerne les structures relevant du secteur des addictions qu'un schéma régional d'addictologie a pu être arrêté par le préfet de région avant l'installation des agences régionales de santé. Il appartient alors à chaque ARS de décider si le document peut être intégré, pour sa partie médico-sociale, dans le SROMS ou si des modifications doivent y être apportées au regard tant de la nouvelle dynamique engagée localement que du calendrier dans lequel s'inscrit le SROMS.

- L'apport de la gouvernance pour un diagnostic et des priorités partagées

Le SROMS, tout comme les autres éléments qui composent le PRS, repose sur un diagnostic qui doit conduire à formuler des priorités d'action.

L'ARS doit réaliser son diagnostic et en partager les conclusions avec ses partenaires, ceci afin de s'assurer que les actions envisagées pourront se concrétiser.

Afin d'assurer ce partage d'informations, la loi a institué un système dans le cadre duquel la concertation doit être menée. C'est ainsi que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est régulièrement sollicitée et que la commission de coordination des politiques publiques émet un avis sur le SROMS et peut soumettre des propositions : elle peut notamment décider de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du SROMS.

Le conseil général est membre de ces instances mais il sera conduit à formuler expressément un avis sur le SROMS.

Au-delà du respect du processus prévu par les textes, il appartient à l'ARS d'associer pleinement à sa réflexion ses différents interlocuteurs, qu'ils siègent ou non dans les commissions instituées, de telle sorte que le diagnostic soit pleinement partagé par tous et que les actions prévues dans le cadre du SROMS puissent être menées à terme.

Elle sera particulièrement attentive au recueil de l'expression des besoins et attentes formulés par les usagers eux-mêmes et leurs aidants.

Ce mode partenarial d'élaboration des schémas est particulièrement nécessaire à l'égard des conseils généraux qui assument une responsabilité conjointe avec l'ARS pour certaines actions du champ médico-social

- Schéma régional et schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

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.

Le décret relatif au PRS précise quant à lui que le SROMS prend en compte les schémas départementaux et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le plan stratégique régional de santé (PSRS).

Ces deux formulations renvoient au fait que le SROMS n'est plus conçu comme la simple addition des schémas départementaux telle que le prévoyait la loi 2002-2 : 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 est d'autant plus important que leur calendrier d'élaboration n'est pas nécessairement le même.

L'ARS devra en outre échanger avec les directions de la cohésion sociale qui élaborent les plans de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion dédiés aux personnes en situation de précarité. En effet, les publics dont elles ont la charge doivent pouvoir accéder aux dispositifs médico-sociaux, l'articulation de ces différents dispositifs doit donc être réfléchie en commun.

- Le SROMS, un document opposable dans le cycle planification / autorisation / financement²

Le nouveau dispositif institutionnel inscrit le schéma comme un outil de planification au niveau régional mais il faut souligner que cet outil permettra également d'alimenter la réflexion au niveau national. En effet, le SROMS doit apprécier les besoins collectifs et les priorités d'adaptation de l'offre dans l'aire régionale au regard des orientations nationales. A terme, il permettra de disposer d'une connaissance des besoins sur les plans qualitatif et quantitatif qui, par agrégation, offrira l'opportunité de disposer d'une vision nationale des besoins. A cet effet, il est proposé en seconde partie de ce guide une trame de synthèse qui permettra de consolider les données au niveau national.

Le schéma constitue l'élément de référence pour les autorisations délivrées par les autorités compétentes, et ceci qu'elles résultent ou non d'un appel à projet. A ce titre, il doit comporter des objectifs opérationnels précis avec lesquels les autorisations devront être compatibles, conformément à l'article L.313-4 du CASF qui définit les conditions légales fondant la délivrance de l'autorisation. Il est rappelé que les schémas départementaux sont également opposables en vertu du même article. C'est notamment à ce titre que le travail de concertation avec les Conseils généraux revêt toute son

² Cf. en annexe, le nouveau régime d'autorisation.

importance car des schémas qui comporteraient des objectifs incompatibles seraient de fait inopérants.

Il doit donc être conçu comme un outil de référence sur les plans quantitatif, territorial et qualitatif pour la mise en œuvre du nouveau régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux. Ce dispositif entré en vigueur en 2010 porte à la fois sur des besoins nouveaux et des besoins d'adaptation des réponses.

Mais au-delà du régime d'autorisation, le SROMS est aussi un outil permettant d'agir sur l'ensemble des leviers réglementaires, conventionnels, financiers ou autres des ARS. Pour ce qui concerne cette dimension, qui n'emporte pas de conséquence en termes d'autorisation, le SROMS n'est pas opposable. Il n'en demeure pas moins que l'ARS peut saisir l'opportunité du cadre offert par l'élaboration du SROMS pour définir ses engagements de refonte des organisations existantes.

III-2/ Des plans nationaux qui structurent l'évolution du secteur

La définition de la politique nationale de santé se traduit notamment au travers de plans et programmes nationaux qui structurent l'offre médico-sociale qu'il convient de déployer au bénéfice des populations vulnérables. Le travail d'élaboration du SROMS s'inscrit dans ce cadre.

Plusieurs plans, programmes et schémas nationaux sont particulièrement structurants pour l'élaboration des schémas régionaux d'organisation médico-sociale au regard de la période de validité du PRS (2011-2015) :

- **Le plan solidarité grand âge (PSGA) 2007-2012** : permettre le libre choix du maintien à domicile dans de bonnes conditions, adapter l'hôpital aux personnes âgées et développer la recherche ; créer au total 37 500 places d'EHPAD, 36 000 places de SSIAD, 12 750 places d'Accueil de jour, 6 750 places d'hébergement temporaire.
- **Le plan Alzheimer 2008-2012** : améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, développer la recherche et sensibiliser le grand public ; créer 25 000 places de PASA (Pôles d'activité et de soins adaptés) et 5 000 places d'UHR (Unités d'hébergement renforcé).
- **Le programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées pour un accompagnement tout au long de la vie (2008-2014)** : créer 41 450 places d'établissements et services (12 250 enfants et 29 200 adultes) ainsi que 10 000 places en ESAT.
- **Le plan autisme (2008-2012)** : mieux connaître et mieux former les professionnels, améliorer le repérage des troubles et diversifier les approches et créer 4 100 places d'accueil.
- **Le plan de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011), avec un financement total de 385 M€** : développer la prévention des risques, la formation et la recherche, mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé (consultations d'addictologie et de liaison, pôles dans les CHU) et les établissements médico-sociaux, avec création de places de CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention de l'addictologie).
- **Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011)** : créer 900 places d'ACT et 7 000 places d'HAD.
- **Le plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes (2010 - 2012)** : créer 480 places de SAFEP (services d'accompagnement familial et d'éducation précoce) et 3 CAMSP.
- **Le programme de développement des soins palliatifs (2008-2012).**
- **Le plan handicap visuel 2008-2011** : création notamment de places en MAS et FAM pour mieux prendre en charge les personnes déficientes visuelles avec handicap associé ; et création de services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS).

- **Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice** : la sortie de détention et un certain nombre d'aménagements de peines font en effet appel à certains dispositifs relevant de ce schéma.

- **Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares** (2009-2013) auquel les ARS doivent contribuer, notamment dans le cadre de leur diagnostic des ressources existantes en régions et de l'identification des besoins de développement.

Les objectifs et le stade de mise en œuvre en région de ces différents documents doivent contribuer à guider l'élaboration des schémas.

Pour ce qui concerne les établissements et services dont le financement est assuré via la CNSA, le bilan national de la réalisation des plans et son analyse comparée par régions sera prochainement mis à disposition et constituera un outil de référence pour chaque ARS.

Dans l'ensemble de ces plans et schémas, les objectifs quantifiés définis sont assortis d'un cadrage financier assurant une visibilité pluriannuelle aux acteurs.

III-3/ Un cadrage financier rénové dans le cadre d'une enveloppe régionale limitative

Il est important de relever qu'à l'inverse des autres secteurs d'intervention de l'ARS, les établissements et services relevant du SROMS bénéficient encore à ce jour d'un effort de développement comme en témoignent les plans précédemment cités. Cet effort se traduit notamment par la notification d'enveloppes anticipées sur le secteur d'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap. Ce système a pour objectif d'instaurer une délégation des crédits adaptée au calendrier d'ouverture des établissements et services.

Il convient de noter que les développements qui suivent ne concernent à ce jour que les établissements et services relevant des 2°, 3°, b d u 5°, 6°, 7° et 12° de l'article L312-1.

Les moyens des ARS, avant mise en œuvre du SROMS, sont identifiés dans les tableaux suivants :

champ des personnes âgées

	<i>Mesures nouvelles PATHOS 2010: montant indicatif (notification fin 2010 sur facture)</i>	Base finale 2010	MN 2010	total
Total France Entière	82 381 713	8 003 293 373	108 643 262	8 194 318 348

champ des personnes handicapées

	Base finale au 01-01-2010	MN 2010	Total
Total France Entière	7 943 643 706	150 024 789	8 093 668 495

champ des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

	Base finale au 01-01-2010 + mesures nouvelles 2010	nombre de places concernées
LHSS	35 800 000	983
ACT	47 300 000	1 500
Additions	321 900 000	(file active)
Total France Entière	405 000 000	

Ces moyens, qui permettent d'identifier le point de départ, avant mise en œuvre du SROMS, seront, pour ce qui concerne les champs des personnes âgées et des personnes handicapées, complétés notamment par les mesures notifiées par anticipation. Ces mesures couvrent en partie la période du schéma.

- Le dispositif des enveloppes anticipées

Ce dispositif a été mis en œuvre pour la première fois en 2007 avec les objectifs suivants :

- Garantir la mise en œuvre des plans nationaux afin de réduire les inégalités intra-régionales et de diversifier les modes d'accompagnement.
- Donner de la sécurité pluriannuelle à la programmation financière et permettre une meilleure information des promoteurs.
- Assurer la sécurité juridique du régime d'autorisation en garantissant le financement lors de l'année de fonctionnement de la structure.

Depuis lors, le système a gagné en ampleur puisque en 2010, la CNSA a réparti les enveloppes anticipées des années à venir à hauteur de :

Année concernée	Personnes âgées		Personnes handicapées	
	en pourcentage moyen d'une tranche annuelle de plan	en montant	en pourcentage moyen d'une tranche annuelle de plan	en montant
2011	84%	74 147 104 €	70%	103 205 337 €
2012	71%	90 024 406 €	71%	107 974 302 €
2013	Solde du PSGA	9 720 000 €	60%	92 340 000 €

- Des délégations de crédits adaptées au calendrier d'ouverture des places nouvelles

L'ONDAM médico-social est depuis plusieurs années marqué par une sous-consommation des crédits qui résulte notamment des délais importants d'installation des établissements. C'est suite à ce constat que le système des enveloppes anticipées a été conçu. Le contexte financier actuel incite à poursuivre le mouvement initié avec ce dispositif.

Ce système entre donc dans une nouvelle phase en 2011: l'ONDAM 2011 a en effet été élaboré en n'inscrivant en loi de financement de la sécurité sociale que les seuls crédits de paiement nécessaires au fonctionnement des places installées au 31 décembre 2010.

Ce nouveau dispositif pose le caractère indispensable des prévisions d'installation effective, par les ARS, des places autorisées au titre des plans et pour lesquelles les enveloppes anticipées servent à cadrer la limite des engagements.

Conclusion de la première partie

Le Schéma régional d'organisation médico-social conçu par la loi HPST doit faire évoluer l'organisation des services collectifs médico-sociaux pour améliorer l'autonomie et la qualité de vie de la population en situation de handicap, de perte d'autonomie ou présentant des difficultés spécifiques à tous les âges de la vie.

Il s'agit de choisir des objectifs opérationnels qui, fondés sur des priorités clairement définies et repérables, partagées tant par les partenaires que par la population, auront un impact réel sur l'organisation du système médico-social de la région dans les 5 ans à venir.

Préambule

Le schéma régional constitue un **levier d'action** sur l'organisation des activités médico-sociales **pour orienter les autorisations et les financements** des établissements et services à destination des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie : son contenu doit permettre, à partir de **l'identification partagée des besoins prioritaires**, de formuler **des objectifs opérationnels valorisés financièrement**, orientant plus directement les rôles et les projets des acteurs que ce soit au travers du nouveau régime d'autorisation ou par l'allocation de ressources et la contractualisation.

La construction du premier SROMS 2011-2015, composante du projet régional de santé (PRS), au regard et en complément des schémas départementaux redéfinis adoptés par les conseils généraux, doit conduire à franchir **une nouvelle étape dans la planification médico-sociale, de tradition départementaliste à partir d'un existant variable et en évolution**. Cela nécessitera de mettre en avant les tensions et cohérences entre le schéma régional d'organisation médico-sociale et les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

En effet, le nouveau dispositif législatif met fin au schéma régional conçu comme l'addition des schémas départementaux, tel que prévu par la loi 2002-02. Il s'agit désormais de la traduction au sein de l'organisation médico-sociale, de la stratégie régionale de santé. Pour autant, les Départements de par leurs compétences étendues d'action et de prestations sociales, leurs autres politiques environnementales et territoriales, la présence territorialisée de leurs services, disposent de leviers importants pour connaître et intervenir auprès des populations : ainsi, quels sont les points communs entre le schéma régional et les schémas départementaux ? Quelles sont les complémentarités ? Quelles sont les nouvelles cohérences à identifier et comment le faire ?

Le présent guide méthodologique s'attache à répondre à ces questions et à en relever les écueils, liés notamment à la mise en œuvre de démarches parallèles ou non synchronisées, à la segmentation persistante et aux discontinuités territoriales, dans un contexte de déficit dans l'observation partagée et croisée des capacités d'intervention face aux besoins de services médico-sociaux de la population en perte d'autonomie.

Dans cette nouvelle étape, 3 questions principales sont posées aux schémas en région :

1- Comment améliorer **l'accessibilité des services** aux différents niveaux territoriaux (continuité entre les niveaux départemental et régional) par type de problématique ?
Exemples de questionnements significatifs : les services disponibles en région sont-ils accessibles sur tous les territoires et pour la diversité des besoins ? Quelle est l'expression qualitative et quantitative de la demande des usagers en matière d'accessibilité territoriale ? Quels sont les délais d'accès aux services ?

Un outil à la disposition des ARS : le répertoire cartographique³

2- Comment engager un progrès, désormais indispensable sur l'ensemble du territoire, de **l'efficience de l'offre** existante (en qualité et en coût) ?

Exemples de questionnements significatifs : A travers la mesure des délais d'accès, des amplitudes d'ouverture des ESMS, des écarts de coûts, la mesure des besoins d'adaptation (exemple : besoins liés au vieillissement des personnes handicapées), par quels leviers l'organisation des services peut-elle être optimisée et dans quels domaines, dans quelles fonctions (exemple : prévention des hospitalisations en urgence, coordination de parcours, hébergement séquentiel ou permanent, accueils de jour) ? Quel stade de coordination inter services est atteint au sein du territoire de santé par type de services et de publics ?

Un outil à la disposition des ARS : la revue des indicateurs utilisés dans le champ médico-social⁴

³ Téléchargeable sur le site internet de la CNSA.

⁴ Idem.

3- Comment répondre aux **besoins de développement** d'une offre de services encore insuffisante sur certains besoins, inégalement répartie sur le territoire, et interrogée par l'émergence de nouvelles problématiques (exemple des troubles envahissants du développement) ?

Exemples de questionnements significatifs : Quels sont les besoins prioritaires de services supplémentaires ? Où ?

En complément de ces 3 questions portant sur les organisations, le schéma régional d'organisation médico-sociale est le garant de la mise en œuvre de fortes transversalités avec d'autres activités et acteurs :

- ✓ Transversalités avec les politiques sociales (« le SROMS est établi au regard des schémas départementaux d'action sociale et médico-sociale » L1434-12 CSP).
- ✓ Transversalités avec les politiques de soins (« le SROMS veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale » L1434-12 du CSP).
- ✓ Transversalités entre domaines stratégiques en santé :
 - ex : Entre handicap et perte d'autonomie lié au vieillissement
 - Santé mentale
 - Périnatalité
 - Maladies chroniques.

Ces transversalités peuvent toucher à l'organisation complémentaire des activités de soins, de prévention et médico-sociales et concerner l'amélioration des parcours de soins et de vie⁵. Elles sont d'autant plus exigeantes à organiser qu'elles doivent s'inscrire dans la durée et dans des lieux de vie aux statuts différents⁶.

La méthode : comment construire un diagnostic partagé et une approche multidimensionnelle...

En quoi consiste l'approche multidimensionnelle en matière de diagnostic dans l'exercice de planification que constitue l'élaboration du SROMS ?

L'approche multidimensionnelle des organisations permet de croiser les différentes approches à promouvoir dans le cadre du diagnostic partagé :

- Une approche des organisations qui privilégie l'accès au droit commun de tous et qui promeut une subsidiarité entre le droit commun, l'adaptation du droit commun et la mise en place de dispositifs spécifiques ;
- Une approche transversale des modalités d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie et des rôles des acteurs ;
- Une analyse des organisations à prévoir le cas échéant par type de handicaps et par période de vie ;
- Une analyse des modalités d'organisation en fonction de la complexité des accompagnements requis, des réponses correspondantes et des territoires pertinents d'intervention ;
- Une approche territoriale du déploiement des services médico-sociaux avec ou sans hébergement.

...pour répondre à l'individualisation des prises en charge dans les parcours de vie

A partir de cette approche multidimensionnelle, l'objectif est de traduire dans l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale et au regard des schémas départementaux les différentes modalités possibles d'évolution des organisations pour répondre à l'individualisation des prises en charge, dans les parcours de vie.

Il s'agira donc de pouvoir répondre aux questions suivantes :

- Comment passer de l'individuel au collectif ?
- Comment situer systématiquement les réponses spécifiques en subsidiarité des réponses de droit commun ?
- Comment identifier, à partir d'une approche par les parcours de vie, les répercussions organisationnelles de cette approche ?

⁵ Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS

⁶ cf. Travaux de la mission nationale d'appui en santé mentale, à paraître (mai 2011) autour des hospitalisations de longue durée en psychiatrie et notamment le guide pour une démarche plurielle de conduite du changement. Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie.

Les éléments de méthodologie qui suivent ont donc pour objectif d'éclairer la démarche des ARS dans cet exercice totalement nouveau qu'est le SROMS et ce, quel que soit l'état d'avancement de leurs travaux.

Le guide permettra selon le cas, soit de démarrer une analyse, soit d'en interroger la pertinence et de compléter, si nécessaire, une étape déjà engagée.

Le but	Le chapitre 1 (pages 24 à 40) définit ce que doit être ce nouveau SROMS dans le nouveau contexte de planification en santé et d'allocation budgétaire médico-sociale : périmètre comparé, environnement, de la déclinaison stratégique à la déclinaison opérationnelle. Ce volet est stable à 5 ans et doit être clair pour l'ensemble des acteurs.
Les chemins	Le chapitre 2 (pages 41 à 54) propose un processus de détermination progressif de priorisations d'actions, en cohérence avec les principes d'aide à l'autonomie et d'intégration à promouvoir, en illustrant l'approche multidimensionnelle des problématiques susceptibles d'être traitées en fonction de la situation en région.
Les repères et aides aux questionnements thématiques pour construire les contenus du SROMS	Le chapitre 3 (pages 55 à 78) complété des fiches « questions et repères » en annexe propose des synthèses de questionnement sur des sujets récurrents mais non exhaustifs , pouvant servir au stade du diagnostic partagé comme au stade de la formulation des objectifs opérationnels précis et mesurables. Le guide méthodologique ayant une conception évolutive pourra être ajusté et complété en particulier sur ce versant.
L'appui opérationnel à la finalisation du SROMS	Les chapitres IV à VII sont particulièrement destinés aux ARS dans la phase de synthèse, pour positionner les objectifs, dans une démarche comportant des points forts et des points de vigilance, qu'il est utile d'identifier, y compris pour en faire une ou des actions support du schéma régional, l'inscrivant ainsi dans le court, moyen et long terme.

I- Le contenu attendu du SROMS et son environnement

La construction du schéma régional d'organisation médico-sociale s'inscrit en déclinaison du PRS.

Ce nouvel instrument doit se définir successivement dans ses liens :

- avec le niveau stratégique du PRS, c'est-à-dire le PSRS (I-1),
- avec les programmes, dont pour une part du champ médico-social (handicap et perte d'autonomie), le programme obligatoire que constitue le PRIAC (I-2)
- avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale redéfinis dans la loi HPST à l'article L312-5 du code de l'action sociale et des familles (I-3) et dans son contenu attendu (I-4).

I-1/ Le SROMS et le PSRS

Le schéma régional d'organisation médico-sociale définit l'ensemble des objectifs opérationnels permettant d'atteindre, dans l'organisation des services et des établissements médico-sociaux et dans ses interactions avec les autres acteurs de la politique de santé, les objectifs généraux et spécifiques des futurs PSRS.

Ces objectifs opérationnels portent sur le domaine stratégique Handicap et Vieillesse (santé au grand âge) qui constitue l'un des cinq domaines stratégiques identifiés par le Conseil national de Pilotage des ARS à traiter dans chaque PRS.

Le schéma régional d'organisation médico-sociale est aussi contributeur pour les domaines stratégiques suivants :

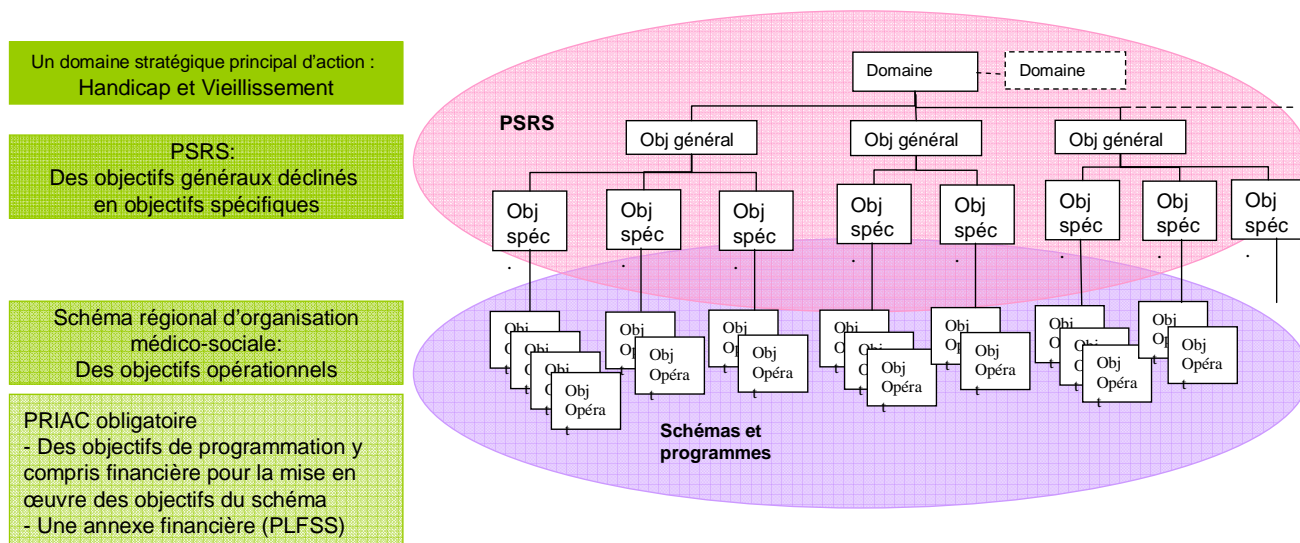
- périnatalité et petite enfance,
- maladies chroniques,
- ainsi que pour le domaine identifié collectivement comme un domaine stratégique à forte transversalité : la santé mentale et le handicap psychique.

Les addictions sont également identifiées comme un domaine de transversalités entre les 3 schémas régionaux.

Si l'ensemble du PRS a vocation à promouvoir les actions de soutien à une réelle transversalité entre les différentes composantes du système de santé, la loi HPST et ses textes d'application prévoient spécifiquement que le SROMS veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale.

Le SROMS fixe également les objectifs opérationnels impactant les activités médico-sociales en matière d'efficience du système de santé ; l'efficience constituant un objectif transversal du PSRS et des 3 schémas.

Arborescence et niveaux de rédaction des objectifs du PRS



Source : Document méthodologique PRS

Là où le **PSRS va fixer**, à partir des politiques nationales et du contexte régional, des priorités régionales à 5 ans en termes d'égalité devant la santé, de préservation de la capacité d'autonomie de chacun et de qualité de vie des personnes (...), **le SROMS va fixer les objectifs opérationnels prioritaires quantifiés et précis**⁷ relatifs à l'organisation des activités et services médico-sociaux dans les territoires pour mieux répondre aux besoins diversifiés des personnes (cf. infra : définition des objectifs quantifiés par territoire prioritaire).

Ces objectifs sont relatifs à l'accessibilité, à l'efficacité, à la qualité, à l'adaptation, au développement si nécessaire de l'offre de services collective, qui dans le secteur médico-social, est constituée, pour 75 à 90 % de ses budgets, de charges de personnels pluridisciplinaires.

Le SROMS a vocation à identifier, à partir du diagnostic des ressources existantes par territoires, les marges et objectifs de transformation et d'optimisation, y compris entre les acteurs (enjeu de cohérence, de continuité et de mutualisation).

⁷ Cf. sous-partie V de la 2^{ème} partie du présent document

Illustration :

Le PSRS de la région X identifie, dans le domaine stratégique Handicap et vieillissement :

3 objectifs généraux : améliorer la qualité de vie en santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap vivant à domicile ; renforcer l'accès à la détection et à l'action précoce du handicap sur l'ensemble des territoires régionaux ; accroître les services pour les adultes handicapés dans les 2 territoires prioritaires X et Y.

Ces 3 objectifs sont déclinés en objectifs spécifiques :

Pour l'objectif général 1,

Ex 1.1 : appuyer les médecins traitants dans leurs interventions auprès des PA et PH à domicile (impact SROS et SROMS)

Ex 1.2 : structurer par territoire les professionnels et services intervenant à domicile tels que les libéraux, l'HAD, les SSIAD, en lien avec les autres services aux personnes (impact SROS et SROMS et Schémas départementaux PA et PH).

Ex 1.3 : soutenir les intervenants à domicile pour prévenir les ruptures de soins (SROMS et Programmes).

Le SROMS, pour atteindre les objectifs spécifiques précédents, précisera, par territoire, les objectifs opérationnels relatifs aux activités médico-sociales à mettre en œuvre à 5 ans, assortis des indicateurs physiques et financiers (estimatifs à ce stade).

Il veillera aux équilibres entre territoires.

Ainsi par exemple, pour la concrétisation de l'objectif spécifique 2, peuvent être définis 3 objectifs opérationnels :

Ex : Objectif opérationnel 1 (Performance) : à partir du diagnostic des ressources (quantité, accès des personnes âgées et handicapées, activité...) réalisé par territoire de proximité au sein des territoires de santé, redéfinir l'organisation territoriale cible des SSIAD accessibles 7J/7 en tenant compte de l'activité libérale (AIS/AMI) et des complémentarités avec l'HAD.

Ex : Objectif opérationnel 2 (Développement) : renforcer les capacités d'intervention sur X zones de proximité prioritaires, au sein des Y territoires de santé.

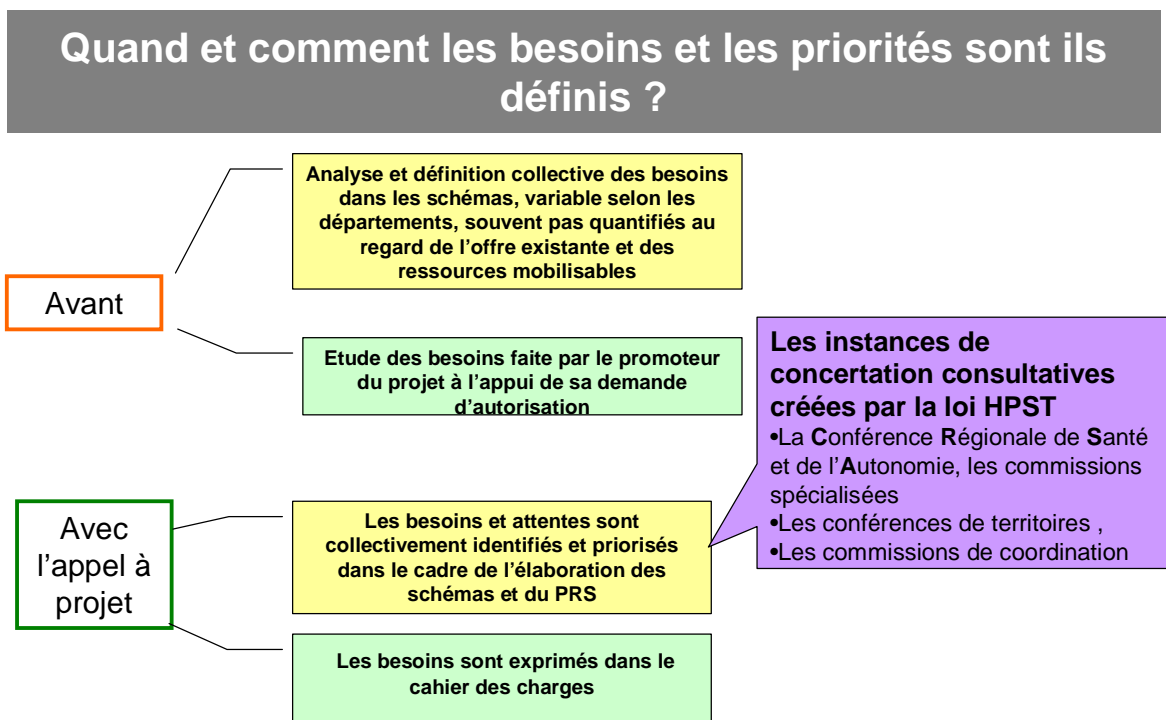
Ex : Objectif opérationnel 3 (Performance-Qualité) : assurer la participation des services médico-sociaux à la prévention et à la détection de la dénutrition à domicile (protocoles/recommandations/formation/soutien d'équipes gériatriques ...).

Les programmes :

Le PRIAC précisera, par année et par territoire infra régional, le volume financier consacré par objectifs opérationnels assortis des indicateurs de prestations, les actions d'optimisation, de transformation, de développement.

Si l'on poursuit l'exemple de l'objectif opérationnel 3, une partie de sa mise en œuvre appelle en complément, un programme de formation et de qualification des intervenants à domicile pour les soutenir dans ce rôle.

Pour élaborer les objectifs opérationnels, l'analyse des besoins des publics en situation de handicap, de perte d'autonomie, ou à besoins spécifiques, relève donc dorénavant du Plan stratégique régional de santé et des Schémas régionaux, adoptés au regard des schémas départementaux. Cette analyse des besoins comporte une **exigence d'approfondissement et d'adhésion des acteurs impliqués** compte tenu du modèle social du Handicap rappelé dans la première partie et ce, malgré les faiblesses pointées collectivement dans la connaissance des besoins des personnes handicapées et en perte d'autonomie. L'appui méthodologique national sur ce point permettra de renforcer la connaissance des populations et de leurs besoins pendant toute la durée du schéma et de favoriser le partage des travaux menés en région.



Le modèle nouveau issu du PRS, qui fait reposer l'analyse des besoins sur le SROMS, constitue une **transformation profonde** au regard du régime antérieur d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, qui faisait **auparavant reposer l'analyse des besoins spécifiques sur chaque promoteur d'un projet** soumis à autorisation. **La responsabilité de cette détermination revient désormais *in fine* aux décideurs publics compétents et tout particulièrement aux ARS, en coordination étroite avec les Conseils Généraux.**

I-2/ le SROMS et le PRIAC

Rappel sur les principes et la pratique antérieurs à la loi HPST

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) est un outil de programmation pluriannuelle prévisionnelle créé par la loi du 11 février 2005.

Adopté par le Préfet de région et 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 médico-social, après concertation avec les Conseils généraux. Il est actualisé chaque année et consolidable nationalement à travers un cadre de synthèse national. Ses annexes financières précisent le cadrage financier total pour l'année en cours et un cadrage financier partiel pour les années suivantes.

Son adoption se fonde sur la priorisation des besoins identifiés en amont par les schémas d'action sociale.

Il a, avant adoption du PRS, une double fonction ascendante et descendante.

Au niveau local il sert à orienter la stratégie d'évolutions des acteurs et permet une lisibilité sur les objectifs de l'Etat et sur les financements susceptibles d'être alloués (leviers autorisation et financement).

Au niveau national, les PRIAC servent à la CNSA et à la DGCS pour préparer et suivre les Plans et programmes nationaux (tendances, écarts, inégalités entre régions...) et à la CNSA, avant la mise en place des ARS, pour répartir les financements jusqu'au niveau départemental.

La pluri annualité budgétaire mise en œuvre par le mécanisme des enveloppes anticipées allouées par la CNSA à partir de 2007 a permis au PRIAC de constituer un outil incontournable de priorisation pluriannuelle des financements dans les 26 régions.

Dans la pratique, et en l'état des travaux de planification partagée en région⁸ les PRIAC ont constitué une étape de régionalisation des choix, sans instrument régional de planification. Selon les régions le degré de priorisation des besoins et des objectifs d'une part et la prise en compte des capacités à faire d'autre part ont été inégalement réalistes⁹.

Ce qui change avec la loi HPST

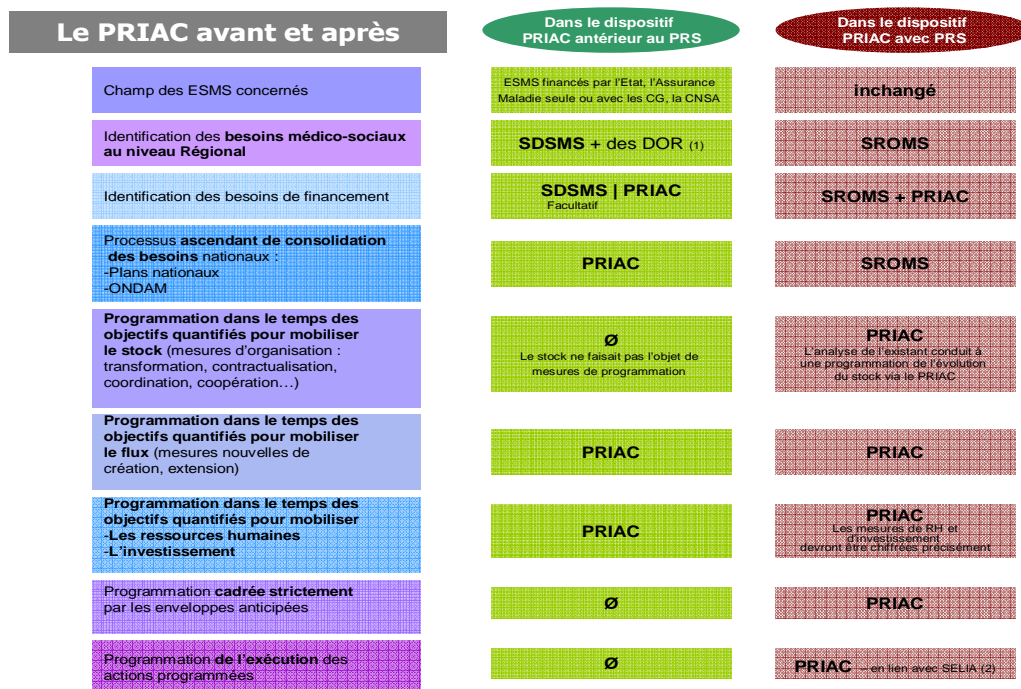
La loi HPST, qui a créé les ARS et mis en place le projet régional de santé, a maintenu le PRIAC comme un programme obligatoire au sein du PRS.

Une fois le SROMS adopté, qui porte, avec le PSRS, la question des besoins et des priorités, le PRIAC se recentrera sur la programmation financière, dans un contexte de mutation du pilotage budgétaire par l'objectif global de dépenses (OGD) en autorisations d'engagement et crédits de paiement (AE/CP).

Cette programmation financière, plus fine sur l'ensemble de la période, doit s'intéresser à l'ensemble des impacts financiers. Le schéma représentatif qui suit en est l'illustration.

⁸ Cf. sous-partie I C de la 2^{ème} partie du document : état de la planification médico-sociale,

⁹ Rapport IGAS 2010- Documentation Française



Le PRIAC devient l'outil de programmation financière et opérationnelle dans le cycle planification-autorisation-financement :

- Le PRIAC est un outil de programmation financière et opérationnelle des enveloppes anticipées. Il permet de programmer les actions de manière pluriannuelle dans le cadre des enveloppes notifiées.

- Le PRIAC est aussi l'outil de programmation opérationnelle en vue d'une régulation

* Régulation par les appels à projets (y compris en vue de transformations).

* Régulation par les autorisations qu'elles soient ou pas délivrées à l'issue d'appels à projet.

Les PRIAC doivent permettre de tenir un calendrier prévisionnel des appels à projets et une programmation des autorisations, en lien avec les appels à projet, déclinées par la suite en années d'ouverture (en lien avec SELIA).

En phase transitoire les appels à projets peuvent être programmés et lancés sur la base du PRIAC actualisé et adopté en 2010.

* Régulation par l'allocation de ressources

Si le PRIAC doit servir à programmer de manière opérationnelle les mouvements de « flux », à savoir la mobilisation des enveloppes de mesures nouvelles, il doit également permettre demain de programmer les mouvements de stocks, c'est-à-dire la mobilisation des crédits de l'enveloppe notifiée consacrés à la contractualisation, la transformation, la coopération, les marges d'optimisation..

- De même, le PRIAC doit constituer, comme c'est déjà le cas en partie, mais de manière encore approfondie, l'outil de programmation des actions supports de l'évolution, de l'adaptation et de la structuration de l'offre médico-sociale : programmation des opérations d'investissement, programmation des actions de renforcement des ressources humaines.

- Enfin, le PRIAC doit permettre de programmer l'exécution des actions (en lien avec SELIA), dans le cadre du passage en AE/CP.

Un document méthodologique particulier spécifique à l'évolution du PRIAC sera réalisé.

I-3/ Les interfaces entre le SROMS et les schémas départementaux en région

Le SROMS dans sa conception nouvelle n'est plus l'addition des schémas départementaux mais il est défini au regard des schémas départementaux (a). Comment concevoir, dans le nouveau cadre juridique les cohérences et les complémentarités entre les 2 instruments de planification (b) ?

a) L'état actuel des planifications et programmations médico-sociales :

La synthèse nationale :

* **Un ancrage départementaliste** sauf pour les handicaps sensoriels et la rééducation professionnelle : quel état des lieux en région ?

* **Des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, dont le nombre est en progression mais qui ne couvrent pas l'ensemble des domaines sociaux et médico-sociaux ni tous les départements :**

Sur 100 départements, 90 disposent d'un schéma en vigueur ou en cours d'élaboration pour les personnes âgées, 76 pour l'enfance handicapée et 82 pour les adultes handicapés.

Certains départements en sont à la troisième génération de schéma d'organisation sociale et médico-sociale avec des contenus et périmètres qui ont évolué dans le temps. D'autres ont des pratiques discontinues en ce domaine. Alors que la loi de 2004 confiait au président du Conseil général seul la définition d'un schéma d'action sociale et médico-sociale global, les schémas adoptés dans la dernière période restent souvent des schémas sectoriels par publics, les liens entre protection de l'enfance, soutien aux familles et handicap sont peu présents. Certains identifient explicitement les interactions avec les autres politiques départementales (transport, habitat, développement durable...) faisant évoluer les schémas classiques d'équipements médico-sociaux vers des schémas de développement territorial. La CNSA a été sollicitée par quelques conseils généraux pour travailler à la construction des convergences entre les services pour personnes âgées et pour personnes handicapées, dans l'esprit de la loi du 11 février 2005 dans le cadre de la révision de leurs schémas. Cela reste à construire.

En l'absence de socle minimal commun, les schémas départementaux au sein des régions comme au niveau national ne sont pas consolidables. En cela, leur exploitation ne permet pas de contribuer à la détermination des priorités nationales, ce que le PRIAC, créé en 2006, a permis sur le versant des priorités de financement en ESMS. Les méthodologies d'analyse des besoins varient, comportant toujours des analyses démographiques, des approches territoriales, des apports qualitatifs sur le fonctionnement des ESMS mais soulignent les difficultés de détermination des besoins sociaux et médico-sociaux des populations concernées, à la fois pour des raisons de méthode et de système d'information. Néanmoins des expériences d'observation partagée existent sur lesquelles s'appuyer.

L'investissement national sur la recherche et la connaissance pluridisciplinaire dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie avec la DREES, l'IRESP, l'ONFRIH et en partenariat avec l'INSERM et l'ANR, soutenu par la CNSA, doit à l'avenir appuyer les travaux en région.

Le présent guide méthodologique pour l'élaboration du SROMS s'efforce de porter à connaissance les éléments documentaires utiles pour éclairer les questions des décideurs locaux et renouveler les modes d'approche d'un système de réponses publiques complexes¹⁰.

Dotées de plans d'action, les dimensions quantitative et programmatique des schémas départementaux (identification des territoires prioritaires, traduction financière et dans le temps) sont inégalement précises.

* **Dans chaque région, des PRIAC actualisés en 2010 ont été adoptés et consolidés nationalement en juillet par la CNSA¹¹** sur le champ de la perte d'autonomie. Ils constituent une première priorisation au sein de la région avec les limites évoquées plus haut.

¹⁰ Cf. Sous partie II, II-1) de la 2^{ème} partie du présent document, relative à l'analyse des besoins.

¹¹ Cf. document d'analyse national des PRIAC actualisés en 2010, téléchargeable sur l'extranet de la CNSA

*** Une majorité de régions dispose d'un schéma régional des addictions et quelques régions d'un schéma régional de la rééducation professionnelle : ces derniers ne sont pas consolidables au niveau national.**

b) Les schémas départementaux et le SROMS ont désormais un périmètre propre mais qui comporte de nombreux points de complémentarités voire de partage.

La notion d'action médico-sociale telle que décrite à l'article L116-1 du code de l'action sociale et des familles tend à promouvoir l'autonomie comme un objectif dans lequel s'inscrivent les deux types de schémas. La population commune ciblée par les schémas est constituée des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie.

Un certain nombre de précisions doivent donc être apportées à ces deux périmètres. En effet, si certains champs sont respectifs à chacun des schémas (1), leur périmètre peut cependant être complémentaire (2) voire partagé (3).

1- Des champs respectifs à chaque schéma...

1-1 Les besoins auxquels les schémas répondent ne sont pas tous identiques :

Ce que disent les textes :

Les schémas départementaux répondent aux besoins sociaux de la population visée (article L312-4 CASF) :

- besoins en matière d'accès aux droits
- besoins en matière de logement
- besoins en matière de transport
- besoins en matière d'insertion et d'accompagnement social
- besoins en matière d'accès aux dispositifs sportifs, culturels (...)

Ce cadrage correspond aux compétences des Conseils généraux en matière d'action sociale et territoriale, au sens large (transports, logement, insertion, protection de l'enfance et de la famille, etc.), et dans le champ de la perte d'autonomie à ses responsabilités particulières en matière de compensation individuelle. Ces compétences sont mises en œuvre par les services départementaux présents dans les territoires.

Il peut être souligné que dans l'esprit de la loi du 11 février 2005, de plus en plus de Conseils généraux réfléchissent à une nouvelle génération de schémas départementaux dépassant l'approche par public.

Exemple :

Axe 1 du schéma Gironde pour les personnes âgées : affirmer la place de chacun dans la société, contribuer aux échanges inter générations et améliorer l'image de la vieillesse.

Axe 1-2-4 du schéma départemental de l'Hérault en faveur des adultes handicapés visant à favoriser l'accès à la culture et aux loisirs.

Les schémas régionaux répondent aux besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux (R1434-6 CSP).

Conséquences pour les SROMS :

1/ Les fonctions médico-sociales d'accueil, orientation et évaluation sont principalement présentes dans le schéma départemental.

Il est proposé d'envisager les principaux contenus de services des prestations délivrées par le secteur médico-social aux personnes à travers une approche par fonctions médico-sociales et pour entrer dans une logique de services.

Ces principales fonctions peuvent être identifiées de la manière suivante, de manière à ouvrir le dialogue entre les acteurs :

- ❖ Fonction accueil information
- ❖ Fonction évaluation-orientation
- ❖ Fonction d'accompagnement médico-social sur les lieux de vie
- ❖ Fonction d'accueil médico-social et d'activités de jour

- ❖ Fonction d'hébergement médico-social
- ❖ Fonction de coordination des parcours et des institutions
- ❖ Fonction ressources
- ❖ Fonction observation.

Une fonction « accès aux soins et à la prévention » pourrait également être envisagée (qui permet d'articuler les fonctions médico-sociales et celles du champ sanitaire et de la prévention cf. § 1.2).

La fonction accueil-information et la fonction évaluation-orientation répondent aux besoins sociaux relatifs à l'accès aux droits des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie. Sous compétence principalement départementale, ces fonctions constituent des points d'ancrage essentiels pour l'ARS (point d'entrée de la personne dans le dispositif, évaluation multidimensionnelle, garantie de la bonne orientation et de la fluidité du parcours...).

Exemples :

- *Axe 3 du schéma Gironde pour les personnes âgées : favoriser la coordination des actions et des interventions autour de la personne âgée*
- *Travaux menés par l'Observatoire national de l'action décentralisée (ODAS) en partenariat avec la CNSA et la DGCS sur la territorialisation de l'accueil, de l'information, de l'évaluation, de la pré-orientation des personnes âgées ou handicapées¹². Ces travaux permettront d'identifier, notamment, le mode de déconcentration des fonctions d'accueil et d'orientation, mais également les rapprochements, sur ces fonctions, des approches de la dépendance et du handicap.*

Toutefois, cette fonction est partagée avec l'ARS sur le volet du repérage précoce. Elle nécessite ainsi un dialogue permanent et une articulation entre les dispositifs départementaux et régionaux.

2/ Les populations cibles ne sont pas strictement les mêmes

Dès lors que les besoins auxquels répondent les schémas régionaux et les schémas départementaux sont différents, le type de population destinataire des actions mises en œuvre par chacun d'eux est susceptible d'être différent.

En effet, le schéma départemental répond à des besoins sociaux en population générale, il s'adresse donc à l'ensemble de la population âgée et handicapée. Le schéma régional répond à des besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, ce qui peut être considéré comme une réponse aux situations nécessitant une réponse plus complexe ou plus lourde.

Exemple :

Dans le champ des personnes âgées, le schéma départemental a vocation à répondre aux besoins sociaux des personnes âgées, incluant les besoins liés à la prévention de la dépendance, au maintien à domicile. Le schéma régional répond plus prioritairement aux besoins de santé des populations les plus dépendantes. A ce titre, on peut envisager que, compte tenu de leurs leviers respectifs, les populations auxquelles répondent les 2 niveaux de schémas ne sont pas prioritairement les mêmes : population à partir de 60 ans pour les schémas départementaux ; populations plutôt comprises à partir des tranches d'âge de 75 ans et + pour le schéma régional.

1-2 Certains leviers pour y répondre sont propres :

Ce que disent les textes :

Les schémas départementaux déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale (L312-4 CASF).

Les schémas régionaux déterminent l'évolution de l'offre médico-sociale souhaitable pour répondre aux besoins.

Conséquences pour les SROMS :

Chaque schéma porte sur ses propres leviers.

¹² Le point d'étape de ces travaux est disponible sur l'extranet de la CNSA.

Le schéma régional ne peut se décliner en plan d'action que pour l'évolution de sa propre offre : les indicateurs de résultat et d'impact ne pourront faire l'objet d'une évaluation que pour ce qui relève des leviers en propres. Ces leviers sont notamment constitués des outils permettant de faire évoluer l'offre médico-sociale sous compétence ARS.

2- ...Mais des champs pour chaque schéma qui sont complémentaires...

2-1 L'exigence d'accessibilité posée aux deux schémas au niveau territorial : complémentarité des réponses

Ce que disent les textes :

L'objectif des schémas départementaux est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité (article L312-5 CASF).

Le schéma régional prend en compte les schémas départementaux et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le PSRS (article R1434-6 CSP).

Conséquences pour les SROMS :

1/ Le SROMS doit identifier les besoins spécifiquement régionaux.

Cela positionne l'échelon régional, d'un point de vue territorial, dans une dimension de complémentarité avec l'échelon départemental.

Exemples :

Identification (par le schéma départemental et/ou le schéma régional) de besoins régionaux du fait du petit nombre de personnes concernées. C'est le cas par exemple des questions de déficience sensorielle, des questions à problématique complexe (populations accueillies dans certaines MAS ou FAM). Schématiquement, qu'il s'agisse de la population en situation de handicap ou de perte d'autonomie, la représentation suivante pourrait être envisagée, permettant de croiser une approche par la fréquence des situations, la complexité des réponses requises et les niveaux territoriaux d'intervention correspondants :

Situations/technicité	Simple	Complexe	Très complexe
fréquence élevée			
fréquence modérée			
fréquence rare voire exceptionnelle			

Organisation de proximité (bleu clair) Organisation régionale (bleu) Organisation Nationale (bleu foncé) Organisation Nationale avec des connexions internationales (bleu très foncé)

Les besoins spécifiquement régionaux peuvent également être liés à la réalisation, par l'échelon régional, de certaines fonctions médico-sociales :

- fonction ressources, sur certaines situations de handicap, dont la pertinence régionale est évidente.

Exemple : les centres de ressources autisme ont une vocation régionale. Certains dispositifs de ressources pourront même avoir une dimension interrégionale voire nationale (centres de ressources sur les handicaps rares).

- fonction d'hébergement médicalisé, qui ne comporte pas d'exigence de proximité avec les lieux de vie des personnes, contrairement aux fonctions d'accueil médico-social de jour ou d'accompagnement médico-social sur les lieux de vie

Exemple : les MAS accueillant les populations les plus lourdement handicapées pourraient constituer une offre médico-sociale à recrutement régional permettant un accompagnement médico-social requérant une expertise plus technique sur des situations plus complexes.

2/ Une exigence d'accessibilité qui s'impose au schéma régional et aux schémas départementaux

La dimension territoriale des schémas est fondamentale également parce que les territoires de référence de ces schémas doivent interagir entre eux : le territoire de proximité s'inscrit au sein du territoire de santé, lui-même constituant une partie du territoire régional.

Ainsi, l'obligation d'accessibilité qui s'impose à chacun des schémas doit se concevoir simultanément. L'offre médico-sociale inscrite dans un territoire doit répondre aux différents échelons territoriaux.

Exemple : L'organisation territoriale de l'action précoce peut être conçue de manière à ce que l'échelon régional, présentant une offre très spécialisée, soit relayé par l'échelon du territoire de santé, où une offre polyvalente est présente, organisée le cas échéant en une offre de proximité elle-même polyvalente ou moins spécialisée (en lien avec les services de PMI notamment). Cette organisation nécessite que l'offre de proximité soit organisée de manière à offrir un service réellement polyvalent, qui peut recourir à l'échelon régional dès lors qu'un approfondissement de l'expertise s'avèrerait nécessaire.

2-2 Une exigence de continuité des parcours qui s'impose à chacun des schémas

Ce que disent les textes :

Le schéma régional veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'ARS (L1434-12 CSP).

Le schéma régional détermine l'évolution de l'offre médico-sociale souhaitable au regard de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante (R1434-6 2° CSP).

Le schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie (L1434-12 CSP).

Le schéma régional prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (R1434-6 CSP).

Le schéma régional apprécie les besoins [...] au regard des choix de vie exprimés par les personnes [...] (R1434-6 CSP).

Le schéma départemental répond aux besoins sociaux (L312-4 CASF).

Conséquences pour les SROMS :

Une obligation repose sur le SROMS d'envisager l'ensemble des transversalités entre les acteurs de la santé pour garantir la fluidité du parcours de soins dans le parcours de vie.

Ainsi, cette obligation renvoie-t-elle à la question des transversalités évoquée dans le § III de la 2^{ème} partie du présent document.

Cette obligation se double de celle de garantir les transversalités entre les domaines relevant de sa compétence et ceux relevant de la compétence départementale pour garantir la fluidité des parcours de vie.

Exemple :

L'accès aux soins des personnes handicapées devra être envisagé de manière globale : il s'agit d'un sujet du SROMS ainsi que des autres schémas régionaux. Ce volet pourra aussi bien concerner les personnes handicapées à domicile ou en établissement, qu'il s'agisse du public relevant de l'offre médico-sociale régionale ou de l'offre sociale et médico-sociale départementale.

La fluidité et la continuité des parcours des adolescents et jeunes adultes en situation de handicap devront impérativement être envisagées comme un sujet de complémentarité entre la politique régionale et les politiques départementales.

Le sujet du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est un sujet de complémentarité totale entre le SROMS (qui devra garantir les transversalités à opérer avec l'offre régionale globale) et les schémas départementaux.

3)...Voire des champs de compétence qui peuvent être partagés.

Les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux constituent des contenus partagés entre les SROMS et les schémas départementaux.

3-1 Une compétence commune concertée : la meilleure connaissance des besoins de prévention

Ce que disent les textes :

Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, le schéma régional prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées (L1434-12 CSP)

Conséquences pour les SROMS :

Le sujet de la prévention constitue un champ de compétence partagé avec les conseils généraux pour ce qui est notamment de la connaissance des besoins.

Les conseils généraux, avec la mise en œuvre de la fonction évaluation, doublée de la fonction observation (mission légale des MDPH, mission des CLIC, travaux des équipes médico-sociales APA...), disposent de données d'analyse en matière de prévention des handicaps et de perte d'autonomie.

Exemples :

Identification, par les équipes médico-sociales APA, sur un territoire, de facteurs de fragilité susceptibles de nécessiter des actions de prévention (isolement, malnutrition, troubles sensoriels, santé mentale...).

Identification, en lien avec les MDPH, de situations « à risque » comme les situations d'isolement pour les personnes handicapées vieillissantes à domicile.

3-2 Une compétence partagée : la réponse à certains besoins d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux

Ce que disent les textes :

Dans une logique de continuité des parcours de vie, la plupart des réponses médico-sociales relevant de l'un ou l'autre des schémas seront susceptibles de s'adresser, simultanément ou successivement, aux mêmes personnes.

L'approche par fonctions évoquée dans le §1 a permis d'identifier certaines fonctions présentes principalement dans les schémas départementaux. Pour ce qui est de la plupart des fonctions médico-sociales identifiées, elles sont communes au SROMS et aux schémas départementaux. C'est ainsi que les fonctions :

- d'accompagnement médico-social sur les lieux de vie,
- d'accueil médico-social et d'activités de jour,
- d'hébergement médico-social

seront complémentaires aux deux schémas.

La fonction de coordination des parcours et des institutions est commune à ces deux schémas.

De même certains accompagnements sont complémentaires et relèvent des deux types de schémas, comme c'est le cas de l'hébergement des travailleurs handicapés employés en ESAT.

Conséquences pour les SROMS :

Des fonctions médico-sociales partagées nécessitent :

Un diagnostic partagé des besoins, une programmation conjointe des évolutions de l'offre médico-sociale correspondantes, des coordinations de parcours et de professionnels à penser ensemble et à assurer conjointement.

Exemple :

L'accompagnement médico-social sur les lieux de vie des personnes âgées est une fonction remplie par une offre complémentaire de services à domicile, services de soins spécialisés à domicile. Ces services peuvent en outre être organisés en services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

L'accueil médico-social et les activités de jour nécessitent l'activation de leviers relevant à la fois du SROMS et des schémas départementaux (accueils de jour).

L'hébergement médico-social à destination des personnes handicapées est à la fois une fonction relevant des schémas départementaux et du SROMS. Le point de complémentarité devra être identifié avec le besoin plus ou moins important de médicalisation de cet hébergement (complémentarité et subsidiarité des réponses entre le foyer de vie, le foyer d'accueil médicalisé, la maison d'accueil spécialisée).

3-3 Des leviers partagés : les modalités d'évolution de l'offre médico-sociale

Ce que disent les textes :

Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article [L. 312-1](#) et à l'article [L. 314-3-3](#) du code de l'action sociale et des familles (L1434-12 CSP).

Il 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. (R1434-6 CSP).

Il précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale (R1434-6 CSP).

Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services.

Ils précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services (L312-4 CASF).

Conséquences pour le SROMS :

Qu'il s'agisse d'une action portant sur l'existant ou d'objectifs de création, les leviers des différents schémas en matière d'évolution de l'offre sont les mêmes. Ils nécessitent donc une analyse préalable partagée qui puisse déboucher sur des programmations communes et la mobilisation d'outils communs tels que les appels à projets.

Exemples :

Suite à l'analyse commune de la nécessité de réduire les inégalités territoriales pour l'accès aux équipements à domicile sur un territoire donné, programmation cohérente d'une offre complémentaire de services à domicile.

Dans le cadre d'une approche parcours de vie, identification commune d'une difficulté de prise en charge de jeunes adultes sortant d'IME et programmation d'une offre conjointe d'IMPRO, de SAMSAH professionnels et de logements adaptés sur le territoire.

Dans le cadre du développement de l'offre relevant du maintien à domicile, les dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement temporaire devront faire l'objet d'une analyse collective, identifiant notamment les soutiens spécifiques de certains départements : aide sociale légale ou facultative, travaux particuliers sur les plans d'aide, soutien aux gestionnaires...

Des travaux complémentaires au niveau national :

La question des interfaces entre les schémas départementaux et le SROMS peut être alimentée par deux travaux menés au niveau national et financièrement soutenus par la CNSA :

- Une analyse nationale des schémas départementaux, pilotée par l'ANCREAI, afin d'en dégager une vue d'ensemble et des tendances. Ce travail, disponible en mai 2011, s'appuie sur les synthèses régionales des schémas départementaux, réalisées en 2010 par les CREAL et disponibles pour les ARS.

- *Travaux menés par l'Observatoire national de l'action décentralisée (ODAS) en partenariat avec la CNSA et la DGCS sur la territorialisation de l'accueil, de l'information, de l'évaluation, de la pré-orientation des personnes âgées ou handicapées. Ces travaux seront disponibles en juin 2011.*

I-4/ Le SROMS et les contrats locaux de santé

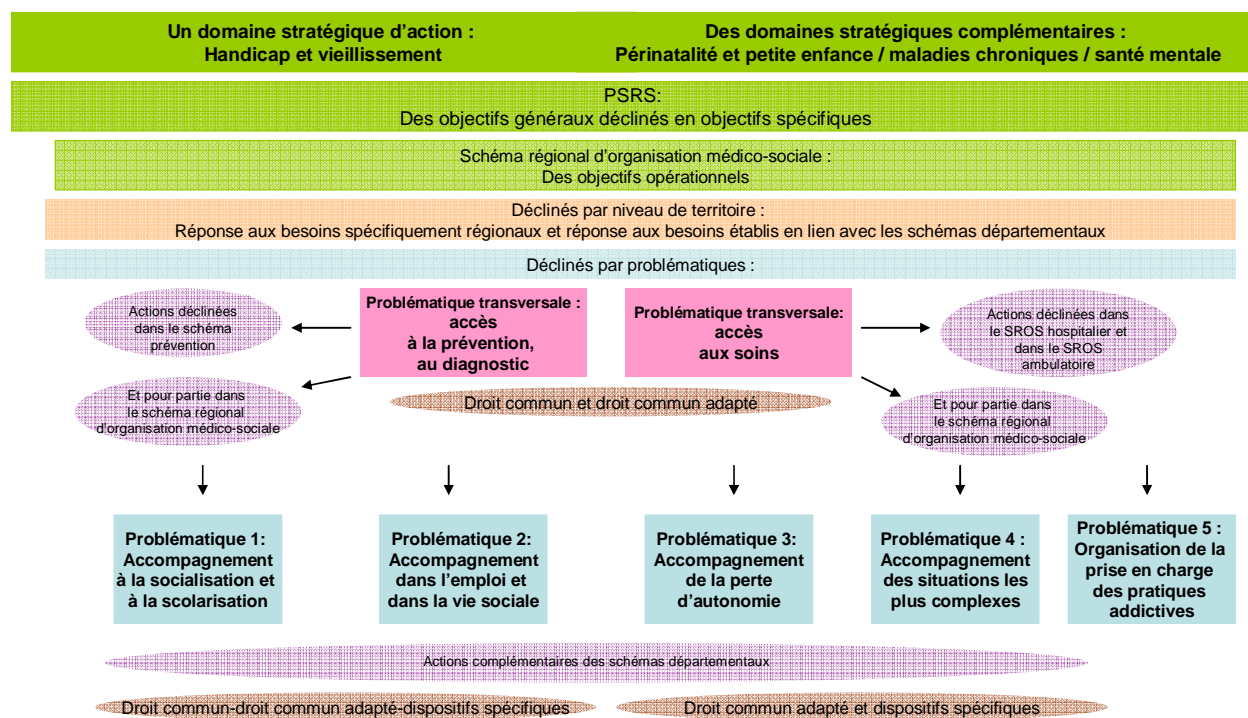
Pour l'élaboration et la mise en œuvre des contrats locaux de santé, dont la déclinaison peut porter ou non sur le champ médico-social, un guide des contrats locaux de santé (kit méthodologique des contrats locaux de santé) a été réalisé et est disponible pour les ARS sur le share point du secrétariat général des ministères.

Il a vocation à constituer la consolidation du partenariat local sur les questions de santé et à ce titre, pourra décliner, de manière opérationnelle, des enjeux prioritaires comportant un volet médico-social.

A titre d'exemple, le contrat local de santé pourra comprendre des objectifs de réorganisation de l'offre de services médico-sociaux en réponse aux problématiques d'accessibilité sur un territoire donné : les leviers mobilisés (contractualisation, regroupement, évolution des agréments en matière de zones de desserte...) devront alors intégrer les objectifs fixés au niveau local.

I-5/ Le SROMS dans son périmètre opérationnel attendu

La structuration et le contenu du SROMS



La présentation ci-dessus permet d'apporter une vision intégrée du SROMS au sein du PRS comprenant ses déclinaisons par problématiques issues des axes de transversalités avec les autres schémas :

- Problématique d'accès à la prévention et au diagnostic des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie.

- Problématique d'accès aux soins (ambulatoires et hospitaliers de ces personnes).¹³

Ainsi que les problématiques liées à une approche par parcours de vie, permettant d'identifier des moments clés porteurs de rupture et susceptibles de questionner fortement les organisations :

- Problématique accompagnement à la socialisation et à la scolarisation.

- Problématique accompagnement dans l'emploi et dans la vie sociale.

- Problématique accompagnement de la perte d'autonomie.

- Problématique accompagnement des situations les plus complexes.

- Problématique organisation de la prise en charge des pratiques addictives.

Ces différentes problématiques sont amenées à se croiser et à générer les questionnements propres à faire évoluer les organisations : croisement des analyses de l'activité médico-sociale par domaine de la vie, conformément à une approche de promotion de la qualité de vie.¹⁴ Ces approches qui devront se croiser permettent, pour l'ensemble de ces problématiques, de mobiliser des leviers propres aux ARS.

¹³ Une analyse de ces problématiques transversalités est proposée dans le présent document, dans la sous partie III, III-1 « questionnements relatifs aux transversalités au sein de l'ARS ».

¹⁴ Cf. la sous partie II, de la 2^{ème} partie du présent document relative à la méthode.

Le contenu attendu du SROMS

1	Le diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le diagnostic des besoins ▪ Le diagnostic des ressources
2-1	Les actions propres à garantir l'accès à la prévention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les actions qui s'imposent au SROMS et qui visent à garantir l'amélioration de l'accès à la prévention
2-2	Les actions propres à garantir l'accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les actions qui s'imposent au SROMS et qui visent à garantir l'amélioration de l'accès aux soins
2-3	Les actions de fluidité des parcours	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les actions qui s'imposent au SROMS et qui visent à garantir la fluidité des parcours de soins au sein du parcours de vie
3	Les actions de coordination avec les schémas départementaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les actions propres à favoriser les liens ou communes avec les schémas départementaux
4	Les actions d'optimisation des organisations, d'efficacité et de qualité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions d'adaptation et de transformation des organisations ▪ Actions visant la réduction des inégalités territoriales ▪ Actions d'optimisation des coûts et d'amélioration de la qualité ▪ Actions visant l'amélioration de l'accessibilité ▪ Objectifs de mutualisation / coordination
5	Les actions de développement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création
6	Les actions portant sur les leviers et supports	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressources Humaines ▪ Investissement ▪ Observation ▪ Communication

L'ensemble des séquences relatives au **contenu attendu du SROMS**, conçu à partir de la vision intégrée présentée supra, permettent au SROMS de répondre aux objectifs posés :

Séquence 1 : Le diagnostic partagé, priorisé et territorial

Le diagnostic d'ensemble engagé depuis le premier semestre 2010 pour l'élaboration des PRS sert également pour le SROMS.

Au stade de la fixation des objectifs opérationnels impactant l'organisation des activités médico-sociales, des approfondissements sur la caractérisation des besoins en services médico-sociaux et sur la caractérisation des ressources mobilisables peuvent être nécessaires.

De plus, même si le PSRS se centre sur un nombre limité de priorités d'amélioration, la nécessaire identification d'un diagnostic minimal du dispositif médico-social dans son ensemble, en début de PRS, est indispensable pour évaluer la situation en fin de PRS (suivi et évaluation).

Compte tenu de la dimension environnementale des handicaps et de l'enjeu de mobilisation des acteurs sur le partage des priorités et l'engagement dans les transformations attendues pour mieux répondre aux besoins, ce diagnostic doit être multidimensionnel¹⁵ et partagé par les représentants des personnes concernées et leurs aidants, et par les institutions et professionnels du secteur.

Séquences 2 à 3 : Les transversalités au sein de l'ARS et hors de l'ARS

Les actions transversales attendues du SROMS sont développées dans les séquences 2 à 3 : transversalités entre activités de santé ; transversalités de fonction et d'organisation pour appuyer les continuités de parcours ; transversalités entre le niveau régional en santé et les politiques départementales menées par les Départements.

Séquences 4 et 5 : L'évolution et l'adaptation des organisations

Les séquences 4 et 5 déterminent les objectifs opérationnels relatifs à l'optimisation de l'organisation des établissements et services et aux domaines d'activités à développer.

Séquence 6 : Les actions supports

La séquence 6 porte sur les actions propres à permettre les évolutions des organisations médico-sociales (ressources humaines et investissement) ainsi que sur les actions supports tels que la mise en place d'une observation régionale partagée.

La première génération des SROMS doit ouvrir ces différentes dimensions, en l'état des informations capitalisées.

S'agissant d'un premier exercice, sous contrainte d'information et de temps, il est vraisemblable qu'un certain nombre de problématiques devront donner lieu à des approfondissements au-delà de l'adoption du SROMS. Toutefois, **la première génération de SROMS doit identifier a minima la**

¹⁵ Cf. sous-partie II de la 2^{ème} partie relative à la méthode

situation de référence de la région au regard de ses besoins spécifiques ainsi que les objectifs à cinq ans pour ce qui concerne les priorités contenues dans les plans nationaux (Plan Solidarité Grand-Age, Plan Alzheimer, Programme pluriannuel de création de places, Plan Autisme).

Au regard de ce socle minimum commun, la représentation schématique qui suit constitue une proposition de trame en vue de la consolidation nationale.

Trame de synthèse du SROMS en vue de la consolidation nationale

SROMS				
Les priorités régionales	Le chiffrage	Le public	Les territoires	Les indicateurs
Rappel de la base initiale				
Transformation	Mesures physiques - Mesures financières	Clientèles FINESS - Lien avec la vision synoptique des publics en situation de handicap et de perte d'autonomie (présentée au 3/ du II-2 de la 2 ^{ème} partie du guide)		Valeurs de référence et valeurs cibles
Réduction des écarts				
→ Optimisation des coûts				
→ Réduction des inégalités territoriales				
Accessibilité				
→ Diversification				
Mutualisation				
Coordination				
Mesures nouvelles notifiées				
Création				
Total des impacts				

Le chiffrage des objectifs du SROMS, rapporté à un public cible et mesuré sous forme d'indicateurs initiaux et cibles, se rapporte aux objectifs quantitatifs visés à la sous-partie IV de la 2^{ème} partie du présent guide.

Afin de faciliter l'exercice de chiffrage des objectifs opérationnels, il est recommandé d'identifier au sein des bases initiales (avant SROMS) le découpage des enveloppes entre enfants, adultes, personnes âgées, services, établissements. Il sera alors possible, dans un deuxième temps, pour l'ARS, de chiffrer, au sein de l'enveloppe, la proportion des moyens consacrés à chacune des actions prioritaires dans la région au sein de la base (transformation, optimisation des coûts, mutualisation...) et par la suite pour les mesures nouvelles (création).

Les éléments méthodologiques fournis ci-après, qui constituent des documents de travail illustratifs et conçus comme évolutifs, visent à aider aux questionnements avec les acteurs.

II- La méthode : comment dégager les objectifs d'organisation à partir d'un diagnostic partagé et d'une approche multidimensionnelle ?

La méthode qui suit constitue une proposition de réponse à la question de savoir comment construire les réponses dans le SROMS en vue du socle minimal commun.

Le cheminement qui va être présenté permet *in fine* de construire le contenu du SROMS tel que rappelé dans la représentation schématique suivante :

Le contenu attendu du SROMS

1	Le diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> Le diagnostic des besoins Le diagnostic des ressources
2-1	Les actions propres à garantir l'accès à la prévention	<ul style="list-style-type: none"> Les actions qui s'imposent au SROMS et qui visent à garantir l'amélioration de l'accès à la prévention
2-2	Les actions propres à garantir l'accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> Les actions qui s'imposent au SROMS et qui visent à garantir l'amélioration de l'accès aux soins
2-3	Les actions de fluidité des parcours	<ul style="list-style-type: none"> Les actions qui s'imposent au SROMS et qui visent à garantir la fluidité des parcours de soins au sein du parcours de vie
3	Les actions de coordination avec les schémas départementaux	<ul style="list-style-type: none"> Les actions propres à favoriser les liens ou communes avec les schémas départementaux
4	Les actions d'optimisation des organisations, d'efficacité et de qualité	<ul style="list-style-type: none"> Actions d'adaptation et de transformation des organisations Actions visant la réduction des inégalités territoriales Actions d'optimisation des coûts et d'amélioration de la qualité Actions visant l'amélioration de l'accessibilité Objectifs de mutualisation / coordination
5	Les actions de développement	<ul style="list-style-type: none"> Création
6	Les actions portant sur les leviers et supports	<ul style="list-style-type: none"> Ressources Humaines Investissement Observation Communication

Il s'agit, à partir des éléments de méthode proposés, de répondre à ces questions :

Comment réaliser le diagnostic partagé, territorial et priorisé (séquence 1 ci-dessus) ?

→ Le cheminement pour la mise en œuvre opérationnelle du diagnostic se situe aux § II-1 et II-2 de la présente sous-partie intitulée « méthode ».

Comment identifier les actions propres à favoriser l'accès à la prévention et aux soins (séquences 2-1 et 2-2) et permettant d'améliorer la fluidité des parcours (séquence 2-3) ?

→ Les questionnements relatifs aux transversalités au sein de l'ARS, traités dans la troisième sous-partie de la partie II du présent guide permettent d'aider les ARS à la construction de réponses sur ces thèmes.

Comment identifier de manière partagée des actions communes aux schémas départementaux et au SROMS (séquence 3) ?

→ Ces problématiques, si elles sont abordées au fil du présent document compte tenu du caractère complémentaire des programmations régionale et départementale, sont éclaircies notamment au § I-3 de la première sous-partie et pourront également trouver un certain nombre de réponses à travers les fiches questions-repères situées en annexe du présent document.

Comment valoriser les actions d'amélioration des organisations et d'efficacité (séquence 4) ?

Comment identifier les besoins de développement (séquence 5) ?

→ Les modalités de valorisation des actions d'amélioration des organisations et d'efficacité ainsi que les actions de développement sont abordées dans la sous-partie II de la 2^{ème} sous-partie du présent guide et développées au fil des fiches questions-repères situées en annexe du présent guide.

Comment actionner les supports de l'offre médico-sociale (séquence 6) ?

→ Les actions supports de la mise en œuvre du SROMS sont abordées dans la sous-partie V de la 2^{ème} partie du présent guide.

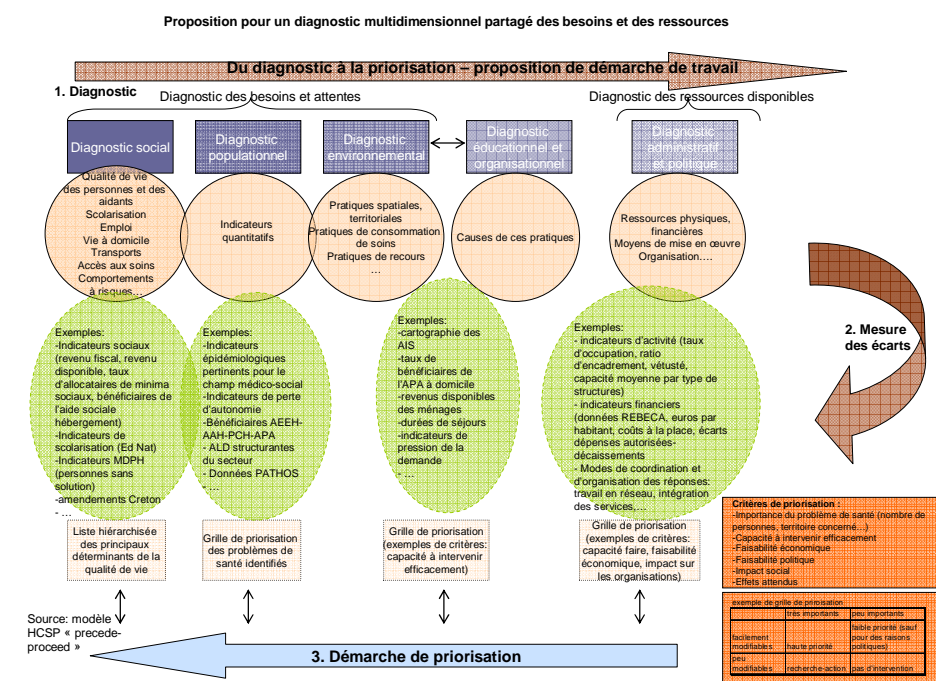
II-1/ Comment réaliser un diagnostic organisationnel des activités médico-sociales pour soutenir les parcours de vie des personnes ?

La 1^{ère} dimension du diagnostic : Un diagnostic multidimensionnel partagé et priorisé

Le modèle de diagnostic multidimensionnel partagé proposé est issu du modèle « Precede-Proceed » présenté par le Haut Conseil en Santé Publique¹⁶. Il s'agit d'un modèle opérationnel de cadre d'analyse des problèmes de santé publique. Ce modèle permet de procéder à un diagnostic global par étapes ou domaines, chacun étant constitué d'une série de questionnements structurants et d'indicateurs correspondants. Il ne s'agit pas d'étapes au sens chronologique du terme, mais bien de dimensions possibles du diagnostic, qui sont les suivantes :

- le diagnostic social,
- le diagnostic épidémiologique,
- le diagnostic environnemental,
- le diagnostic éducationnel et organisationnel,
- le diagnostic administratif et politique.

Pour chacun de ces domaines, mais aussi par leur interconnexion, est construit un diagnostic des attentes et des besoins, des ressources disponibles et de leur organisation pour y répondre. A partir de ce diagnostic croisé et successif, la mesure des écarts existants est alors possible et permet d'identifier, à partir de critères de priorisation identifiés en amont et au cours de la démarche, des problèmes de santé qui devront faire l'objet d'un diagnostic approfondi et/ou de la fixation d'objectifs de progrès sur la période.



Contextualisés dans le champ médico-social, ces différents domaines ne seront pas tous de la même ampleur. En effet, ce diagnostic par domaine doit être réalisé en l'état des connaissances disponibles dans le champ de la perte d'autonomie.

Les exemples d'indicateurs disponibles relatifs à ce diagnostic mettent en évidence que trois principaux domaines pourront être investigués pour la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale : il s'agit du diagnostic social, épidémiologique et administratif et politique. Sont toutefois présentés ci-après, en l'état des connaissances disponibles dans le champ médico-social, l'ensemble de ces différents domaines :

¹⁶ Rapport du HCSP, Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique, décembre 2009, téléchargeable sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000179/>

1- Le diagnostic social

Il s'agit de formuler les questionnements relatifs à la qualité de vie des personnes et de leurs aidants dans l'ensemble de ses dimensions. Quelle est la demande sociale et quelles sont les attentes des personnes en matière d'accompagnement médico-social ?

Dans la mesure où l'objectif est d'établir une liste hiérarchisée des principaux déterminants de la qualité de vie des personnes au sein de la région, plusieurs outils méthodologiques peuvent être mobilisés :

- Identifier les travaux réalisés par le secteur : livres blancs, études, enquêtes.
- Identifier les têtes de réseau en région (exemple : représentation en région du GR 31 présent au sein du conseil de la CNSA) et le cas échéant leur production au niveau local, en lien avec les productions réalisées au niveau national.
- Identifier les travaux menés par les instances de concertation : par exemple, quand les lieux institutionnels de concertation ont produit des rapports (CDCPH, suite des travaux Handiscol, les CODERPA, ex-CROSMS).
- Identifier le cas échéant des travaux de concertation menés par les Conseils généraux à l'occasion des schémas départementaux antérieurs.
- Faire émerger, via une méthodologie de questionnements, une expression collective des attentes des personnes.

→ Expression des attentes et des observations des professionnels (exemples : coordonnateurs d'équipes APA, de CLIC, d'équipes pluridisciplinaires MDPH, mais également gestionnaires d'établissements et services).

→ Expression des attentes des usagers (groupes usagers, associations représentatives des usagers)

→ Expression des attentes des aidants non professionnels : ils ont des attentes et une connaissance des besoins de l'usager et ils ont des besoins propres à mieux distinguer (exemples : la charte de l'UNAFAM, les familles des enfants accompagnés en CAMSP...).

Modalités possibles : Consultations publiques, « focus groupes », exercices collectifs de formulation des attentes pour un diagnostic partagé.

Exemple : travail de formalisation des attentes des usagers à propos des 8 missions des MDPH lors de leur mise en place réalisé sous l'égide de la mission de préfiguration de la CNSA et du DIPH (démarche de réunions suivies par des groupes constitués par type de handicap et à effectifs constants, rapport sous la forme de grilles de ces attentes et besoins).

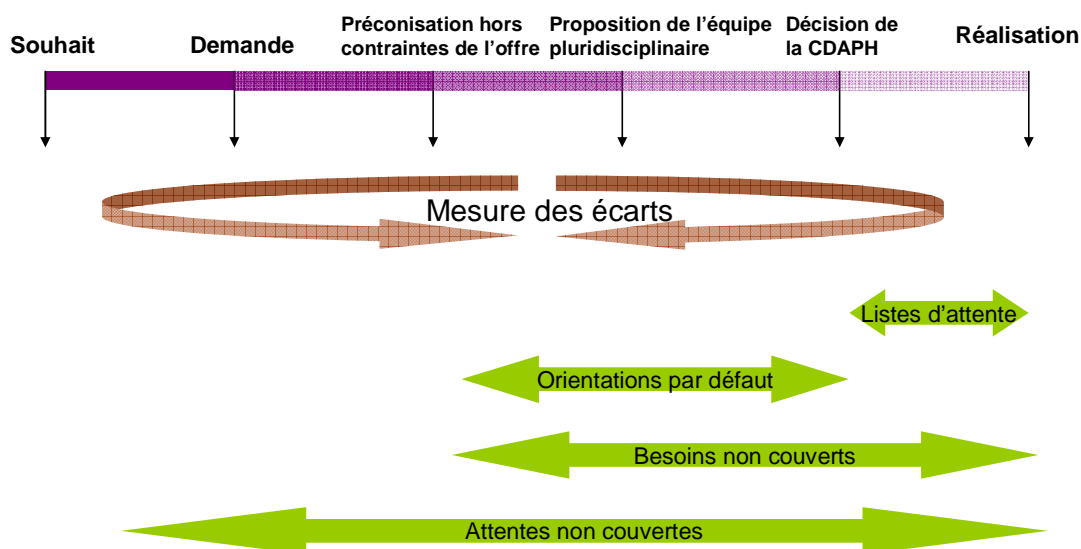
Points de vigilance :

Tenir compte de certains publics qui sont particulièrement vulnérables car ils n'expriment pas de demande (les personnes ayant un handicap psychique, les personnes en grande exclusion sociale, les personnes en situation complexe de handicap) ou n'ont pas de parole directe sur leurs besoins en santé (ex : les enfants notamment sous protection juridique).

Utilisation des données disponibles auprès des MDPH

Description schématique de l'analyse des besoins issus des données disponibles au sein de la MDPH :

Analyse des besoins collectifs à partir des besoins individuels : l'exemple de l'interprétation des données MDPH



2- Le diagnostic épidémiologique

Il s'agit d'examiner la population et son état de santé.

La méthode proposée repose sur quatre phases :

- secteurs d'informations à explorer,
- inventaire des données locales disponibles,
- définition des axes de travail à privilégier pour le SROMS de « première génération »,
- travaux spécifiques.

Première phase : secteurs d'informations à explorer – données nécessaires

Cette notion doit être analysée en faisant abstraction, dans un premier temps, des données existantes afin de définir une structure générale des informations utiles à l'élaboration des différents schémas d'organisation.

C'est sur cette base qu'il peut être envisagé de travailler à une convergence régionale des données.

L'objectif d'obtention des données manquantes au niveau départemental gagnerait d'ailleurs à être inscrit en tant que tel dans le SROMS de première génération. Sous l'égide de son conseil scientifique, la CNSA a diffusé en 2010 **le Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie**¹⁷ et l'a mis à disposition des ARS.

Les informations à utiliser pourraient être dans un premier temps les suivantes :

- Données démographiques : source INSEE (soumises aux contraintes statistiques définies par les directions régionales INSEE) :
 - Population recensée : par territoire de santé, et par zone infra-territoriale selon les découpages adoptés localement, basée sur le recensement. Le tableau exprimera les

¹⁷ Téléchargeable à l'adresse http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=818

effectifs par tranches d'âge quinquennales afin de permettre ultérieurement des regroupements pertinents selon les problématiques abordées.

- Projections de population : il sera possible d'appliquer le modèle OMPHALE de l'INSEE. Le niveau territorial considéré sera obligatoirement plus macroscopique. On vérifiera le seuil minimum de population appliqué par l'INSEE pour effectuer des projections. Le minimum au-delà duquel il ne sera pas possible de descendre est celui du territoire de santé.
 - Autres données démographiques : seront également considérés les taux de natalité, mortalité, indice de vieillissement, flux migratoires. A propos de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), il faut remarquer que l'usage de cet indicateur est très macroscopique. Il sera intéressant sans doute, et dans l'avenir, pour comparer les régions entre elles. Toutefois il n'est pas encore possible de recommander son utilisation au niveau des régions.
- Données de santé fonctionnelle: il est important de distinguer entre (1) les indicateurs permettant le dénombrement de la population entrant dans le champ de la compensation et (2) les indicateurs permettant l'appréciation des impacts pour les personnes.
 - 1) Les indicateurs permettant le dénombrement de la population entrant dans le champ de la compensation seront fondés sur les « déficiences » et « maladies chroniques spécifiques » (aspects organiques et fonctionnels et sur les « limitations fonctionnelles et restrictions d'activité » (aspect fonctionnel). Des indicateurs seront proposés pour chacun des deux domaines.
 - 2) Les indicateurs de handicap (au sens de « restriction de la participation sociale ») concerneront notamment les performances de déplacement dans l'espace et l'intégration dans la vie sociale (familiale, scolaire, professionnelle,...). Les indicateurs de ce domaine seront proposés ultérieurement.

Les données relatives à ces différents domaines sont rarement disponibles au niveau départemental. Un ordre de grandeur pourra être obtenu en se basant sur l'analyse des données nationales, notamment l'enquête Handicap Incapacité Dépendance (HID) et l'enquête Handicap-Santé. A titre indicatif, les taux obtenus au niveau national pourront être appliqués à la structure sexe-âge régionale, ou départementale. Il faut toutefois garder en mémoire que cette approximation néglige totalement les inégalités territoriales de santé.

Une fiche technique sera diffusée par la CNSA aux ARS pour proposer une sélection d'une vingtaine d'indicateurs respectant les conceptions de la CIF et proches de la nomenclature des déficiences incluses dans le système d'information des MDPH à travers le GEVA.

Quant à l'utilisation d'enquêtes particulières : exemple de PAQUID ou Handicap-Santé, il est fréquent qu'en l'absence de données régionales sur un problème de santé spécifique on opère en transposant les pourcentages observés dans le cadre d'une enquête particulière sur le sujet considéré, à la structure « sexe-âge » de la région (ou du territoire considéré).

C'est par exemple le cas pour procéder à l'estimation d'un nombre de personnes pouvant être touchées dans une région par la maladie d'Alzheimer (ou un trouble apparenté) quand on applique les pourcentages retrouvés dans l'enquête PAQUID à la structure d'âge de la région. C'est également le cas lorsqu'on applique aux effectifs par sexe et âge d'une région les estimations nationales qui ont été obtenues par l'enquête « Handicap – Incapacité Dépendance » (ou maintenant par l'enquête « Handicap Santé).

Cette pratique, si elle peut se faire, doit être considérée avec prudence pour les raisons suivantes :

- Les chiffres ainsi obtenus ne sont qu'indicatifs, car la procédure suppose une homogénéité ou une similitude complète entre le territoire où s'est déroulée l'enquête (exemple les départements de la Gironde et de la Dordogne pour PAQUID) et le territoire sur lequel on transfère les estimations. Dans les faits il y a le plus souvent des différences concernant des aspects liés au problème étudié (exemple : la composition selon la catégorie socioprofessionnelle).
- Dans ces domaines, il est prudent de considérer plusieurs sources de données.
- Il est indispensable d'examiner les indicateurs utilisés afin de savoir s'ils sont compatibles avec l'estimation recherchée.
- Il est bien entendu que seules les différences de structure d'âge et de sexe entre régions sont ici considérées.

Concernant la déclinaison départementale de ces données dans le cadre de SROMS de 1^{ère} génération, nous proposons :

- L'application des taux nationaux à partir de HID.
- Un travail sur les exploitations Handicap-Santé.
- L'inscription dans le schéma des objectifs pour négocier le recueil harmonisé des données dans les départements de la région.

A titre d'exemple, les travaux relatifs au système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH)¹⁸ incluent les données des MDPH liées aux demandes et aux décisions d'orientation vers les établissements et services médico-sociaux. La CNSA a par ailleurs engagé des travaux relatifs au suivi de l'effectivité des décisions notamment en ce qui concerne les orientations vers les ESMS.

Une notice relative aux données disponibles concernant la prévalence des déficiences et des limitations d'activité est annexée au présent guide.

Deuxième phase : inventaire des données locales disponibles

Il comprendra les éléments suivants :

- Analyse et comparaison des schémas départementaux de la région (enfance handicapée, adultes handicapés, personnes âgées) : existence, génération, date, travaux en cours pour la révision, niveau de recueil et d'analyse de données locales, comparatif entre départements¹⁹.
- Analyse des travaux régionaux déjà conduits : CREAIs, ORS, commande passée par l'ARH, la DRASS, études *ad hoc*, production de données, SROS, autres schémas, analyses préparatoires aux PRIAC, au document d'orientation régional.

Troisième phase : définition des axes de travail à privilégier pour le SROMS de « première génération » :

Méthode de définition des besoins par consensus des acteurs :

Identifier a priori, au vu du cadrage défini avec les données disponibles, les quelques problématiques prioritaires qui devront être plus spécifiquement creusées.

Une structure de pilotage doit être mise en place dans le cadre de la CRSA, et être en capacité de mener les concertations et disposer du temps nécessaire pour conduire les réflexions de manière suffisamment approfondie pour permettre l'émergence des avis.

Quatrième phase : travaux spécifiques

En fonction des axes de travail identifiés et des données manquantes, on recommandera la mise en place de travaux ad hoc, quantitatifs ou qualitatifs, et/ou de recueils de données plus systématisés et harmonisés au niveau régional (exemple : soutien et valorisation du système d'information des MDPH, amélioration quantitative et qualitative des listes d'attente par le respect de l'article R. 146-36 CASF par les ESMS, etc).

L'échéance des divers travaux devra être échelonnée tout au long de la durée du schéma en vue de l'élaboration du SROMS de deuxième génération. Un axe du schéma lui-même pourrait être : « améliorer la connaissance des besoins et des attentes des populations concernées ».

Parmi les travaux à envisager, il pourrait être intéressant d'entreprendre des analyses régionales de l'enquête ES : qualité des données, exploitations ciblées, ...

3- Le diagnostic environnemental couplé au diagnostic éducationnel et organisationnel

¹⁸ Prévu par la loi du 11 février 2005, le SipaPH (système d'information partagée pour l'autonomie des personnes handicapées) est un outil dit « décisionnel » qui met à disposition de différents acteurs, dont les ARS et les conseils généraux, des données de pilotage et de suivi de la politique du handicap sous forme d'indicateurs et de tableaux de bord. Ce système est notamment alimenté par les données collectées dans les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

¹⁹ Voir supra, l'encadré sur les analyses comparatives des schémas départementaux réalisées en 2010 par les CREAIs.

Il s'agit de réaliser un état des lieux des pratiques spatiales ou territoriales. Ces pratiques peuvent être des pratiques de consommation de soins ou de recours aux soins. Il peut également s'agir, dès lors que cela s'avère possible, de l'analyse des causes de ces pratiques (afin d'identifier les leviers permettant de les faire changer).

Exemples d'indicateurs pertinents pour documenter l'analyse des pratiques :

- les revenus disponibles des ménages (permettra d'alimenter la réflexion relative au reste à charge dans les EHPAD, voire dans certains établissements pour personnes handicapées) ;
- les durées de séjours ;
- les indicateurs de pression de la demande (cf. § relatif à l'analyse des besoins collectifs à partir des besoins individuels issus des MDPH).

Un autre intérêt de cette approche est d'aborder le secteur médico-social dans ses différentes complémentarités :

- Complémentarité entre l'offre médico-sociale et l'offre libérale ;

Exemple : cartographie des actes infirmiers de soins (réalisés par les infirmières libérales) mise en relation avec les SSIAD.

- Complémentarité entre l'offre en établissements et l'offre à domicile ;

Exemple : taux de bénéficiaires de l'APA à domicile, bénéficiaires de PCH (et montants).

Les limites du diagnostic environnemental appliqué au secteur médico-social notamment tiennent à deux aspects :

- La difficulté à identifier des indicateurs robustes (exemple : l'indicateur relatif aux listes d'attente dans les établissements et services médico-sociaux, qui est un indicateur de pression de la demande, n'est à ce jour pas disponible auprès des MDPH ou des ESMS).
- La difficulté à pouvoir interpréter l'ensemble de ces indicateurs et à identifier leurs conséquences pour le SROMS.

Une hypothèse consiste à préciser que ce diagnostic pourrait utilement être complété :

- de données comparatives territoriales ;
- d'études qualitatives réalisées au niveau régional.

4- Le diagnostic administratif et politique

Le diagnostic administratif et politique a vocation à produire un état des lieux de l'offre médico-sociale et des organisations relatives à cette offre.

Cet état des lieux doit porter sur plusieurs aspects :

- une identification des ressources par territoires
- l'analyse de l'activité
- l'analyse des ressources humaines
- l'analyse de la formation des coûts
- l'analyse de l'accessibilité (physique, territoriale, financière)
- l'analyse de l'intégration des services
- l'analyse de la coordination des réponses sur le territoire.

Ces différents volets des ressources existantes sont décrits à travers différents indicateurs disponibles au sein de l'ARS ou fournis par la CNSA.

L'effort doit porter sur une analyse plus systémique, pour repérer davantage les interactions, substitutions et comportements des acteurs pour dépasser les analyses segmentées équipement par équipement, trop souvent décrits uniquement au travers du taux d'équipement, à valoriser financièrement de manière systématique et, si possible, en impact-emplois.

Le diagnostic multidimensionnel partagé entre les différents acteurs constitue une première étape de l'état des lieux à réaliser en région. Compte tenu des données disponibles et exploitables dans le champ médico-social, ce diagnostic peut ne porter que sur quelques-unes des dimensions (dimension sociale, populationnelle, administrative et politique).

Cette première étape du diagnostic permet de réaliser une première hiérarchisation parmi les priorités régionales.

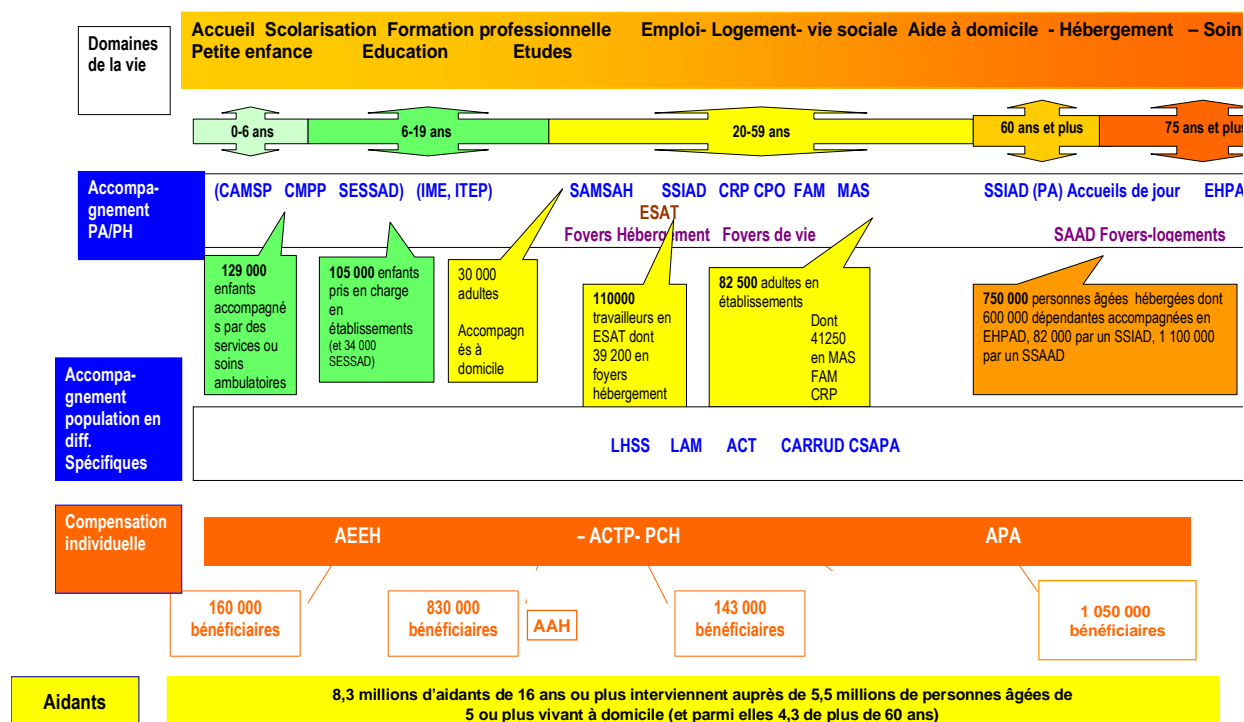
Elle peut être croisée à une approche complémentaire, celle des parcours de vie.

2^{ème} dimension : Un diagnostic croisé avec une approche par parcours de vie

L'objectif de cette deuxième dimension (qui peut intervenir dans le temps concomitamment à la première étape, de manière croisée avec le diagnostic global) est d'identifier les impacts organisationnels de l'approche par parcours de vie.

Le schéma ci-dessous permet de formaliser un usage ciblé des parcours par les âges clés, les moments de rupture (exemple : la petite enfance, l'adolescence, l'entrée dans l'emploi des jeunes adultes, le vieillissement des personnes handicapées, l'entrée en établissement des personnes âgées dépendantes...).

Accompagnement des personnes tout au long de la vie - Représentation synoptique des services médico-sociaux



Sources :

DREES, Statiss 2009, données au 1.1.2008
 DREES, EHPA 2007
 CNAF, données juin 2009
 CNSA, estimation données CAMSP (44 000), CMPP (34 000) et SESSAD
 Résultats provisoires diffusables de l'enquête sur les aidants informels des personnes ayant des problèmes de santé ou un handicap, conduite par la DREES en 2008

Compte tenu des sources mobilisables disponibles, il est possible de réaliser ce schéma en région, qui permet à la fois d'avoir une vision synthétique des activités médico-sociales et de cibler les problématiques prioritaires dans la région.

Une lecture croisée de la dimension parcours de vie dans le cadre du diagnostic multidimensionnel partagé permet :

- De commencer à formaliser un consensus régional sur les besoins et attentes prioritaires en fonction des moments clés identifiés à travers une lecture organisationnelle des parcours de vie.
- D'identifier les conséquences organisationnelles des parcours de vie en questionnant le diagnostic administratif et politique au regard des priorités identifiées au sein des parcours de vie et au vu des leviers disponibles au sein de l'ARS.

La première étape du diagnostic, consistant en la réalisation d'un diagnostic multidimensionnel croisé à une approche par parcours de vie permet donc de sélectionner un certain nombre de priorités de travail dans la région.

Ce premier niveau de priorisation peut ainsi être complété ou approfondi par une approche complémentaire de questionnement des organisations.

II-2/ Comment aller plus loin dans le diagnostic des organisations au vu des premières priorités identifiées ?

A partir des problématiques principales identifiées par âges clés au sein du parcours de vie, plusieurs dimensions complémentaires peuvent venir s'implémenter afin d'aboutir à un questionnement plus exhaustif des organisations dans l'ensemble de leurs dimensions :

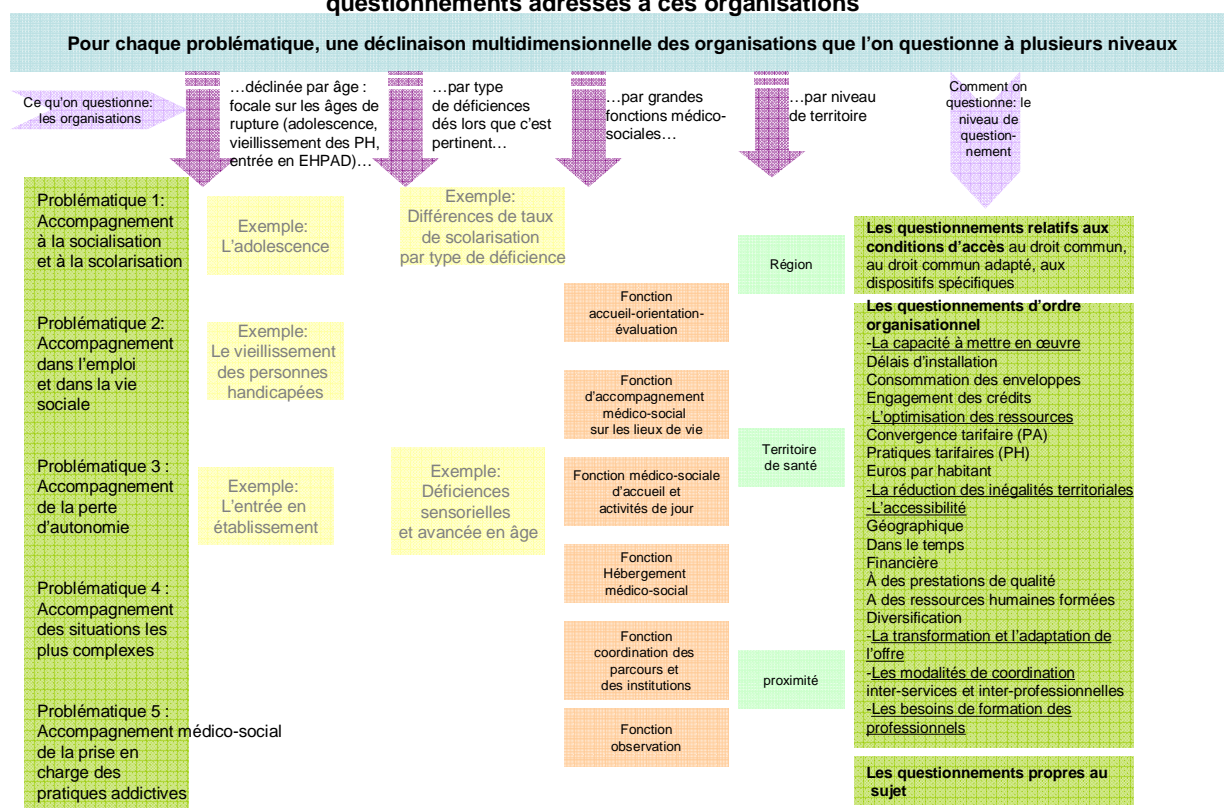
- La dimension des déficiences dès lors que c'est pertinent : introduire cette dimension permet d'approfondir les problématiques identifiées (exemple : la scolarisation des enfants handicapés moteur ne suit pas la même évolution que celle des enfants ayant une déficience intellectuelle).
- La dimension des fonctions médico-sociales réalisées : cette approche permet de dépasser une approche par catégorie de structures et permet d'engager une discussion particulièrement porteuse de sens avec les Conseils généraux.
- La dimension territoriale de l'offre médico-sociale : cette approche par les territoires, également riche pour le dialogue avec les Conseils Généraux, permet de compléter le diagnostic en le réalisant par territoire et par niveau de territoire pertinent. Elle permet également d'identifier les liens pertinents à formaliser, à consolider ou à construire entre les différents niveaux de territoire.

La représentation schématique ci-dessous permet d'envisager l'ensemble des questionnements posés aux organisations et leur caractère complémentaire. Les différentes approches complémentaires sont abordées successivement :

- l'approche par les fonctions médico-sociales (1),
- l'approche par la dimension territoriale (2),

Enfin, les modalités de croisement de ces différentes données et d'une approche par catégories de déficiences seront présentées (3).

La phase de diagnostic - Déclinaison multidimensionnelle des organisations...et questionnements adressés à ces organisations



1- Pour ce qui concerne l'approche diagnostique par les fonctions médico-sociales réalisées, un certain nombre de questionnements permettront de compléter le diagnostic organisationnel.

Exemples de questionnements :

La fonction accueil-orientation-évaluation est-elle réalisée de manière homogène sur l'ensemble du territoire ?

Ses modalités d'organisation permettent-elles un accès à l'ensemble des personnes concernées ?

L'évaluation multidimensionnelle est-elle réalisée pour l'ensemble des handicaps-déficiences conformément aux préconisations/recommandations existantes (exemple du handicap psychique) ?

La fonction évaluation / diagnostic / repérage pour la petite enfance et le rôle respectif des acteurs est-il identifié dans la région ?

La fonction orientation en SSIAD est-elle identifiée ? (liens à faire avec la gestion du risque).

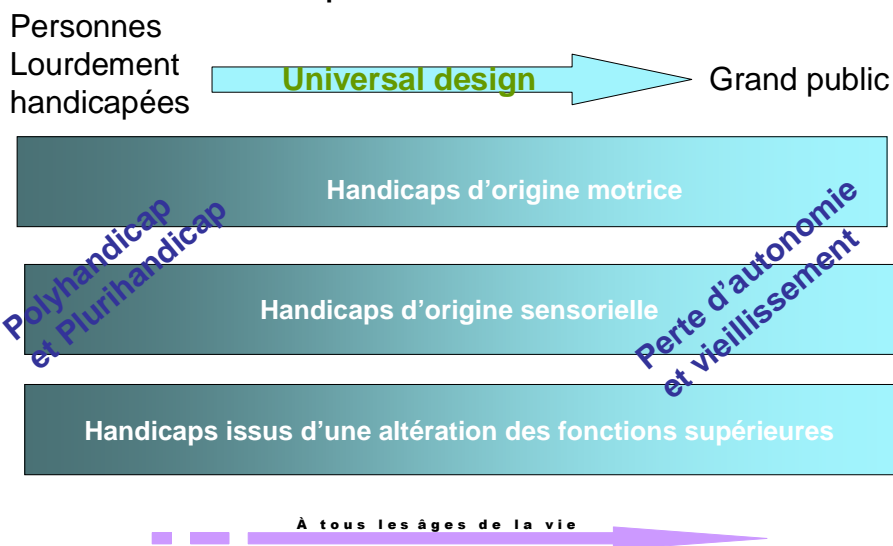
La fonction de coordination des parcours est-elle identifiée comme telle par les acteurs ?

Quels sont les manques en matière de coordination des parcours identifiés par les personnes ? Par les professionnels ?

2- La dimension territoriale permet d'une part de réaliser le diagnostic par niveaux de territoires pertinents et d'autre part d'identifier les relations pertinentes entre ces niveaux de territoires.

En effet, le schéma suivant, qui doit se lire à tous les âges de la vie, permet de croiser la problématique territoriale et celle de la technicité des interventions requises.

Vision synoptique des publics en situation de handicap ou de perte d'autonomie



A partir de cette classification, les questionnements structurants peuvent être :

1- Communs à tous types de handicaps ou à l'ensemble du champ de la perte d'autonomie et du vieillissement :

Questionnements structurants communs à tous types de handicaps :

- En termes d'adéquation de l'offre aux besoins :
 - Poids de l'accueil institutionnel par rapport à l'accompagnement en milieu ordinaire de vie ;
 - Diversification de la palette des réponses possibles aux différents types de besoin : autonomie dans les actes essentiels, activités domestiques et sociales, activités professionnelles et d'apprentissage, communication, mobilité...
 - Articulations entre les différents modes de réponse, entre accueil et accompagnement, entre appui par les professionnels et soutien aux aidants ;
 - Repérage et coordination des niveaux de recours, de la réponse généraliste de proximité à la réponse spécialisée de niveau régional et repérage des éventuels niveaux intermédiaires de recours ;
 - L'accès à la prévention et au dépistage ;
 - L'accès aux soins : comment est-il organisé, notamment dans sa double dimension d'accès aux soins « de droit commun » et aux soins spécifiques ?
- En termes de recours aux données disponibles :
 - Une meilleure observation des besoins non couverts nécessite de mobiliser les MDPH et les représentants des usagers.
 - Elle impose une action sur les établissements et services pour soutenir la démarche d'information des MDPH et un dialogue avec ces dernières pour documenter les listes d'attente.
 - La situation régionale doit être resituée dans une lecture comparée avec les données nationales, afin de tenir compte notamment des biais engendrés localement par les effets entre l'offre et la demande.

Questionnements structurants sur le champ de la perte d'autonomie et le vieillissement :

- Quelle géographie sociale du vieillissement en région et sa dynamique ?
- Quelle typologie des modes de prise en charge professionnelle :

- Pour l'aide à la vie quotidienne, avec notamment un diagnostic de la structuration des services d'accompagnement et d'aide à domicile ;
- Pour les soins : IDEL, SSIAD, centres de soins infirmiers, HAD, SPASAD, réseaux et équipes mobiles...
- Pour l'hébergement et les soins : EHPAD, USLD, SSR, hébergements temporaires et accueils de jour...
- Quel accès à l'offre de services, y compris en urgence, avec un croisement sur les inégalités territoriales ?
- Les filières gériatriques de soins sont-elles complètes et opérationnelles ?
- Quelle place des ex hôpitaux locaux dans le développement de l'offre médico-sociale ?
- Diagnostic de l'adaptation du parc d'établissements ;
- Diagnostic de la qualité de vie en EHPAD, à domicile, de la coordination autour des personnes, de l'accompagnement en fin de vie à domicile et en établissement.

2 – Spécifiques à une thématique :

A ce titre, **afin d'opérationnaliser la démarche d'élaboration du SROMS**, sont proposées en annexe au présent document une série de **fiches questions-repères**. Il s'agit de **fiches d'appui opérationnel à l'élaboration du schéma**. Ces fiches sont les suivantes :

→ Sur le champ des besoins spécifiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap :

- **La prévention et l'accompagnement précoce des enfants ;**
- **La scolarisation et la participation sociale des jeunes ;**
- **L'autisme et les troubles envahissants du développement ;**
- **La participation sociale et l'accès aux apprentissages des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques ;**
- **Le polyhandicap et les situations complexes de handicap ;**
- **L'insertion professionnelle ;**
- **Le vieillissement des personnes handicapées.**

→ Sur le champ des besoins spécifiques d'accompagnement des personnes âgées :

- **Les personnes âgées au domicile : parcours de vie et qualité des accompagnements ;**
- **Les soins palliatifs : volet médico-social du programme national.**

→ Sur une approche commune :

- **Les aidants familiaux : prise en compte de leurs attentes et besoins, et développement de l'offre de répit.**

→ Mais également :

- **Les addictions ;**
- **Les populations en difficultés spécifiques.**

Ces documents de travail ont fait l'objet d'une concertation au niveau national, mais également avec des représentants des ARS. Elles feront l'objet d'un suivi en continu, afin de les compléter, mais également d'impliquer des représentants du secteur médico-social. C'est dans cette optique que d'autres fiches seront produites ultérieurement.

II-3/ Pour appuyer la démarche de diagnostic priorisé : différents critères de priorisation

Pour appuyer la démarche de diagnostic partagé et priorisé, les critères de priorisation suivants permettent de **préciser les problématiques prioritaires au cours même de la réalisation du diagnostic**.

A partir des critères de détermination des priorités cités dans le Guide d'appui aux ARS pour l'élaboration du PSRS (octobre 2010), on peut proposer une série de questions à formuler, correspondant à des critères, permettant de classer les problèmes identifiés :

- Quelle est l'ampleur du problème ?

Exemple : nombre de personnes concernées par un problème et ampleur du décalage / nombre de places d'établissements ou de services constituant une réponse.

- Quelle est la sévérité du problème ?

Exemples :

Appréciée sur la base d'éléments objectifs : létalité, admissions en établissement de santé

Ou appréciée au vu d'éléments subjectifs : « valeurs », perception par la population, répercussion sur l'entourage, le corps social, etc., fragilité des personnes concernées

- Quelle est l'efficacité de la solution proposée ? Quelle capacité à intervenir efficacement ?

Exemples : interventions précoces sur les enfants, interventions aux moments de rupture qui vont empêcher des évolutions défavorables et coûteuses humainement et économiquement (sortie de la maternelle, sortie de la scolarisation avec accompagnement en primaire, protocole d'admission des personnes lourdement handicapées ou âgées à l'hôpital...), effet de telle programmation / action / service sur la morbidité, la mortalité.

- Quelle est la faisabilité de la solution ?

En termes :

- politique (ex : compatibilité avec les axes nationaux privilégiant le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, scolarisation des enfants)
- économique (ex : mise en regard des moyens et ressources mobilisés / résultats, quelle que soit leur précision compte tenu des données disponibles sur ces 2 points). Quels sont les scénarios possibles en termes de moyens ? C'est ensuite le PRIAC qui devra lister les actions pour la réalisation, parfois différée, des objectifs qui apparaissent nécessaires à ce stade.
- technique (ex : démographie médicale et paramédicale - mais en tenant compte ici des actions volontaristes des 2 autres schémas, et d'outils tels que la télémédecine)
- éthique etc....

- Quelle est l'acceptabilité par les partenaires ?

Exemples : négociations réellement menées ou envisageables avec les CG, prise en compte chaque fois que possible des schémas départementaux, des négociations avec l'Education Nationale...

- Quelle est la nécessité réelle d'une action spécifique ? - alors que des actions prévues dans les autres schémas existent et doivent toucher la population toute entière -.

III- Les questionnements complémentaires pour identifier les leviers d'action communs à l'ensemble de l'organisation médico-sociale

L'analyse multidimensionnelle et l'approche par parcours de vie permettent de questionner le champ médico-social dans ses organisations, et de distinguer les points de rupture, les niveaux insuffisants de prise en charge, les besoins d'adaptation et de transformation des organisations.

Ces approches doivent être enrichies de questionnements précis relevant de la transversalité des actions et des dispositifs (transversalités vis-à-vis de champs de compétences de l'ARS, mais également au regard d'autres politiques publiques), de l'accès à l'offre en établissements et services, et de l'efficacité des organisations mises en places.

Ces analyses complémentaires doivent permettre de déterminer des leviers d'intervention dont le périmètre n'appartient pas nécessairement en totalité à l'ARS.

Elles doivent également être considérées comme des moyens d'approfondir l'analyse de l'état des lieux en vue de la fixation d'objectifs opérationnels sur cinq ans. A titre de rappel, elles correspondent aux séquences 2-1 et 2-2 ainsi qu'à la séquence 4 du contenu attendu du SROMS (tel que représenté schématiquement au début de la sous-partie II de la 2^{ème} partie du présent guide).

III-I/ Les questionnements relatifs aux transversalités au sein de l'ARS

Objectifs :

Identifier les sujets de transversalités au sein de l'ARS, entre les domaines prévention, soins (ambulatoires et hospitaliers) et accompagnement et soins médico-sociaux.

Donner un contenu opérationnel à ces transversalités et identifier les leviers d'actions figurant à la fois dans le SROMS et dans les schémas de prévention et d'organisation des soins.

Documents de référence :

La grille de lecture proposée pour l'identification des besoins et attentes dans les 5 ans en matière d'accès à la prévention, aux soins ambulatoires et hospitaliers pour les populations en situation de handicap et de perte d'autonomie est établie en référence aux objectifs de santé publique et de recours aux soins de la population générale et au regard des analyses et éléments de synthèse nationaux.

Elle s'appuie sur les éléments provenant des sources suivantes :

- Les rapports nationaux

Rapport de l'ONFRIH,

Rapport de l'audition publique sur l'accès aux soins des personnes handicapées,

Programme national « bien vieillir »

Projet contrat Etat/UNCAM 2010-2013

Rapport du Haut Conseil en santé publique –principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique

- Les travaux soutenus par la CNSA

Convention INPES/CNSA, rapport de l'INPES (à remettre)

Besoins de santé de personnes âgées en situation de perte d'autonomie fonctionnelle de personnes en situation de handicap à domicile de leurs aidants et de professionnels.

Etude sur la diffusion du risque infectieux dans les EHPAD (facteurs de risque, prévention) menée par l'Observatoire des risques infectieux en gériatrie (ORIG).

Travaux en cours sur le handicap psychique (appel à projet de recherche DREES-MiRe/CNSA, expérimentation évaluation du handicap psychique).

- Autre travaux nationaux

Rapport du Groupe de travail CNCPH « Santé, accès aux soins des personnes en situation de handicap » sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (en cours de validation par CNCPH).

Travaux du comité de pilotage national, « Promosanté et handicap » ; modalités d'implantation des programmes de promotion de la santé dans le secteur médico-social. Le livre blanc portant sur les préconisations pour le développement de programmes de promotion de la santé en IME est paru en février 2011, avec le soutien financier de l'INPES dans le cadre de sa convention avec la CNSA. Il est disponible auprès des IREPS de Champagne-Ardenne, des Pays de la Loire (Pôle Mayenne) et de Picardie.

Travaux de la mission nationale d'appui en santé mentale, à paraître (mai 2011) autour des hospitalisations de longue durée en psychiatrie et notamment le guide pour une démarche plurielle de

conduite du changement. Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie.

Le cheminement proposé pour l'analyse est centré autour de la personne en prenant en compte son projet individualisé (lien avec la loi de 2005 – ce qui permet une approche plus positive – prendre en compte la santé ce n'est pas uniquement soigner les personnes) et son parcours de soins (sens OMS - y compris accompagnement), et non sur une structure tel que l'établissement de santé. Les réponses apportées aux situations complexes permettent de préciser au plus près, pour un territoire donné, l'adéquation des réponses, voire les points à améliorer.

Les questionnements relatifs à l'accès à la prévention

Au regard de l'objectif de promotion de la santé et de prévention de certains risques ou pathologies identifiés pour la population générale, quel est le bilan régional de l'accès à la prévention générale et/ou de l'accès à des actions de prévention adaptées pour les personnes handicapées et en perte d'autonomie ?

Au regard de ce bilan, quels objectifs fixer au SROMS et au schéma prévention ?

1) Dans le domaine de l'éducation pour la santé

Comment promouvoir une éducation pour la santé adaptée aux publics en situation de handicap ou de perte d'autonomie ?

Les leviers du SROMS :

- Agir sur les projets institutionnels des établissements et services médico-sociaux en incitant les organismes gestionnaires à implémenter des programmes de promotion de la santé et en ouvrant leurs institutions médico-sociales aux acteurs du champ de la santé.
- Développer des actions de promotion de la santé et promouvoir la bientraitance en institutions afin de faire monter en compétence les professionnels et les familles/aidants (ex : journées de sensibilisation pour former les équipes au travers du programme Mobiquat²⁰, journées d'échanges pour harmoniser les pratiques, accompagnement d'équipes sur des projets d'actions à plus long terme) pour qu'ils puissent par leur intervention compenser la perte d'autonomie ou la non autonomie de personnes en situation de handicap.
- Rappel des principes généraux de la loi du 11 février 2005 qui place l'utilisateur au centre de son projet de vie (dynamique d'autonomisation, bientraitance...).

Les leviers du SRP :

Adapter/créer, pour le public handicapé, des programmes ou actions éducatifs permettant l'acquisition de connaissance sur le corps et la santé (fonctionnement du corps, puberté...), l'acquisition de compétences (lavage des mains, brossage des dents...), voire l'éducation thérapeutique.

2) Dans le domaine de la prévention des risques

Quelles modalités de prévention des risques liés aux addictions ?

Les leviers du SRP :

Adapter/créer, pour le public handicapé, des actions d'information, de sensibilisation et de prévention de l'usage d'alcool, de tabac et de médicaments chez les personnes handicapées et en perte d'autonomie.

Quelles modalités de lutte contre les risques liés à la nutrition ?

²⁰ Le programme Mobiquat est développé par la société française de gériatrie et de gérontologie, avec le soutien de la CNSA. Un des modules du programme, diffusable avec le concours des ARS, est relatif à la bientraitance en établissement et à domicile. Ce programme est présenté dans la présente sous-partie à propos des questionnements relatifs à l'efficacité des organisations

→ Comment repérer et réduire les risques de dénutrition chez les personnes âgées, notamment celles atteintes de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, à domicile et en établissement ?

→ Comment prendre en compte des problèmes nutritionnels chez les personnes handicapées notamment le diabète et l'obésité liés à certains handicaps (ex : la trisomie 21, la prise de neuroleptique au long cours) ?

Les leviers du SRP et du SROMS :

Introduire une exigence de surveillance dans les projets institutionnels des établissements et services médico-sociaux.

Travailler en lien avec les Conseils généraux cette problématique à domicile et en établissements.

Comment limiter les risques liés aux soins ?

Les leviers du SROMS :

Projets institutionnels :

- Surveiller et adapter la prescription médicamenteuse chez les publics avec polyopathologies et/ou une polymédication, en particulier pour les personnes âgées.
- Prévenir les escarres.

Exemple : Lutter contre les escarres « iatrogènes » survenant faute de nursing suffisant lors de périodes d'hospitalisation pour des motifs spécifiques : par exemple chez les personnes dénutries et/ou ayant des troubles de la sensibilité notamment d'origine médullaire.

3) Dans le domaine de la prévention de certaines pathologies

Comment prévenir efficacement les maladies infectieuses ?

Les leviers du SROMS :

Prévention des risques infectieux dans les établissements médico-sociaux par la mise en place de protocoles spécifiques (cf. plan national stratégique de prévention des infections associées aux soins). Augmenter le taux de couverture vaccinale notamment pour certaines vaccinations particulières (contre l'hépatite B) pour les personnes en situation de handicap.

Comment prévenir efficacement les maladies cardiovasculaires ?

Les leviers du SROMS :

Promouvoir et veiller à la surveillance, à domicile et en établissements du diabète et de l'hypertension des personnes en situation de handicap.

Comment améliorer le dépistage du cancer auprès des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie ? Comment faciliter sa prise en charge précoce ?

Les leviers du SRP et du SROMS :

Faciliter l'accès au dépistage des cancers pour les personnes en situation de handicap à domicile et en établissements : dépistage de cancers gynécologiques, du sein, du colon, vaccination contre le cancer du col de l'utérus.

Favoriser l'accès au dépistage du cancer auprès des personnes âgées en établissements (projets institutionnels).²¹

Travailler avec le conseil général sur l'accès au dépistage des personnes en perte d'autonomie à domicile.

Travailler sur l'annonce de la pathologie et l'accompagnement en cas de pathologie dépistée.

4) Dans le domaine de l'accès au diagnostic y compris précoce et au traitement

²¹ Préconisation formulée par le Haut Conseil en Santé publique

Quelles actions de prévention des maladies neurologiques et des risques qui y sont rattachés ?

La maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés.

L'épilepsie très fréquemment associée à l'autisme et au polyhandicap et première cause de décès des personnes affectées par ce handicap.

Les maladies rares (en lien avec le handicap rare).

Les leviers du SROMS :

En articulation avec le SROS :

- Mise en œuvre et coordination territoriale des consultations mémoire Alzheimer.
- Structuration de la filière de prise en charge des AVC, en liaison avec le médico-social (prévention spécifique, sorties des soins, orientation des MDPH à articuler avec les professionnels du secteur sanitaire...).

Quelles actions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques chez les personnes âgées et handicapées ?

Faire en sorte que les établissements et services médico-sociaux prennent en compte le risque de maladie mentale, de suicide, de dépression et de toute souffrance psychique pour la population prise en charge, et prennent les mesures collectives et individuelles adaptées.

Les leviers du SROMS :

Prévenir la dépression et le suicide des personnes âgées (dans certaines régions particulièrement).

Prévenir et stabiliser les troubles psychiques de l'adulte.

Prévenir la souffrance et les troubles psychiques de l'enfant et des adolescents.

Etablir (avec l'ORS) un tableau de bord du suicide et des maladies mentales pour les publics accueillis en ESMS

Organiser des formations (notamment par les professionnels de secteurs psychiatriques) des personnels des ESMS et des aidants.

Mutualiser au niveau régional les ressources et les bonnes pratiques en matière de réduction du risque de maladie mentale et de suicide.

5) Dans le cadre d'objectifs liés aux âges de la vie

Quelles actions de promotion de la santé de l'enfant ?

Leviers du SROMS, du SROS et du SRP :

Diagnostic précoce des troubles sensoriels notamment chez les enfants atteints de polyhandicap ou d'autisme et de TED.

Dépistage et diagnostic des troubles du langage et des apprentissages (« dys »).

Liaisons entre les différents acteurs :

- CAMSP, établissements et services médico-sociaux, école.
- Centres basse vision et basse audition.
- Centres de ressources régionaux autisme.
- Centres de ressources nationaux pour les handicaps rares.

Comment améliorer la santé bucco-dentaire des enfants et adultes handicapés, des personnes âgées ?

Leviers du SROMS :

Modalités d'inclusion de la santé bucco-dentaire dans les projets institutionnels des établissements médico-sociaux (bilan de l'existant, diagnostic des freins, identification des situations de réussite). Le lien très étroit entre santé bucco-dentaire et nutrition doit être souligné à l'appui de ces projets.

Autres leviers :

Programmes de l'assurance-maladie.

Quelles actions de prévention de la santé en matière de sexualité ?

Leviers du SROMS :

Projets institutionnels : prendre en compte la prévention relative aux pratiques sexuelles (contraception, infections sexuellement transmissibles) chez les personnes en situation de handicap que ce soit en milieu ordinaire de vie ou en établissements, dans le respect de la personne.

Quelles actions de prévention des chutes à domicile et en établissements pour les personnes âgées ?

Leviers :

Schéma prévention.

Plan national Bien Vieillir.

Conseils généraux.

Caisses de sécurité sociale (exemple : MSA en milieu rural).

Les questionnements relatifs à l'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers

Au regard de l'objectif général d'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie, quels sont les besoins recensés et comment ces besoins questionnent-ils les organisations ?

Quels sont les leviers identifiés au sein des schémas (SROMS, SROS, SRP) pour favoriser un objectif transversal d'accès aux soins des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie ?

Comment favoriser l'accueil des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie par des professionnels de santé en capacité de communiquer avec elles ou permettant d'instaurer la relation soignant-soigné indispensable à la prise en charge et à la mise en œuvre des soins ?

Systématiser la collecte et l'évaluation des outils existants au niveau régional.

Introduction uniformisée de modules sur le handicap dans les formations initiales des professions médicales et paramédicales.

Introduction dans les formations initiales des professions sociales et médico-sociales de connaissances sur le secteur sanitaire (ex : module commun « parcours de soins »).

Mise en place de formations transversales entre les professions du secteur sanitaire et médico-social pour favoriser les transversalités dans les parcours.

Formations spécifiques pour les aidants familiaux.

Comment garantir l'accessibilité des soins de premier recours aux personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie ?

Accessibilité physique des locaux, des équipements adaptés, organisation des transports.

Existence de modes de communication, d'accueil spécifique avec une signalétique adaptée notamment pour les personnes ayant un handicap sensoriel (ex : unités d'accueil pour sourds-aveugles), pour les personnes n'ayant pas de communication verbale, pour les personnes présentant des troubles du comportement.

Délais d'attente, en lien avec la permanence des soins, notamment en termes de spécialités médicales (pédiatrie, MPR, psychiatrie) et paramédicale (infirmier ou SSIAD, kiné, orthophonie).

Accessibilité financière aux soins (dépassements d'honoraires, coûts des transports...).

Comment favoriser l'accès aux consultations spécialisées et aux expertises spécifiques des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie ?

Garantir un accès aux soins les plus courants : soins bucco-dentaires, soins gynécologiques, ophtalmologiques, ou ORL, tant par l'accès aux bilans organisés par l'assurance maladie en population générale, que par des recours plus spécifiques, éventuellement avec des protocoles ou conventions avec les hôpitaux ou les spécialistes libéraux les plus proches.

Garantir un accès aux soins spécialisés lorsqu'ils requièrent des actes spécifiques au-delà d'une consultation classique d'un médecin spécialiste (par exemple une anesthésie générale ou sédation consciente pour les soins bucco-dentaires chez une personne en situation de handicap présentant des troubles du comportement).

Garantir l'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation de handicap, et des personnes âgées dépendantes, accueillies en établissements ou accompagnées par des services médico-sociaux : identifier les difficultés liées aux délais de réponse aux demandes d'intervention, favoriser les conventions de partenariat entre ESMS et services de soins psychiatriques pour l'accès aux soins des personnes.

Permettre le recours aux expertises spécifiques (exemples : recours d'un professionnel de santé sur l'interférence entre une maladie intercurrente et la situation de handicap, sur un avis gériatrique pour une personne âgée).

Permettre l'accès à un diagnostic pluridisciplinaire.

L'organisation des soins hospitaliers dans les différents territoires de santé permet-elle :

- ***De prendre en charge la personne dans son lieu de vie, sans hospitaliser chaque fois que possible ?***

Leviers : HAD, réseau, équipes mobiles, secteur psychiatrique

- ***De mettre en œuvre l'accès direct aux services en évitant le recours aux urgences ? D'assurer la cohérence du parcours de soins ?***

Cette thématique est particulièrement prégnante pour les personnes atteintes d'une maladie chronique en cas de phase aiguë.

Leviers :

- « Balisage » des parcours de soins, médecins ou professionnels référents, coordination de parcours (rôle du SSIAD, du SAMSAH), rôle du référent social en lien avec les équipes hospitalières, place et rôle des PASS y compris PASS en psychiatrie...
- Organisation formalisée des parcours entre l'hôpital, éventuellement le service de Soins de Suite et de Réadaptation qui suit le séjour hospitalier, la préparation de la sortie (le retour au domicile ou l'entrée ou le retour en établissement), en coordination avec les autres intervenants, établissements et services médico-sociaux, EHPAD, médecin de ville, aidants familiaux.
- Pour les personnes âgées qui arrivent tout de même aux urgences, mettre en place des accueils spécifiques, prenant en compte leur fragilité et leur perte rapide d'autonomie en cas d'hospitalisation inadaptée : filière gériatrique.
- ***Pour les services de maternité et de pédiatrie, d'accompagner l'annonce du handicap et renforcer l'aide à la parentalité des parents en situation de handicap ?***

Levier :

Circulaire DMOS/E1/DGS/DGAS, n° 2002-269 du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et postnatale d'une maladie ou d'une malformation. <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-21/a0212061.htm>

- ***D'assurer la continuité des soins et le suivi médical au quotidien lors du passage à l'âge adulte notamment pour les personnes les plus lourdement handicapées entre les services de pédiatrie et les services pour adultes, le médecin traitant, les différents spécialistes ?***
- ***D'améliorer la connaissance des problématiques du champ du handicap et de la santé dans ce champ et dans celui de la gérontologie, dans la formation des professionnels de santé ?***

Exemple de la douleur : outils de communication, pathologies mentales et douleur...

L'organisation des soins hospitaliers dans les différents territoires de santé favorise-t-elle :

- ***L'intervention des professionnels médico-sociaux dans les lieux de soins et, à l'inverse, celle des professionnels de santé dans les établissements et services médico-sociaux ?***
- ***Un travail coordonné entre professionnels de santé et acteurs médico-sociaux ?***
- ***La formalisation des relations entre les structures médico-sociales, les professionnels du secteur libéral, les équipes de soins à domicile (Hospitalisation à domicile, Services de soins infirmiers à domicile, centres de soins infirmiers, équipes mobiles...), les équipes spécialisées des CHU ?***

Leviers :

Temps partagés, interventions croisées, conventions opérationnelles, réseaux, groupements de coopération sanitaire ou médico-sociale..., par exemple pour soigner et accompagner la grande dépendance, ou les maladies neurologiques.

Les situations les plus sensibles sont-elles prises en compte dans l'organisation des activités médicales particulièrement concernées et leur coordination ?

Les situations les plus sensibles :

- La petite enfance, les adolescents, le passage à l'âge adulte.
- Les personnes en situation de handicap psychique car elles n'expriment pas de demande, ou elle est moins simple à comprendre (douleur exprimée au travers de troubles du comportement...).
- Les personnes en situation de polyhandicap.
- Les personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes.
- Les personnes âgées et notamment celles souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.
- Les personnes en fin de vie.

Les activités médicales les plus concernées :

- Psychiatrie (pédopsychiatrie, psychiatrie générale, géronto-psychiatrie).
- Gynéco obstétrique.
- Neurologie et neurologie pédiatrique (annonce des diagnostics).
- Médecine physique et de réadaptation.
- ORL, ophtalmologie, dentaire, stomatologie.
- Hospitalisation à domicile.
- Gériatrie.
- Soins palliatifs, lutte contre la douleur.

La coordination pluridisciplinaire interinstitutionnelle est-elle garantie afin de mettre en œuvre des modes de synthèse et d'arbitrage, particulièrement à l'âge adulte où il n'existe pas de médecine holistique comme la pédiatrie pour les enfants ?

Comment le rôle du médecin traitant est-il valorisé dans l'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie ?

- La prescription médicale (médicaments et iatrogénie ; SSIAD ; hospitalisation...).
- L'évaluation des situations des personnes pour la reconnaissance du handicap et ou de la perte d'autonomie des personnes en connaissance des dispositifs d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement (MDPH ou équipes APA, centres ressources, CLIC, Etablissements et services, prestations).
- La coordination avec les autres intervenants du champ sanitaire et du champ médico-social.

III-2/ Les questionnements relatifs aux transversalités avec les autres politiques publiques

Objectifs :

Identifier les sujets de transversalités avec les politiques publiques ne relevant pas du champ de compétence de l'ARS, néanmoins déterminantes pour la réalisation d'objectifs opérationnels du schéma. Ces transversalités nécessitent le plus souvent l'intégration de partenaires extérieurs très en amont dans la conception du schéma, dès la phase de diagnostic, afin de partager les constats, identifier les leviers d'intervention potentiels de chaque acteur, et préciser les modalités de travail et de coopération.

Ces transversalités impliquent pour les ARS de développer un rôle de « plaidoyer » auprès des autres politiques publiques qui recouvrent les champs de la politique de la ville, le logement, l'emploi, la formation, les transports, l'éducation nationale. Les champs identifiés ci-après ne sont pas exhaustifs et seront débattus principalement au sein des commissions de coordination des politiques publiques, lieu de concertation et de coordination sur les orientations stratégiques.

La scolarisation :

Il est précisé que les transversalités avec les services de l'Education Nationale sont décrites dans la fiche « questions et repères » sur « Scolarisation et participation sociale des enfants et adolescents handicapés », en annexe au présent guide.

Le logement :

La Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), qui développe notamment l'habitat social, a en charge la qualité du logement et de la construction (dont l'accessibilité).

Globalement, la connaissance de l'état du logement dans la région, y compris du niveau de mise en œuvre des schémas d'accessibilité, apporte des éléments d'information sur les possibilités de développement ou de restructuration des équipements pour personnes âgées et handicapées.

Les questions de logement doivent également être tournées vers les opportunités en matière de solutions intermédiaires de logements adaptés, dont l'existence concourt à limiter le recours à des solutions plus lourdes d'hébergement.

A noter que toutes les communes (ou intercommunalités), depuis la loi du 11 février 2005, doivent procéder à un diagnostic sur l'accessibilité de leurs services publics et mettre en place un plan d'amélioration.

Les transports :

Ce sujet peut également être traité avec la DREAL, qui dispose de compétences importantes en la matière, mais également avec les collectivités territoriales.

Les principaux questionnements structurant l'approche sur les transports peuvent être posés ainsi :

- Quel maillage territorial par les transports publics, outil de réduction des inégalités territoriales, en incluant les données relatives à l'accessibilité de ces transports par les personnes handicapées ?
- Quels sont les dispositifs spécifiques de transports adaptés et leurs perspectives de développement ?
- Comment intégrer dans le développement et la réorganisation de l'offre le sujet des transports, en favorisant par exemple un contact préalable à la réalisation du projet avec les organismes compétents en matière de transports (adaptés ou non) ? Cela nécessite de disposer d'un état des lieux croisé de l'offre de services et des modes de desserte, en y intégrant les modes de solvabilisation actuels (intégrations dans les budgets, volet transports de la PCH, aides spécifiques des collectivités territoriales), les initiatives de mutualisation et de coopération sur les territoires, la prise en compte de caractéristiques liées au type de handicap mais également au mode de prise en charge diversifié (accueils de jour, accueils séquentiels et modulés...).

L'insertion professionnelle et l'emploi :

Les ARS ont en responsabilité directe une part seulement du champ du travail protégé : les ESAT, les CRP, les UEROS, quelques SAMSAH orientés vers le soutien à l'insertion professionnelle, ainsi que des structures accueillant des adolescents et jeunes adultes en apprentissage ou parcours adapté vers l'emploi.

Ces structures, et plus particulièrement celles accueillant des adultes, subissent une double évolution :

- Au niveau de leur public : vieillissement des personnes handicapées, prévalence croissante du handicap psychique, et précarisation d'une partie des usagers.
- Au niveau du contexte économique : sortie vers l'emploi de plus en plus complexe, budgets commerciaux en tension, exigences de technicité de plus en plus élevée.

Si un chantier relatif à la modernisation du secteur du travail protégé est à venir, un diagnostic régional de ce champ apparaît nécessaire, et ses conclusions seront à confronter aux sujets de transversalité sur ce domaine, qui portent sur :

- Les liaisons à établir ou conforter avec la DIRECCTE et l'AGEFIPH, afin de créer des passerelles entre le milieu protégé et le milieu ordinaire, et ainsi fluidifier les parcours en ESAT et CRP.
- Le développement coordonné des ESAT et des foyers d'hébergement, qui nécessitent une coordination étroite avec les départements.
- La transversalité avec le secteur sanitaire (et donc avec le schéma régional d'organisation sanitaire), dans la mesure où les liens entre ESAT et secteurs psychiatriques sont essentiels pour permettre le maintien des travailleurs handicapés concernés en emploi.
- La coordination avec le Conseil régional, notamment pour les liens à établir vis-à-vis des CFA et des établissements accueillant des adolescents
- Le partenariat ARS/DRJCS sur les modalités d'accès des personnes handicapées aux minima sociaux (articulation dans le cadre des instances de la MDPH : COMEX, CDAPH).

Une fiche « repères et questions » spécifique à l'insertion professionnelle des adultes handicapés est jointe en annexe au présent guide.

L'accompagnement des personnes en situation de précarité

Les publics précaires présentent des difficultés de plusieurs ordres : d'accès ou de maintien dans le logement, des problématiques de santé souvent complexes, une difficulté d'accès aux services de droit commun, d'expression de leurs besoins... L'accompagnement de ces publics nécessite donc une forte coordination des acteurs entre eux pour éviter des parcours chaotiques, souvent sources d'échecs et de renoncement.

De manière globale, l'ARS doit contribuer à lutter contre les inégalités sociales de santé. Cela se traduit notamment au travers des dispositifs ou programmes dont elle a la charge et qui sont spécifiquement dédiés aux populations en situation de précarité : les PRAPS, les LHSS, les ACT... Mais cela doit également être travaillé au travers de toutes les politiques qu'elle conduit ; se pose ainsi la question de l'accueil de ces publics au sein des structures non spécialisées, telles que les établissements de santé ou médico-sociaux.

Au-delà de son champ de compétence strict, l'ARS doit veiller à articuler son action avec les services des conseils généraux et des DRJCS pour contribuer à une meilleure coordination des leurs actions au bénéfice de ces populations.

Les politiques de ressources humaines :

Sur le champ médico-social, les questions de recrutement, de formations qualifiantes et de professionnalisation sont essentielles, et le développement massif du secteur ces dernières années a conduit à de véritables tensions dans certaines zones géographiques, entraînant parfois des reports d'ouverture de structures par faute de recrutement qualifié suffisant.

Leviers propres à l'ARS :

Le financement des ESMS par l'ARS permet de renforcer budgétairement, le cas échéant, les plans de formation notamment lorsqu'une situation est marquée par un fort *turn over*, des départs en retraite importants, le développement d'une prise en charge spécifique.

Les fédérations, branches professionnelles, et OPCA (organismes paritaires collecteurs agréés) et leurs représentations régionales peuvent disposer de données et d'analyses contextuelles propres à alimenter la connaissance de ces sujets et la prospective. A titre d'exemple : les études de branche UNIFED par région, sur www.unifaf.fr

En outre, les CPOM disposent majoritairement de volets relatifs aux ressources humaines afin d'adapter les compétences aux nouveaux enjeux et aux publics, mais également de renforcer la capacité de recrutement et de maintien dans l'emploi des agents des structures.

Leviers partagés :

Enfin, en termes de transversalités avec les autres politiques publiques, le Conseil régional est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre des schémas des formations sanitaires et sociales. Dans ce cadre, un travail collaboratif est possible dans la mesure où les perspectives d'emploi et de développement du secteur intéressent la collectivité régionale, et où les capacités de formations initiales et leurs évolutions auront un impact fort auprès du secteur médico-social.

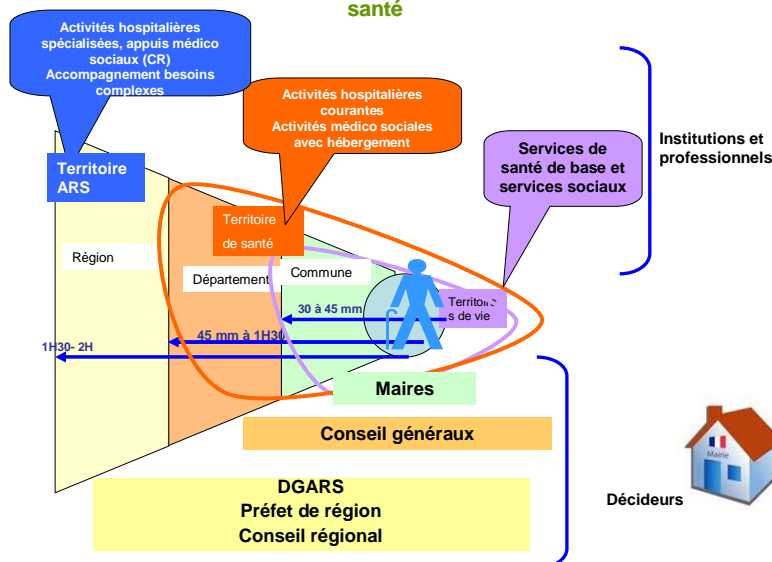
III-3/ Les questionnements relatifs à l'accès à l'offre de services

L'approche territoriale, qui intègre les problématiques d'accès aux ressources sur les territoires, se distingue sur le champ médico-social par les caractéristiques suivantes :

- Les actions s'inscrivent dans la durée, ce qui engage une approche particulière de l'accès à l'offre ;
- Des actions qui se déroulent dans le milieu de vie, tout au long du parcours de vie de la personne quel que soit l'âge : accueil de la petite enfance, scolarisation, formation, travail, logement...
- Des actions modélisées en fonction des besoins spécifiques des personnes, entraînant une diversification de l'offre sur le territoire, des modalités de prise en charge et donc d'accès de plus en plus modulables ;
- Une intervention médico-sociale complémentaire des actions sociales enracinées dans la vie quotidienne : déplacements, loisirs, culture...
- L'importance des aidants non professionnels, qui assument la majorité de l'aide.

Ces éléments nécessitent de penser l'organisation sur différents niveaux territoriaux, jusqu'à celui de la proximité, comme l'illustre le schéma ci-dessous (il est précisé que les durées indiquées le sont à titre purement indicatif et non normatif) :

Organisation spatiale des populations et des professionnels dans le domaine de la santé



Le SROMS, et plus précisément l'approche multidimensionnelle du diagnostic et de la priorisation des objectifs opérationnels, doit intégrer le sujet de l'accès aux activités médico-sociales : d'un point de vue général quant à l'organisation optimale de l'offre sur les territoires (1), au regard des déterminants favorisant l'accès aux différentes composantes de l'offre (2) et d'un point de vue spécifique à chaque région sur la question des inégalités territoriales (3).

1- Les déterminants du territoire d'organisation des services :

→ L'analyse multidimensionnelle doit s'enrichir des questionnements suivants :

- *Quels sont les effectifs de population concernée ?* Cet élément conditionnera bien le schéma en termes organisationnels, un effectif faible entraînant une structuration de la politique à un niveau régional, *a contrario* une forte prévalence nécessitera un maillage fin du territoire en offre de services et en besoins de coordination avec les dispositifs connexes. Outre les services répondant aux besoins pour les handicaps à faible prévalence, le niveau régional est particulièrement adapté aux équipes médico-sociales de soutien aux professionnels et aux aidants (comme les centres de ressources), aux activités médico-sociales pour les besoins

complexes ou spécifiques non résolus dans les territoires de santé, et enfin à l'expression des besoins relatifs aux recrutements, à la formation et à la professionnalisation.

- *Quelle est la fréquence du recours aux services, et la fréquence d'intervention des services ?* Cet aspect pourra notamment permettre d'identifier des organisations particulières en maintenant un objectif général d'accès aux soins. Par exemple : l'intervention de services d'accompagnement en milieu ordinaire en zone très rurale peut s'organiser en modalités ponctuelles mais régulières, garantissant un accès au service à partir du déplacement de ce dernier sur un temps limité.
- *Quels âges sont concernés ?* L'hypothèse est que la proximité est d'autant plus importante aux deux extrêmes de la vie.
- *Quelles sont les contraintes géographiques et les temps d'accès :* relief, urbanisation, infrastructures routières...
- *Quels liens existants ou à développer avec les territoires des services de proximité, avec les territoires des autres politiques publiques, avec l'organisation des conseils généraux ?* La qualité de service dépend de la cohérence des espaces de vie à l'intérieur des territoires de santé définis, des pratiques spatiales et des ressources des territoires. A ce titre, le fait de privilégier des territoires communs aux acteurs doit permettre de favoriser la prise de décision et de limiter les discontinuités de règles et d'organisation, générateurs de ruptures dans le parcours de vie et de soins.

2- L'accès à l'offre de service dans ses différentes composantes :

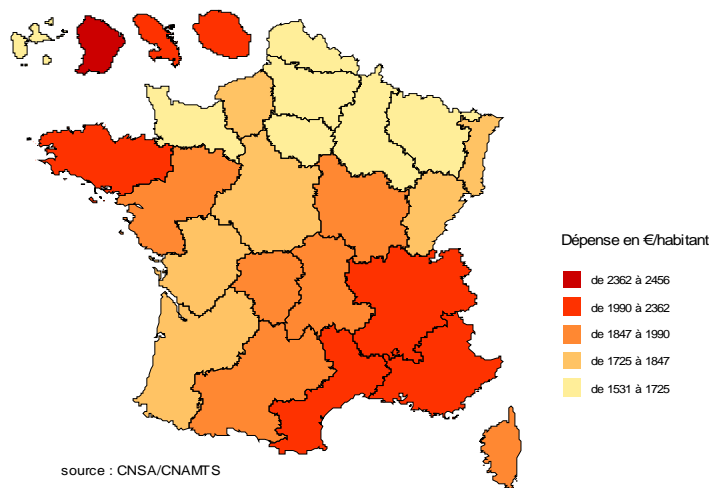
En premier lieu, l'accès à l'offre de services est conçu en termes d'accès physique entre le domicile familial et l'ESMS, ou entre structures de prise en charge complémentaire (comme par exemple foyer d'hébergement et ESAT) : cette question interroge les transports (cf. supra), et notamment les transports adaptés, leurs différents modes de solvabilisation, et les nécessaires coopérations et mutualisations entre structures afin d'organiser les transports sur une logique de territoire de proximité.

L'accès à l'offre décline également les questionnements suivants :

- Un accès en termes de soutenabilité financière pour les résidents d'EHPAD : analyse de l'évolution de l'offre en tenant compte de cette contrainte, en lien avec les Conseils généraux (pour l'habilitation à l'aide sociale notamment).
- Un accès en fonction des amplitudes de fonctionnement des services (en particulier les amplitudes horaires et les fonctionnements en week-end) mais aussi des établissements (notamment sur l'enfance : quels relais proposés en juillet et août ?).
- Un accès dépendant des délais de réponse : réponses d'orientation (MDPH) ou de compensation individuelle, mais également sur les temps d'admission en établissements et services.

3- Un des enjeux majeurs du schéma est celui de la réduction des inégalités territoriales d'accès aux ressources.

Dépense assurance maladie en 2009
Secteur Personnes âgées

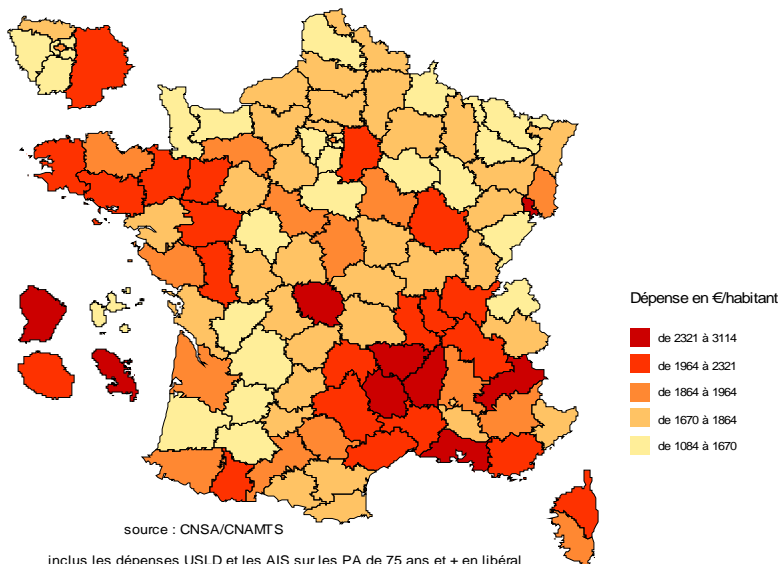


source : CNSA/CNAMTS

Inclus la dépense USLD et les AIS sur les PA de 75 ans et + en libéral

Source cartographique : Artique

Dépense assurance maladie en 2009
secteur Personnes âgées



source : CNSA/CNAMTS

Inclus les dépenses USLD et les AIS sur les PA de 75 ans et + en libéral

Source cartographique : Artique

Les deux cartes précédentes²² identifient bien, sur le champ des personnes âgées pris à titre d'exemple, les écarts interrégionaux sur la dépense d'assurance maladie²³, mais également les

²² Il s'agit d'exemples illustratifs, extraits du répertoire cartographique établi par la CNSA, disponible sur son extranet et sur SharePoint, et qui peut être enrichi en collaboration avec les ARS selon les besoins exprimés en région.

contrastes observés au niveau infra régional : il s'agit donc bien d'un sujet dont les enjeux sont partagés entre le niveau national et les niveaux régionaux.

L'ARS dispose de leviers spécifiques pour atténuer les inégalités territoriales sur la période du schéma :

- L'allocation de ressources médico-sociale, notamment les crédits liés au développement de l'offre qui doivent être ciblés sur les territoires dont le diagnostic a démontré les besoins prioritaires ; ces besoins doivent intégrer, dans leur expression, l'ensemble de l'offre de soins et non seulement l'offre médico-sociale ;
- La restructuration de l'offre, générant des opportunités de redéploiement vers les secteurs géographiques les moins dotés ;
- Le renforcement de partenariats avec l'ensemble des dispositifs extérieurs au champ médico-social *stricto sensu* mais qui interviennent auprès des institutions ou des publics de ce champ, par exemple les équipes mobiles et réseaux de soins dans leurs interventions en établissements médico-sociaux.

²³ Ces cartes intègrent les dépenses soins en EHPAD, AJ et HT, les SSIAD, les dépenses d'assurance maladie en USLD, et les AIS réalisés par les infirmiers libéraux auprès des personnes âgées de plus de 75 ans.

III-4/ Les questionnements relatifs à l'efficacité des organisations, dans une optique d'amélioration de la qualité de service

Les questionnements adressés aux organisations relatifs à l'efficacité se situent bien dans le cadre d'un diagnostic des ressources existantes, au regard des besoins identifiés. Il s'agit d'identifier les leviers d'actions dont dispose l'ARS au sein du SROMS pour améliorer l'efficacité des organisations. Les travaux en cours menés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux s'intègrent dans cette démarche.

1- Définition et mise en œuvre de mesures d'amélioration de l'efficacité

L'amélioration de l'efficacité de l'offre médico-sociale s'entend de la promotion d'un service de qualité au meilleur coût dans le cadre d'un régime d'autorisation. L'efficacité doit permettre d'atteindre un équilibre entre les contraintes financières et l'augmentation du niveau de qualité et de quantité de service.

L'efficacité des prises en charge, associée à leur qualité, est un objectif stratégique du PRS (R1434-2 CSP). Cet objectif stratégique d'efficacité doit donc trouver une traduction opérationnelle dans les objectifs déclinés par le SROMS.

Le SROMS, qui est un schéma d'amélioration des organisations est donc aussi un schéma d'efficacité.

Les ARS disposent sur ce registre des leviers suivants :

- Autorisation ;
- Financement ;
- Contractualisation ;
- Contrôle ;
- Evaluation.

Les instruments de mesure de l'efficacité sont encore insuffisants dans le champ médico-social et des travaux complémentaires doivent être engagés au niveau national pour vous permettre de disposer d'outils de référence plus performants.

2- L'efficacité du système

Le premier enjeu d'efficacité concerne la capacité à mettre en œuvre des politiques territoriales permettant à l'utilisateur d'avoir accès à une offre de service de qualité correspondant à un traitement individualisé du parcours de la personne.

Deux axes peuvent être identifiés sur cette thématique :

- La coordination des services ;
- L'efficacité de l'offre existante.

2.1 – La coordination des services autour de chaque personne en situation de handicap et pour les personnes âgées ayant une dépendance pour les actes de la vie quotidienne, avec l'objectif à terme d'une meilleure intégration des services :

Une structuration des services territoriaux, pour les rendre aptes à répondre aux personnes confrontées aux conséquences des problèmes de santé chroniques les empêchant d'accomplir les actes essentiels de la vie courante, ainsi qu'à leurs proches, est un **préalable indispensable pour assurer l'efficacité** de toute initiative technique ou financière. Sans une organisation de ce type, aucune allocation financière supplémentaire ne sera efficace. En effet, la fragmentation des services et le fonctionnement de ceux-ci en « tuyaux d'orgue » génèrent des ruptures dans le parcours des personnes et conduisent à multiplier les organisations redondantes, insuffisamment financées, inefficaces, et inflationnistes. Le morcellement des services perdurera tant que se maintiendra la juxtaposition de systèmes de coordination multiples sur un même territoire et instables dans la durée.

Il s'agit donc de stabiliser une nouvelle structuration du système de santé (au sens large du terme, incluant l'action médico-sociale et assurant la cohérence avec les réponses sociales) qui puisse

accompagner la reconfiguration qui s'impose pour faire face à la « transition épidémiologique²⁴ », à laquelle il est confronté.

Objectifs

L'objectif doit être d'assurer une évaluation de la situation de chaque personne, d'informer les personnes sur leurs droits et l'offre disponible, de proposer un plan de compensation et un plan de financement des interventions reposant sur la mutualisation de ressources financières qui peuvent être multiples. Cette organisation doit aussi permettre la mise en œuvre de programmes généraux ou spécifiquement ciblés sur certaines pathologies. Elle s'appuie sur le concept de l'intégration²⁵ des services nécessaires à chaque personne, dans un domaine où s'imposent des approches multidimensionnelles et des interventions pluri professionnelles.

Cette structuration doit être faite sur un territoire donné, en organisant les interventions des différents acteurs qui y travaillent. Elle doit répondre aux besoins des personnes (y compris les aidants) dans la proximité, avec des solutions de premier recours et une orientation vers l'offre spécialisée si besoin. Elle doit permettre de répondre de façon personnalisée à toutes les situations des personnes présentant des états chroniques handicapants (sans seuil administratif d'âge ou spécialisation des guichets sur ce critère). Elle doit impliquer et structurer le travail de tous les professionnels concernés : médecins, infirmiers, travailleurs sociaux des services publics, services d'aide à la personne, établissements et services médico-sociaux et de santé, services d'accueil et d'orientation, en tenant compte des services existant au plan local.

Bien que l'on distingue aujourd'hui deux politiques, celle en direction des personnes âgées et celle des personnes handicapées, la mutualisation des moyens sur le terrain paraît inéluctable, non seulement à cause des problèmes de gestion des ressources humaines et notamment de démographie des professions spécialisées, mais aussi dans un souhait de mutualisation des pratiques professionnelles et de lisibilité pour les usagers. Dans le système de soins, cette barrière d'âge ou de public n'a pas d'existence.

Le rôle des ARS

Les ARS ont « *pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation.....- des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés à l'article L.116-1 et L-116-2 du CASF* ».

En pratique le rôle des ARS doit s'inscrire en complémentarité de l'action des conseils généraux. Dans la structuration des réponses aux problèmes chroniques handicapants, les ARS auront à suivre le développement de ces organisations et à mettre en œuvre leur évaluation.

Les questions à identifier :

L'évaluation des coordinations vise en particulier à examiner les quatre principales missions suivantes au niveau des territoires²⁶ :

- Comment s'exerce la fonction d'accueil et d'orientation des personnes au sein des territoires ?
- Comment est assurée la fonction d'évaluation multidimensionnelle conduisant à l'élaboration de plans d'intervention et de recherche de l'éligibilité aux différentes prestations existantes ?
- Quel est le stade d'organisation de la fonction de coordination dans un premier temps, puis d'intégration des réponses délivrées aux personnes, pouvant intégrer l'intervention de gestionnaire de cas pour les situations les plus complexes ?
- Comment la fonction d'animation et de diagnostic des besoins est-elle assurée au niveau des territoires ?

²⁴ Deux transitions sont en œuvre dans les systèmes de santé des pays industrialisés : a) une transition démographique qui se traduit par un *changement de structure d'âge de la population* (improprement appelé vieillissement de la population) et qui implique des changements quantitatifs des différentes tranches d'âge ; b) une transition épidémiologique qui se traduit par un changement, pour un âge donné, des types de problèmes de santé : *baisse des états aigus et augmentation des problèmes chroniques*. (Omran 1970)

²⁵ Intégration : il s'agit d'une démarche visant à assurer la continuité, l'intégralité et la souplesse d'un programme de soins à domicile (soins et actions médico-sociales), à l'échelle des territoires.

²⁶ DGAS/INSERM/CNAVTS Guide d'Evaluation des Centres Locaux d'Information de Coordination. Paris, 2004

2.2 – Les différentes dimensions de l'efficience de l'offre existante :

- Premier enjeu d'efficience : celui de la politique de moyens.

Il s'agit de mesurer les moyens consacrés à la politique médico-sociale, en fonction des besoins recensés.

- Deuxième enjeu d'efficience : l'efficience des ressources humaines et matérielles mobilisées

Quels services rendus avec ces moyens, dans le cadre des ressources existantes sur le territoire ?

- Troisième enjeu d'efficience : l'efficience des prises en charge

Il concerne la qualité du service rendu par l'offre médico-sociale.

- Quatrième enjeu d'efficience : l'efficience des coûts

Il s'agit d'un enjeu d'optimisation des coûts, voire de convergence tarifaire à service rendu comparable.

- Cinquième enjeu d'efficience : la structuration de l'offre

Quelles modalités d'organisation de l'offre médico-sociale ?

2.2.1 L'efficience des moyens

Les indicateurs²⁷ qui suivent ont vocation à mesurer quantitativement les moyens consacrés à l'offre médico-sociale dans la région, en fonction des besoins recensés selon les situations de handicap lorsque cela est possible..

Ces indicateurs, territorialisés, sont des outils à lier à la question de l'accessibilité.

Indicateur	Source	Objectifs qui s'y rattachent
Euro par habitant	PQE CNAMTS	Sur le champ des personnes âgées, identifier la dépense en tenant compte des facteurs liés aux USLD et aux actes infirmiers de soins des infirmiers libéraux, afin de disposer d'une vision plus globale que sur les seuls ESMS.
Taux d'équipement par catégorie de structures	PQE FINESS	Identifier notamment les parts respectives des services dans l'offre globale en ESMS.
Ratio d'encadrement par catégorie de structure	REBECA SAISEHPAD	Il s'agit de mesurer non seulement le taux d'encadrement global mais aussi en niveau/compétence par personne dans les ESMS.
Taux de financement de la fongibilité asymétrique		Transformation et adaptation de l'offre médico-sociale pour une réponse à tous les besoins et à leur évolution le cas échéant

2.2.2 L'efficience des ressources humaines et matérielles mobilisées

A la suite de la politique de moyens, et compte tenu de la structuration budgétaire des établissements et services médico-sociaux (plus de 75% des budgets sont consacrés aux ressources humaines), quel est le niveau d'efficience des ressources humaines dans l'offre médico-sociale ?

Il s'agit de mesurer le service rendu avec les moyens identifiés.

Quel est le niveau d'efficience des ressources destinées à l'investissement ?

Les indicateurs qui peuvent s'y rapporter :

Indicateur	source	Objectifs qui s'y rattachent
Poids de la masse salariale dans la dépense totale	REBECA	Effort consenti à la masse salariale, mesure des moyens alloués aux charges de personnel
Coût moyen d'un poste et évolution	REBECA	Politique de rémunération, de recrutement (attractivité)
Ratio d'encadrement par catégorie de structure	REBECA SAISEHPAD	Il s'agit de mesurer non seulement le taux d'encadrement global mais aussi en niveau/compétence par personne dans les ESMS.

²⁷ La plupart des indicateurs qui sont présentés sont décrits dans la revue des indicateurs utilisés dans le champ médico-social, disponible sur l'extranet de la CNSA

Structure d'emplois par catégorie d'ESMS	REBECA	Politique de recrutement, adéquation avec les missions de l'ESMS
Structure des niveaux de qualification par catégorie d'ESMS	REBECA	Mesurer la qualification du personnel et identifier des besoins de formation
Pyramide des âges	ESMS	Identification des départs en retraite, des points de tension éventuels sur certains cœurs de métier
Pourcentage des dépenses de formation par rapport à la masse salariale	ESMS	Mesure de l'effort consenti à la formation
Répartition des grandes fonctions d'emplois dans la structure des personnels	REBECA	
Vétusté du parc immobilier (montant des amortissements/montant des immobilisations)		Objectif de modernisation du parc immobilier, en lien avec les objectifs de transformation. Conséquence pour le SROMS : programmation parallèle des besoins d'investissement et des objectifs de transformation
Indice de maturité du SI (poids de l'investissement informatique dans le total des investissements)	Indicateur ANAP	Mesure de l'effort consenti en matière de technologies de l'information

2.2.3 L'efficacité des prises en charge

Les indicateurs qui suivent permettent de qualifier le service rendu par l'offre médico-sociale. Il s'agit de tendre à l'évaluation du contenu de service rendu, afin de compléter les indicateurs quantitatifs relatifs aux moyens.

Indicateur	source	Objectifs qui s'y rattachent
Nombre de jours d'ouverture annuels par catégorie de structures	REBECA	Objectif lié à l'accessibilité des structures tout au long de l'année, en lien avec les nécessités d'inscrire l'accueil dans les structures ou par les services dans une logique de parcours (temps extrascolaires, périodes de vacances...) Conséquences pour le SROMS : leviers liés à l'extension de la capacité annuelle d'accueil sur un territoire donné
Amplitude horaire d'ouverture		idem sur les journées
Taux de places installées / places autorisées		Objectif d'optimisation de la mise en œuvre des autorisations (rythme de réponse au besoin)
Nombre de jours réalisés/ nombre de jours prévus	REBECA	idem / en lien avec les hypothèses d'activité formulées par les gestionnaires
Files actives (par catégorie de structures, notamment les services) = effectif des personnes accueillies au moins une fois dans l'année, comptées une seule fois, dans une seule catégorie	Comptes administratifs	Objectif d'optimisation (pour les services et en ambulatoire) du nombre de prises en charge. Conséquence pour le SROMS : analyse de la capacité effective des services, en lien avec le contenu de service rendu (nombre d'heures effective par personnes)
Nombre de demandes d'admission non abouties	indicateur ANAP	Indicateur de pression de la demande
Durées moyennes de séjour		Dans les EHPAD, analyse des durées moyennes de séjour au regard de l'état de santé et de dépendance à l'entrée en institution. Pour les services, taux de rotation des usagers à analyser avec la prise en charge après le service (milieu ordinaire, entrée en institution,...).
Taux d'occupation par	REBECA	L'objectif d'efficacité est un taux d'occupation

catégorie de structure		optimisé à rapporter à la catégorie de structure concernée (hébergement temporaire notamment), en lien avec la demande de ce type de prise en charge. La conséquence pour le SROMS : agir sur les leviers liés à la prise en compte du territoire de recrutement, au type de handicap pris en charge, au niveau de ressources des personnes sur le territoire...
Comparaison entre le profil des personnes et les ressources mobilisées	GALAAD	Adéquation entre les compétences de prise en charge dont dispose l'ESMS (PA) et le profil des personnes accueillies
Inscription dans une démarche d'évaluation (interne, externe)		Objectif de qualité. Le calendrier de l'évaluation interne et externe, fixé par le décret 2010-1319 du 3 novembre 2010, doit être pris en compte dans le SROMS. Il s'agit en outre d'un des indicateurs intégrés dans les CPOM des ARS.

Précisions sur la base GALAAD :

La base d'échanges GALAAD permet de mettre à disposition des ARS :

- ❖ Des informations sur le niveau de dépendance (GMP) des personnes accueillies en EHPAD avec des focus par exemple actuellement sur les questions de nutrition (programme GDR) et de démence (Alzheimer).
- ❖ Des indicateurs sur le niveau des recours aux soins (PMP) au travers du codage des 50 pathologies traceuses repérées lors de l'évaluation par les médecins coordonnateurs des établissements, permettant de définir une cartographie des caractéristiques et des besoins au niveau de l'établissement comme au niveau infra- régional et régional. La mesure des écarts de PMP constitue en soi la recherche d'une meilleure efficacité de l'allocation de ressources.
- ❖ Une réflexion épidémiologique sur les publics accueillis dans les EHPAD avec la possibilité de comparaison avec les études autres épidémiologiques (carence nutritionnelle, diabète, insuffisance cardiaque ou accident vasculaire cérébral, troubles du comportement et maladies neuro-dégénératives et associées).
- ❖ Des cartographies des établissements permettant de mettre en relation les publics et les compétences recrutées par le directeur d'établissement.

Les leviers directs relatifs à l'amélioration de la qualité de service (en miroir du programme de gestion du risque) :

- Processus d'évaluation interne et externe ;
- Démarche de soutien structurée à la professionnalisation des intervenants (plan bientraitance, diffusion et appropriation du programme MOBILQUAL, adaptation aux publics spécifiques...) et à la prévention de l'usure professionnelle ;
- Informations issues du programme régional d'inspection et de contrôle ;
- Démarches concourants à la diffusion de bonnes pratiques (recommandations de l'ANESM, de la HAS, bon usage des médicaments, prévention des escarres...) ;
- Ouverture des institutions médico-sociales aux programmes de prévention (nutrition, addictions, sexualité,...)²⁸ ;
- Les actions « support » identifiées dans le contenu attendu du SROMS (Ressources humaines, investissement, observation,...) sont bien à mener dans une optique générale d'amélioration de la qualité de service.

²⁸ Livre blanc du groupe national, « Promosanté et handicap » portant sur les préconisations pour le développement de programmes de promotion de la santé en IME paru en février 2011, avec le soutien financier de l'INPES dans le cadre de sa convention avec la CNSA.
Disponible auprès des IREPS de Champagne-Ardenne, des Pays de la Loire (Pôle Mayenne) et de Picardie.

Mobiqual : Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles en EHPAD, établissements de santé, intervenants du domicile

Ce dispositif, développé depuis 2007 par la Société française de gériatrie et de gérontologie, a pour objectifs principaux :

- sensibiliser régulièrement les acteurs sur le sens de leurs missions ;
- actualiser les connaissances ;
- constituer une aide à la pratique professionnelle ;
- développer une culture de l'évaluation.

Les outils élaborés et diffusés à ce jour portent sur la bientraitance, la douleur, la dépression et les soins palliatifs.

D'autres outils sont en préparation : maladie d'Alzheimer et troubles du comportement, nutrition et alimentation, infections nosocomiales et risques infectieux.

Il s'agit de mallettes thématiques remises gratuitement contre un engagement volontaire de la direction et de l'équipe d'encadrement de l'établissement ou du service à les utiliser auprès des équipes.

La poursuite de la diffusion et le développement des outils sont dorénavant financés par la CNSA pour la période 2010-2012.

Les ARS sont amenées à travailler avec l'équipe Mobiqual afin de faciliter la diffusion des outils, sensibiliser les acteurs locaux, et disposer de l'évaluation de l'utilisation des kits assurée par Mobiqual. Il s'agit bien pour les agences de disposer d'un levier d'amélioration des pratiques professionnelles, de la qualité de service et d'amélioration de la bientraitance dans ses différentes dimensions.

2.2.4 L'efficacité des coûts

L'efficacité des ressources doit se traduire dans une logique de d'optimisation des ressources et des coûts.

Les indicateurs qui s'y rapportent :

Indicateur	Source	Objectifs qui s'y rattachent
Coûts à la place par catégorie de structures	REBECA	Identifier les besoins et les ressources en matière de rééquilibrages des moyens, à catégories de structures similaires.
Ecart tarification-décaissements		
Poids des crédits d'assurance-maladie dans les produits des ESMS	REBECA	
Résultats cumulés	REBECA	
Coûts ETP	REBECA	
Répartition des grandes fonctions d'emplois dans la structure des personnels	REBECA	

Les réformes de tarification en cours (EHPAD, SSIAD) ou envisagées (ESMS PH) doivent contribuer à l'avenir à cette démarche de recherche d'efficacité.

2.2.5 Le niveau de structuration de l'offre médico-sociale

Il s'agit d'évaluer les modalités d'organisation de la prestation médico-sociale dans la région.

Plusieurs indicateurs peuvent s'y rapporter :

Indicateur	source	Objectif qui s'y rattache
Part des services dans l'offre globale médico-sociale	PQE REBECA	L'objectif est de répondre à la demande de libre choix. La conséquence pour le SROMS : l'objectif de diversification (à adapter par territoire, par type de handicap etc...), à croiser avec l'évolution des taux de scolarisation par exemple.
Part des internats dans l'offre médico-sociale pour enfants handicapés	REBECA	L'objectif est double : mailler de manière cohérente le territoire en internats médico-éducatifs pour les situations les plus complexes tout en veillant à répondre à la demande de maintien à domicile et d'accès au droit commun formulée par les enfants et les familles (le cas échéant à adapter en fonction des âges).
Capacité moyenne d'accueil des ESMS par catégorie	REBECA	Instrument permettant de comparer les établissements en fonction de leur capacité d'accueil.
Niveau de concentration (ou de dispersion) des promoteurs	REBECA	Analyse du marché : les appels à projets se passent-ils dans un univers concurrentiel (« price-makers » ou en situation de « price-takers ») ou en situation de concentration de l'offre ?
Niveau de contractualisation	REBECA	
Niveau de mutualisation		Enquête à réaliser pour le suivi des GCSMS
Délais de mise en œuvre des programmations	SELIA CPOM ARS	

L'outil CPOM (signé entre l'ARS et les gestionnaires) intègre potentiellement des objectifs d'efficience indiqués précédemment : les leviers d'action utilisés ainsi que les indicateurs correspondants sont donc susceptibles d'enrichir la mesure de ces objectifs d'efficience. Le CPOM peut intégrer un objectif d'équilibre financier, des actions relatives aux ressources humaines (dont la GPEC), des actions d'externalisation ou de mutualisation (coopération, mutualisation, GCSMS, GCS), des possibilités de regroupements d'activité (atteinte de la taille critique)²⁹.

Ces nouveaux modes de relation et de gestion entre les promoteurs et l'ARS doivent permettre une adaptation de la gouvernance des organismes gestionnaires et constituer un point d'appui à l'accompagnement au changement du secteur médico-social.

Il s'articule aussi avec des procédures contractuelles qui seront mises progressivement en œuvre avec les professionnels de santé au sein du programme régional de gestion du risque.

²⁹ Programme COOPERACT porté par l'association Fédération d'Entraide Protestante, avec le soutien financier de la section V de la CNSA. Disponible sur l'Extranet de la CNSA

Il est composé de trois outils :

- L'auto-diagnostic sur 4 axes (stratégie et gouvernance, présentation des activités et prestations, organisation et fonctionnement, environnement) à destination des associations souhaitant s'engager dans la démarche de coopération
- une grille de synthèse permettant à l'association de s'auto-évaluer sur ces 4 axes
- un plan d'actions de coopération présentant une méthodologie d'aide à la décision pour l'association

Illustration de la transformation de l'offre médico-sociale : le département du Maine et Loire, sur le champ du handicap, en coordination avec le Conseil Général

L'adaptation de l'offre médico-sociale conduite sur ce territoire a visé, en premier lieu, à assurer un rééquilibrage de l'offre territoriale et la correction des inégalités entre départements. En effet, l'actualisation du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) a conduit à l'absence d'allocation de mesures nouvelles sur le secteur de l'enfance handicapée dans le département de Maine et Loire à partir de 2008, compte-tenu de la densité de son équipement pour répondre à l'exigence d'équité territoriale. Elle s'inscrit, de plus, dans une logique de diversification de l'offre et en particulier de développement des services intervenant dans le milieu de vie ordinaire de la personne handicapée, conformément aux principes prônés par la loi du 11 février 2005 qui implique un pilotage rénové, plus global et plus transversal des interventions. Le développement des nouveaux outils que sont les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) ont constitué une stratégie d'intervention pour répondre aux besoins de développement des prises en charge dans un contexte de rationalisation des moyens budgétaires

C'est dans ce contexte que l'accompagnement des organismes gestionnaires vers de nouvelles modalités de gestion et de pilotage a constitué un objectif prioritaire pour la mise en œuvre des objectifs opérationnels du schéma départemental des personnes handicapées et les priorités régionales sur l'adaptation de l'offre médico-sociale validées dans le cadre de l'actualisation du PRIAC.

La démarche a nécessité plusieurs étapes et a abouti à l'élaboration d'une note d'adaptation de l'offre médico-sociale pour personnes handicapées dans le Maine et Loire pour une mise en œuvre opérationnelle.

La première étape a consisté à procéder à une analyse de la situation départementale et infra départementale de l'offre médico-sociale au regard des cinq indicateurs disponibles ci-après :

- **1er indicateur : Taux d'équipement** (analyse des caractéristiques de l'offre existante de service et institutionnelle pour enfants et adultes handicapés)
- **2eme indicateur : la proportion entre accueil institutionnel et accueil en milieu ordinaire**
 - 77% des accueils réalisés dans un cadre institutionnel sur le secteur de l'enfance
 - Au sein des prises en charge institutionnelles, 1/3 relevaient de l'internat avec de fortes disparités infra départementales
- **3eme indicateur : les perspectives démographiques** (analyse des projections démographiques, en particulier sur la tranche 0-19 ans, 20-59 ans à horizon 2015)
- **4e indicateur : indicateurs médico-sociaux**
 - Accueil par 5 IME de 110 enfants déficients intellectuels légers, pouvant potentiellement relever d'un accompagnement en milieu ordinaire
 - Indicateurs d'âge : vieillissement au sein des IME, vieillissement sur le secteur institutionnel des adultes handicapés, insuffisance de la couverture d'accompagnement sur la tranche 14-25 ans
 - Taux d'occupation : des places potentiellement vacantes pouvant être reconverties vers le secteur adultes ou vers les services
 - Durée d'ouverture des établissements médico-sociaux inférieure à la moyenne (env 190 jours)
- **5eme indicateur : indicateurs de pression de la demande**
 - Présence de 112 jeunes « amendement Creton », particulièrement sur 4 établissements,
 - Besoins recensés par la MDPH lors de sa campagne d'orientation
 - Situations « d'inadéquations » dans des établissements de santé

La deuxième étape a consisté en la fixation d'objectifs généraux et quantifiés sur l'adaptation de l'offre de services basée sur :

- Le rééquilibrage entre offre institutionnelle et offre de services (ex : objectif de passage du poids des SESSAD de 20 à 30% dans l'offre globale d'ici 2013)

- Le rééquilibrage de l'offre entre le secteur de l'enfance et le secteur des adultes et l'accompagnement du vieillissement des personnes handicapées
- Le repositionnement de l'internat et la diversification des modes d'accueil (ex : objectif de faire passer l'offre d'internat de 32% à 30% de l'offre institutionnelle d'ici 2013)
- Requalification de places d'IME pour TED-autisme, section pour enfants avec handicaps associés
- Le développement de l'accueil temporaire
- La construction d'une réponse spécifique pour les 16-25 ans afin d'améliorer la continuité et de prévenir les ruptures dans les parcours des jeunes (SESSAD pré-professionnel, accueil de jour, séjour de répit, internat séquentiel)
- La consolidation de la filière de prise en charge médico-sociale précoce
- Le développement des mutualisations et des coopérations y compris transfert de places vers un autre département
- Transfert de lits du sanitaire vers le médico-social conduisant à la création de places de MAS pour répondre aux situations d'hospitalisation de longue durée devenues « inadéquates »³⁰.

La troisième étape s'est centrée sur une déclinaison des objectifs généraux par territoire à partir d'une analyse croisée des caractéristiques de chaque territoire et des indicateurs précités et, sur une planification et programmation des mesures d'adaptation nécessaires de l'offre existante par territoire, en ciblant les établissements et services concernés.

Pour conduire la mise en œuvre de la programmation, plusieurs leviers d'actions ont été utilisés par les services :

- Groupes de travail associant les partenaires (MDPH, Education Nationale, CG, secteur associatif...) portant notamment sur l'articulation de l'offre en ITEP, la territorialisation des SESSAD et la création d'un internat pour adolescents autistes sur un territoire donné.
- Intégration des objectifs de restructuration des ESMS concernés dans le cadre de l'élaboration et signature de CPOM (outil de gouvernance du secteur)
- Utilisation des cadres juridiques de coopération (GCSMS – fusion/absorption d'associations)³¹
- Utilisation de l'appel à projet pour deux projets d'adaptation de l'offre à moyens constants : Territorialisation des SESSAD, Internat pour adolescents autistes

Cette démarche de restructuration de l'offre s'est heurtée à plusieurs limites qui relèvent principalement de l'évaluation des besoins qui restent à fiabiliser, d'une nécessaire coordination avec le conseil général (responsable du schéma handicap) et d'une concertation formalisée avec les différents partenaires concernés (MDPH, Education Nationale, politiques de l'emploi et du logement...) pour partager plus étroitement ces objectifs d'adaptation.

Une autre limite concerne la prise en compte de la problématique des jeunes amendements Creton du fait de l'absence de transfert vers le secteur des ESAT (absence de fongibilité entre crédits d'assurance maladie et crédits Etat) pour une logique de continuité des parcours.

La restructuration de l'offre médico-sociale doit :

- S'exercer concomitamment à l'adaptation de l'offre architecturale (ex : mobilisation du PAI, octroi de crédits non reconductibles)
- S'accompagner de véritables programmes de Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC) qui implique nécessairement une anticipation de la part des organismes gestionnaires
- Impliquer des nouveaux modes de gestion et de relations nécessitant une adaptation de l'organisation et des modes de gouvernance des organismes gestionnaires et de leurs ESMS.

³⁰ cf. Travaux de la mission nationale d'appui en santé mentale, à paraître (mai 2011) autour des hospitalisations de longue durée en psychiatrie (mentionnés en note de bas de page 22).

³¹ Programme COOPERACT porté par l'association Fédération d'Entraide Protestante, avec le soutien financier de la section V de la CNSA. Disponible sur l'Extranet de la CNSA

Il est composé de trois outils :

- L'auto-diagnostic sur 4 axes (stratégie et gouvernance, présentation des activités et prestations, organisation et fonctionnement, environnement) à destination des associations souhaitant s'engager dans la démarche de coopération
- une grille de synthèse permettant à l'association de s'auto-évaluer sur ces 4 axes
- un plan d'actions de coopération présentant une méthodologie d'aide à la décision pour l'association

IV Opérationnalisation de la méthodologie d'élaboration du SROMS

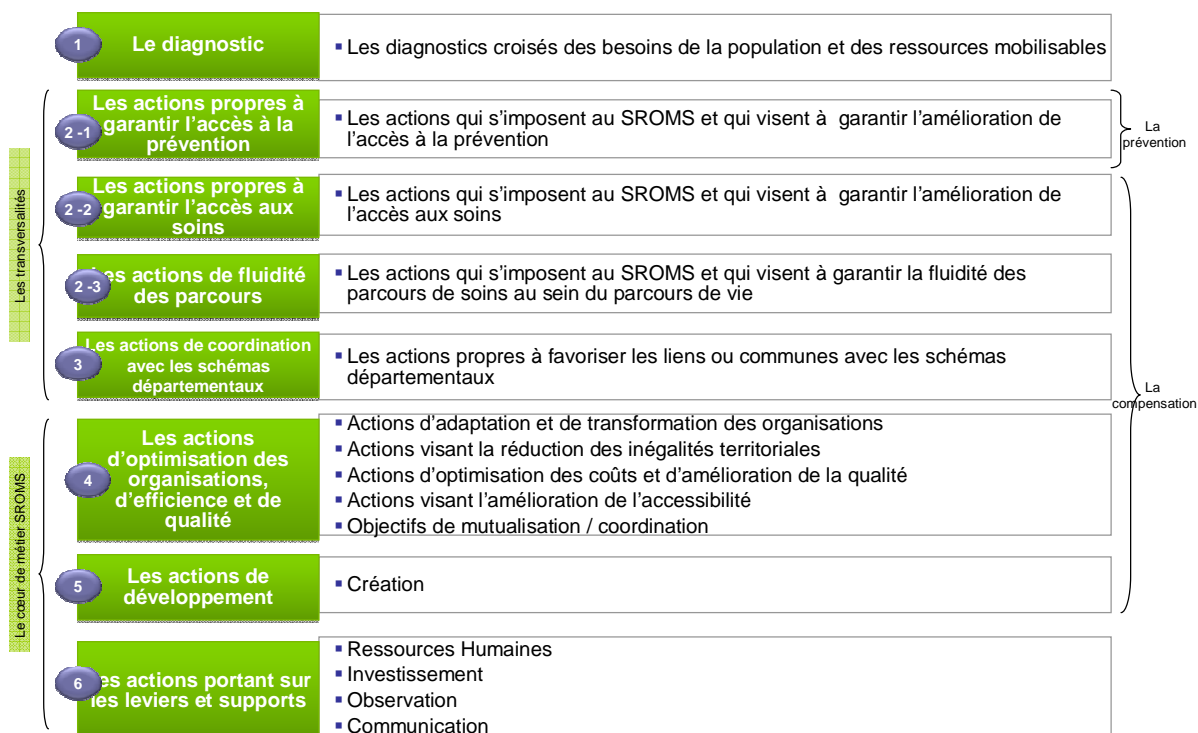
Le présent guide méthodologique est complété d'une proposition de démarche d'opérationnalisation. Cette démarche a pour vocation de répondre aux questionnements suivants, portés par l'ensemble des acteurs (ARS, conseils généraux, fédérations et associations du secteur médico-social) :

- Tous les acteurs adhèrent à la démarche de parcours de vie et de santé. La question est celle des modalités pour rendre opérationnelle cette démarche dans les territoires.
- Les associations du secteur médico-social s'interrogent sur les modalités du partage du diagnostic, des priorités et des objectifs de l'ARS en région avec les acteurs médico-sociaux.
- Les ARS évoquent la problématique de l'appui à la priorisation pour la phase opérationnelle du SROMS. Elles s'interrogent également sur le contenu formel attendu du SROMS : comment passer du diagnostic à la structuration formelle du document SROMS ?

Propositions pour répondre à ces interrogations

La démarche proposée a vocation à appuyer les ARS dans la rédaction d'un document SROMS dont le contenu attendu, pour l'ensemble des problématiques parcours de vie identifiées (cf. "frise" représentant les parcours de vie page 48, complétée par les approches par rupture de parcours, page 50), est le suivant :

Le contenu attendu du SROMS



IV-1 Les outils d'aide à la fixation des priorités et des objectifs opérationnels à partir du diagnostic multidimensionnel partagé

Les ARS ont procédé à la réalisation d'un diagnostic partagé et croisé des besoins des populations et des ressources mobilisables portant sur le problématiques parcours de vie. Ce diagnostic est réalisé en l'état des connaissances et des données disponibles.

Afin de les accompagner au mieux dans la démarche conduisant à l'élaboration des SROMS, le présent guide méthodologique est complété d'un kit d'opérationnalisation, à visée d'aide à la décision et à destination des ARS.

Pour l'appropriation de la démarche, des travaux complémentaires d'accompagnement, à partir des expériences en région, croisées avec les travaux des professionnels seront réalisés courant 2011. Des supports illustratifs partagés complémentaires seront produits. Des travaux relatifs à l'évolution de l'application web e-priac, qui constitue le support de consolidation locale et nationale des SROMS seront menés.

Le kit utilisateurs en vue de l'opérationnalisation et de l'aide à la décision comprendra les éléments suivants :

- Une notice d'utilisation du guide SROMS et des outils mis à disposition des ARS, qui a vocation à constituer un outil opérationnel d'aide à la décision pour l'élaboration du SROMS
- Les outils opérationnels suivants :
 - Des fiches "questions et repères", en annexe du présent guide méthodologique, qui présentent une démarche d'analyse multidimensionnelle complète des enjeux par problématique.
 - Une démarche complémentaire dite de "questionnements *a minima*" qui cible des enjeux d'amélioration pour les organisations et qui présentent une démarche de questionnements *a minima* par problématique aboutissant à la présentation d'une palette d'objectifs opérationnels possibles d'amélioration sur la période.
 - A également été élaborée une grille de synthèse des schémas et de consolidation locale et nationale de ces schémas.
Son objectif est multiple :
 - il s'agit d'une aide à la décision et à l'élaboration d'hypothèses d'opérationnalisation à 5 ans ;
 - c'est également un outil de synthèse régionale et de suivi du SROMS (tableau de bord de reporting) ;
 - un outil de consolidation nationale des SROMS ;
 - un outil permettant le chainage des objectifs du SROMS et des actions du PRIAC.

Cette grille est construite afin de permettre :

- L'identification de catégories de leviers à mobiliser dans le cadre du SROMS : chacun de ces leviers, qui renvoie à un domaine d'action (cf. Contenu attendu du SROMS), constitue la déclinaison d'un ou plusieurs objectifs opérationnels identifiés à l'étape précédente.
- Une description détaillée et consolidée de chaque élément de contenu du SROMS (description par levier ou de manière plus détaillée, des populations et territoire, de l'éventuelle contractualisation sur ce levier, de son impact financier, des liaisons avec les autres champs de compétence de l'ARS ou les politiques publiques hors ARS, les indicateurs de réalisation).

Les documents et outils ci-dessus n'ont pas vocation à être utilisés systématiquement par les ARS. Il s'agit d'outils d'aide à l'identification des points forts et des points faibles, des enjeux de progrès essentiels dans les cinq ans en matière d'amélioration de la connaissance, d'amélioration de l'efficacité et concernant les sujets à continuer d'approfondir.

IV-2/ Les outils d'aide à la construction d'un PRIAC rénové

Le PRIAC rénové, en "mode PRS", fait l'objet d'un guide méthodologique d'aide à la construction du PRIAC.

Il permettra une description plus précise, action par action, dans le temps, et dans ses dimensions financières, à partir des contenus de leviers identifiés dans le SROMS. Les éléments d'opérationnalisation du PRIAC font l'objet d'un guide méthodologique PRIAC.

Exemple opérationnel de chaînage complet PSRS → SROMS → PRIAC

Domaine du PSRS : Objectifs généraux et spécifiques

Il s'agit des objectifs déclinant les priorités de santé du PSRS, dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention, de la sécurité sanitaire, du médico-social, des soins ambulatoires et hospitaliers, de l'observation sanitaire et sociale. Ces objectifs transversaux ou ciblés pourront ensuite être traduits en dispositions opérationnelles par les trois schémas sectoriels. Ils peuvent porter sur un problème de santé, un déterminant de la santé, une population ou un territoire particulier.

Exemple :

Objectif général : améliorer la qualité de vie des personnes âgées,

Objectif spécifique : structurer par territoire les professionnels et services intervenant à domicile

Domaine du schéma : Objectifs opérationnels

Il s'agit d'objectifs opérationnels déclinant des objectifs généraux et spécifiques du PSRS.

Ils correspondent à des priorités identifiées au cours du diagnostic partagé, territorialisé et priorisé.

Il s'agit d'objectifs opérationnels dans la mesure où ils permettent de décliner un plan d'action opérationnel en vue de la réalisation de ces objectifs.

Exemple :

Redéfinir l'organisation territoriale cible des SSIAD accessibles 7j/7 en tenant compte de l'activité libérale des complémentarités avec l'HAD

Domaines d'actions

Les objectifs opérationnels, puisqu'ils sont opérationnels, se déclinent aisément en domaines d'action à mobiliser pour atteindre ces objectifs. Plusieurs domaines d'action peuvent être mobilisés pour l'atteinte d'un même objectif.

Exemple :

Actions propres à faire évoluer la composition de l'offre de services médico-sociale

Catégories de leviers et leviers d'action

Il s'agit de la déclinaison des domaines d'action en leviers d'action concrets et mobilisables sur le terrain.

Exemple :

Modification des zones de desserte pour les SSIAD PA du territoire x et du territoire y

Domaine du PRIAC : Actions

Dans le PRIAC, il s'agit d'identifier, pour chaque levier, des actions individualisées.

Ces actions devront distinguer les situations pour lesquelles il y a nécessité de faire évoluer les autorisations et les autres. Parmi celles qui génèrent des évolutions d'autorisations, certaines seront liées à la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'appel à projets et d'autres pas. La distinction sera nécessaire pour le suivi de la mise en œuvre de la nouvelle procédure.

Exemple :

Evolution des autorisations sans procédure d'appel à projets

Sur le territoire X, le SSIAD X', X'' et X''' correspondant à Y places chacun, verront leur zone de desserte évoluer.

Résultat attendu : territoire X couvert. Coût de l'opération en base (montant actuel). Coût en MN : 0 €.

Evolution des autorisations avec procédure d'appel à projets

Sur les territoires X et Y, création de Z places de SSIAD par extension ou transformation de dispositifs déjà existants

V- L'élaboration des objectifs quantifiés et qualitatifs

La régulation du secteur médico-social est notamment fondée sur la gestion du dispositif des autorisations de fonctionner, délivrées par les autorités publiques compétentes, selon la nature de l'établissement ou du service concerné.

Le cadre de délivrance des autorisations n'a pas été modifié par la réforme mise en œuvre par la loi HPST de l'appel à projets : les autorisations doivent être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma et déclinés dans le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, le PRIAC.

Les objectifs du schéma déclinés dans le PRIAC doivent donc être fixés quantitativement et se traduiront en autorisations de fonctionner. Les créations de places nouvelles et les transformations sont donc en premier lieu concernées par la fixation d'objectifs quantifiés.

Les autorisations de fonctionner déjà délivrées devront également être sécurisées.

La fixation d'objectifs quantifiés permettra un suivi quantitatif de leur réalisation (modalités de fixation précisées ci-dessous) et permettra de les traduire en indicateurs de suivi d'activité et d'efficience.

Les objectifs quantifiés du secteur médico-social, qui doivent croiser, en vue de la caractérisation de l'activité, un effectif de personnes concernées et des modalités d'accompagnement, doivent être fixés de manière à pouvoir :

- rendre compte, selon plusieurs approches, d'un certain niveau d'activité,
- permettre le suivi de certains ratios financiers et de coûts (cf. partie efficience).

Caractérisation de l'activité		Catégories d'établissements et de services concernés
Nombre de places		tous exceptés CMPP et CAMSP
	le cas échéant par classe d'âge	tous
Clientèle visée	le type de déficience (Finess)	tous
File active*		CAMSP CMPP SSIAD L'identification d'un objectif de file active pour les SESSAD et les SAMSAH constitue un sujet à approfondir sur la durée du schéma (DGCS-CNSA)
Mode d'accueil des enfants	Externat Internat complet Internat de semaine Semi-internat (demi pension) Accueil temporaire <i>L'accueil de week-end doit également être un objectif à développer</i> Intégration en milieu ordinaire Prestation sur le lieu de vie / en milieu ordinaire	tous les établissements pour enfants (excepté les services : SESSAD, CAMSP, CMPP)
Mode d'accueil des adultes Complété du type d'intervention	Accueil de jour Accueil de nuit Accueil jour et nuit Accueil temporaire Accueil de week-end Aide par le travail orientation et formation professionnelle Accueil médicalisé Accompagnement médico-social Prestation sur le lieu de vie / en	tous les établissements pour adultes

	milieu ordinaire	
Mode d'accueil des personnes âgées		tous les établissements pour personnes âgées, y compris accueils de jour et hébergement temporaire (excepté les services : SSIAD)
Zone territoriale de desserte	Zone de recours aux soins ambulatoires	SSIAD (définition MRS)**
	Indicateur à construire	SESSAD UEROS (...)

* Définition de la file active : effectif des enfants accueillis au moins une fois dans l'année, comptés une seule fois, dans une seule catégorie (définition retenue pour les statistiques annuelles et pour les études CAMSP réalisées par la CNSA, téléchargeables sur http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Etude_qualitative_CAMSP_2009.pdf
 NB : L'arrêté du 5 juillet 2006 fixe pour les centres d'action médico-sociale précoce les indicateurs d'évaluation de l'activité et leurs modes de calcul.

Indicateurs socio-économiques (arrêté du 5/07/2006)

Indicateurs applicables	Donnée de base et mode de calcul
N° 1 répartition des populations par classe d'âge et par sexe	100 X Effectif par classe d'âge (0 à 12 mois ; 13 à 24 mois ; 3 à 4 ans ; 5 à 6 ans ; plus de 6 ans) et par sexe / Effectif total Age pris en compte au 31/12 de l'exercice ; effectif total de la population accueillie : un enfant reçu au moins une fois dans l'année est compté une seule fois
N° 2 répartition des populations par type d'intervention	100 x nombre d'enfants vus dans le cadre du dépistage / Effectif total 100 x nombre d'enfants vus en bilan initial / Effectif total 100 x nombre d'enfants suivis en prise en charge thérapeutique / Effectif total 100 x nombre d'enfants en contact ponctuel / Effectif total Effectif total de la population accueillie : un enfant reçu au moins une fois dans l'année est compté une seule fois, dans une seule catégorie

** avenant n°1 du 04/09/08 à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmiers et l'UNCAM

Indicateurs de suivi d'activité (suivi ou non dans l'enquête ES)		
Hors ES	ES	
	Général	CAMSP et CMPP
Taux d'occupation	Effectifs présents Journées ou séances réalisées File active annuelle Jours d'ouverture dans l'année Entrées Sorties	Nombre de patients venus pour la 1 ^{ère} fois dans l'année Activité réalisée en séances Activité réalisée en forfaits facturables (CMPP uniquement) Nombre de rendez vous donnés Nombre de rendez-vous honorés Nombre de patients en attente du 1 ^{er} rendez-vous Délai moyen d'attente pour le 1 ^{er} rendez-vous Nombre de patients en attente de traitement Délai moyen d'attente pour débiter le traitement Effectif total du personnel Age minimal des patients Age maximal des patients Répartition par âge et par sexe des patients reçus Origine géographique des patients Orientation des patients vers le centre

VI- Les actions portant sur les leviers et supports pour la mise en œuvre des objectifs du SROMS

Pour faire évoluer l'organisation médico-sociale à cinq ans, la fixation des objectifs quantifiés par territoires prioritaires pourra mobiliser les leviers de l'autorisation des activités et des financements de la responsabilité directe des ARS. Cependant, l'expérience acquise dans les exercices de planification et de programmation précédents a démontré que la faisabilité des objectifs et leur caractérisation étaient tributaires de leviers complémentaires dont la mobilisation dépasse les seules interventions des ARS, et qui se situent au-delà du périmètre du SROMS.

L'identification des grands types d'action d'accompagnement à prévoir pour atteindre les objectifs du SROMS paraît utile pour favoriser l'atteinte des résultats dans la période considérée.

Quatre types d'actions ont été identifiés à ce titre :

- Les actions sur les ressources humaines :

Les activités médico-sociales sont entre 75 et 90 % soutenues par des moyens humains pluridisciplinaires, composés de métiers médicaux, paramédicaux et sociaux qualifiés. Or, des tensions sont identifiées sur plusieurs métiers, parfois de manière récurrente, et plus particulièrement sur certaines régions (à titre d'exemple : Ile-de-France, Centre...). Le niveau des postes vacants ou occupés par des faisant fonction en établissements et services peut être un indicateur à prendre en compte dans la fixation des objectifs. La non-disponibilité des ressources humaines peut peser directement sur la capacité à développer l'accès aux services dans certains territoires urbains comme ruraux. En parallèle, sur les établissements existants, des besoins forts de qualification peuvent être identifiés. Enfin la promotion de la qualité de service et de la bientraitance appelle des efforts de formation continue importants pour accompagner non seulement la qualification individuelle mais la qualité collective de service et l'évolution des organisations.

L'attractivité des métiers de service est donc une condition de mise en œuvre du SROMS.

En cohérence avec les objectifs prévus le cas échéant sur la démographie des professions sanitaires et sociales dans le Plan stratégique régional de santé, le besoin en emploi tant quantitatif que qualitatif généré par les options du SROMS sera à prendre en compte dans la priorisation.

Les leviers propres à l'ARS et partagés avec d'autres décideurs sont développés au III-2 de la 2^{ème} partie du guide.

Le soutien du niveau national :

Dans le cadre des outils d'aide à l'opérationnalisation du SROMS, une fiche « questionnements a minima » sur le secteur des ressources humaines vient à l'appui de cette thématique.

- Le besoin d'aide à l'investissement pour moderniser, adapter ou développer l'offre :

Le diagnostic du parc existant (exemple : part du parc de logements-foyers inadaptés), et de son adaptation aux standards actuels est une composante de la transformation de l'offre, dans un contexte où la disponibilité et la pression sur le foncier sont inégales.

Ce sujet dépasse le périmètre du SROMS mais mérite d'être identifié le cas échéant comme une contrainte afin d'identifier les types d'actions à mettre en œuvre : intégration des besoins médico-sociaux dans les PLH et les opérations urbaines lourdes, coordination avec le Préfet de région et les collectivités délégataires pour la programmation des aides à la pierre (PLS en particulier).

Le soutien du niveau national :

Dans le cadre des outils d'aide à l'opérationnalisation du SROMS, une fiche « questionnements a minima » sur le champ de l'investissement vient à l'appui de cette thématique.

En outre, une actualisation de la grille d'aide au diagnostic du bâti sera mise en partage début 2011, à partir de travaux menés en région.

- L'observation partagée en région :

Compte tenu du progrès nécessaire des connaissances dans le champ de l'aide à l'autonomie, et à l'issue du diagnostic en cours mené en région, des champs de connaissances complémentaires à approfondir seront vraisemblablement identifiés. La structuration de cette fonction collective d'observation peut constituer une action d'accompagnement de la mise en œuvre du schéma en tant que telle. L'évaluation de programmes a démontré l'effet intégrateur de cette fonction et ses conséquences sur la mise en réseau des acteurs.

Leviers : CREAL, ORS, plate- formes d'observation, partenariat avec les universités (dont sciences humaines, économie)

Le soutien du niveau national :

Les travaux menés en région depuis un an et les réactions des partenaires à la première version du guide méthodologique identifient un enjeu majeur sur la connaissance partagée des besoins des populations à visée décisionnelle (accessibilité, qualité, croisement des données, méthode quantitative et qualitative...). Toutes les régions ne disposent pas des mêmes ressources dans ce domaine et les travaux nationaux doivent être à l'avenir rendus encore plus accessibles aux acteurs régionaux. Le partenariat CNSA, DREES et autres producteurs d'études et de données sur le champ de la perte d'autonomie doit continuer à appuyer cette attente dans la période de mise en œuvre du schéma régional.

Ce sujet concerne les études, les recherches et les systèmes d'information.

- La communication :

Le secteur médico-social est multiple et divers dans sa représentation et les professionnels mobilisés. Au-delà de la participation et l'animation des instances (CRSA, Conférences de territoires...), la circulation de l'information à tous les stades du projet est d'autant plus importante pour mobiliser les acteurs médico-sociaux jusqu'aux professionnels dans une phase de profonde mutation.

VII- L'évaluation du SROMS

L'évaluation du schéma régional d'organisation médico-sociale suivra les principes généraux posés pour l'évaluation de l'ensemble du PRS.

La qualité de l'évaluation dépendra de la précision de description de la situation de référence en début de schéma et portera sur les indicateurs liés aux objectifs opérationnels retenus par grands thèmes.

S'agissant de l'offre médico-sociale, elle s'appuiera sur les indicateurs identifiés dans le cadre du CPOM avec les ARS, complétés des indicateurs d'engagement, de transformation, de consommation et d'installation (source : SELIA).

Il s'agira d'identifier les freins mis au développement quantitatif de l'offre au travers d'indicateurs robustes permettant de juger la mise en œuvre des programmes nationaux et régionaux.

ANNEXES

CARACTERISTIQUES DES POPULATIONS - DONNEES DISPONIBLES CONCERNANT LA PREVALENCE DES DEFICIENCES ET DES LIMITATIONS D'ACTIVITE

Limites de l'utilisation des déficiences pour approcher les besoins :

Elles ne représentent qu'une des facettes du handicap et ne préjugent pas des besoins qui seront à satisfaire : en effet, on note que les modes de scolarisation sont très variables non seulement en fonction de la déficience mais également en fonction de l'âge, et probablement en fonction de la zone géographique et de son équipement. Par exemple, parmi les jeunes ayant des déficiences intellectuelles sévères, à l'âge de 7 ans, 50 % fréquentent un IME, 25 % une CLIS et 15 % une classe ordinaire.

Il est donc nécessaire de pondérer ces éléments de cadrage liés aux déficiences par les limitations d'activités et besoins d'accompagnement dans les différents domaines, ainsi que par l'évolution des attentes et souhaits des familles en matière de scolarisation, d'accueil et d'accompagnement de leurs enfants handicapés, pour suivre le même exemple.

De plus, l'application de taux nationaux ne prend évidemment pas en compte les inégalités territoriales de santé, dont on présume qu'elles existent en matière de handicap et pas seulement en matière de pathologies, mais qui sont à l'heure actuelle insuffisamment documentées.

Données de cadrage pour les enfants :

Concernant les déficiences, les sources nationales utilisables les plus récentes sont les prévalences relevées par les réseaux RHEOP³² depuis une vingtaine d'années, qui notent que les taux restent assez stables dans le temps. Par ailleurs ces taux sont conformes aux données de la littérature.

Ainsi en 2006, pour des enfants nés entre 1987 et 1998, on obtient les prévalences suivantes sur 3 départements métropolitains :

Déficience	Taux pour 1000 enfants dans la 8 ^{ème} année de vie
Au moins une déficience sévère	6,2 à 6,6
Déficience intellectuelle sévère	3,1 à 3,2
Déficience motrice	3
Déficiences sensorielles sévères (visuelle ou auditive)	1,4

Concernant l'autisme et les TED, les taux de prévalence sont encore plus difficiles à manier, du fait principalement de l'évolution de leurs définitions, ayant depuis plusieurs décennies considérablement élargi le périmètre de ces pathologies.

Les taux de prévalence issus de revues de littérature internationale font état en 2003³³ d'un taux de :

	Taux pour 1000 enfants
Autisme	1
Ensemble des TED	2,7

Des publications plus récentes font état d'un taux plus élevé pour l'ensemble des TED, pouvant aller jusqu'à 6 ou 7/1000. Les chercheurs s'accordent à dire que cette apparente augmentation est en fait liée à l'élargissement des critères et une meilleure reconnaissance des troubles autistiques, notamment parmi les jeunes sans déficit intellectuel.

Pour les enfants, on peut faire l'hypothèse que l'application du taux de prévalence moyen à l'ensemble de la tranche d'âge 0-20 ans ne pose pas de problème particulier, les déficiences survenant généralement dès la naissance ou très précocement.

³² Données 2006 enfants nés jusqu'en 1998 publiés dans le Bulletin Epidémiologique hebdomadaire du 4 mai 2010 / n°16-17 disponible sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

³³ Fombonne, E. (2003). Epidemiological Surveys of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: An Update. Journal of Autism and Developmental Disorders, 33 (4), pp365-382.

Données issues des MDPH :

Il n'est pas possible aujourd'hui d'obtenir la répartition des usagers de la MDPH, enfants ou adultes, par diagnostic ou déficience. Toutefois, pour les enfants, il existe une source permettant d'approcher la répartition des types de pathologies à l'origine des handicaps et des déficiences parmi les jeunes ayant eu un dossier en raison de leur handicap, à partir de l'enquête « trajectoire des enfants passés en CDES » réalisée en 2005³⁴.

En appliquant ces taux à la population connue de la MDPH, on peut obtenir une vision approximative des types de handicaps rencontrés.

Données de cadrage pour les adultes :

Les chiffres de prévalence, équivalent à ceux que l'on peut trouver pour les enfants, ne sont pas disponibles pour la population générale.

Pour les adultes, ces taux de prévalence ne sont disponibles que pour les demandeurs de l'AAH, qui ne représentent pas la totalité de la population handicapée s'adressant à la MDPH³⁵

	AAH accordée
1- Déficience intellectuelle	17
<i>dont retard mental (1)</i>	12
<i>dont trisomie 21</i>	2
2 - Déficience du psychisme	28
<i>dont F2 (schizophrénie...) (2)</i>	11
<i>dont F3 (troubles de l'humeur) (3)</i>	6
3 - Déficience sensorielle (auditive ou visuelle)	5
4 - Déficience viscérale, du langage ou autre déficience (esthétique...)	15
5 - Déficience motrice	22
6 - Surhandicap	5
7 - Plurihandicap	5
8 - Polyhandicap ou état végétatif	3
Total	100

Source : DREES - enquête sur un échantillon de personnes ayant demandé l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006.

Données issues de l'enquête Handicap-Santé :

Les chiffres disponibles sont issus d'une source déclarative, les difficultés n'ont donc pas été évaluées par des professionnels. Par ailleurs elles ne sont valables qu'à l'échelle nationale, seules des extensions locales *ad hoc* permettent d'obtenir des chiffres ayant une validité à l'échelle d'un département. Les premières publications³⁶ issues de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires réalisée en 2008 donnent principalement des indications sur les limitations fonctionnelles et les restrictions dans la réalisation des activités du quotidien.

Il faut noter que les prévalences de ces limitations sont très différentes selon que l'on a entre 20 et 39 ans, ou entre 40 et 59 ans. La plus grande prudence devra donc être observée dans l'utilisation à une échelle territoriale de tels taux.

³⁴ Etudes et Résultats DREES n°467 février 2006 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er467/er467.pdf>

³⁵ Etudes et Résultats DREES n°640 juin 2008 <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er640.pdf>

³⁶ Insee Références « France, portrait social, édition 2009 » L'approche du handicap par les limitations fonctionnelles et la restriction globale d'activité chez les adultes de 20 à 59 ans http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/FPORSOC09K.PDF
Etudes et Résultats DREES n°718 février 2010 <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er718.pdf>

En %	A au moins ...			
	Une limitation physique absolue	Une limitation cognitive grave	Une restriction ADL absolue	Une restriction IADL absolue
20-39 ans	2,0	7,9	0,4	1,7
40-59 ans	6,8	9,0	0,5	3,5

Les limitations physiques déclarées sont par exemple : marcher 500 m sur un terrain plat, se servir des mains et des doigts, contrôler ses selles et ses urines etc. Les limitations cognitives : ne plus se souvenir à quel moment de la journée on est, avoir des difficultés pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne, se mettre en danger par son comportement.

Les ADL comportent se lever, se laver, aller aux toilettes, prendre ses repas, etc. Les IADL comportent : se déplacer dans le logement, faire les courses, les tâches ménagères, les démarches administratives etc.

Les restrictions d'activités sont déclarées dans cette enquête de façon globale par la réponse à la question « êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que font les gens habituellement » ?

	oui, mais pas fortement	fortement
20 à 59 ans vivant en ménage ordinaire	12 %	6 %

En conjuguant un ensemble de facteurs, quatre groupes de personnes ont pu être distingués selon leur degré d'autonomie dans la vie de tous les jours :

- autonomes,
- en autonomie modérée avec quelques difficultés dans la vie courante mais pas de difficulté absolue dans les actes essentiels,
- dépendantes avec quelques difficultés sur les actes essentiels,
- fortement dépendantes avec des difficultés majeures dans tous les domaines.

Là encore, on constate que l'avancée en âge entre 20 et 59 ans voit les limitations progresser : on trouve ainsi 2 fois plus de personnes dépendantes chez les 40-59 ans que chez les 20-39 ans.

L'application de ces taux à la population générale d'un territoire doit donc être prudente, la pyramide des âges locale pouvant avoir un impact non négligeable.

	Autonomie modérée	dépendantes	Fortement dépendantes
20-39 ans			0,5 %
40 – 59 ans	5,8 %	0,9 %	0,1 %

Données issues de l'enquête HID 1998-2001

Cette source plus ancienne est, elle aussi, déclarative, et la qualité de la donnée en matière de description des déficiences est très discutable.

Les publications des résultats par l'INSEE fournissent des repères sur des catégories exclusives de déficiences :

Pourcentage	Groupe en clair
	Mono-déficiences :
2.9	01. Intellectuelle et mentale
6.3	02. Motrice
9.2	03. Autre physique
	Pluri-déficiences, dont IME :
2.0	04. IME et motrice
1.5	05. IME et autre(s) physique(s)
	Pluri-déficiences physiques :
4.5	06. Dont motrice
1.4	07. Sans motrice
	Autres :
10.9	08. Déficiences non précisées
61.3	09. Pas de déficience déclarée

Il faut toutefois se souvenir que quasiment 40 % de la population générale tous âges confondus déclarent une déficience. Ce pourcentage dépasse 18 % pour les enfants de 0 à 9 ans et atteint 30 % pour les 10 à 19 ans. S'agissant de planification médico-sociale, ces déficiences déclarées sont donc loin de représenter une indication des besoins à couvrir, et ce quel que soit l'âge.

Fiche « questions et repères »

Action précoce

Public	Petite enfance
Handicap	Tout type de handicap
Santé	Prévention et accompagnement précoce des enfants

Enjeux

La généralisation du dépistage dans la période prénatale ou périnatale est à l'origine d'une demande d'accompagnement et de soins de plus en plus précoce et pour un plus grand nombre d'enfants à risque ou en situation de handicap.

Ces soins et cet accompagnement ne peuvent pas toujours être assurés par les acteurs de « droit commun » c'est pourquoi une offre médico-sociale spécifique a été développée : les CAMSP. Malgré leur fort développement depuis 20 ans, des inégalités territoriales d'accès à ces services persistent, liées à des problèmes de répartition sur le plan géographique, mais aussi à une inégale répartition des capacités d'intervention et de la pluridisciplinarité au sein de ces structures ou en articulation avec leurs partenaires, ne permettant pas la réalisation de l'ensemble des missions.

Une offre adaptée en CAMSP doit permettre de réaliser à la hauteur des besoins le dépistage et l'accompagnement précoce pluridisciplinaire des enfants dès la naissance afin de préserver et accompagner le plein développement de leurs capacités. Pour cela, il est nécessaire de les accompagner ainsi que leur famille, dans leur environnement, et ce, en articulation avec l'ensemble des acteurs de la périnatalité et avec les structures d'accueil de droit commun des enfants de cette tranche d'âge (crèche et autres modes de garde, école maternelle).

Buts à atteindre

- Garantir la fluidité des parcours de soins et d'accompagnement, des 0-6 ans à risque de handicap par la complémentarité de l'offre CAMSP / CMPP / SESSAD / SAFEP / SSEFIS / SAAAS / établissements médico-sociaux / établissements sanitaires / médecins et para-médicaux libéraux.
- 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.

Objectifs opérationnels

Construire la complémentarité de l'offre à partir de l'existant et des spécificités locales

- Tendre vers une offre polyvalente d'accompagnement précoce, accessible à moins de 40 minutes du domicile.
- Offrir une offre spécialisée, d'implantation plus diffuse exerçant outre sa mission première d'accompagnement spécialisé, une mission ressource pour les acteurs polyvalents et notamment les CMPP et SESSAD.
- Réduire les délais de latence entre la révélation d'un handicap et l'accès à la ressource adéquate, notamment au CAMSP ou au SESSAD.

- Réduire les délais de latence entre le « transfert » de l'usager du CAMSP vers un SESSAD ou un CMPP et organiser les périodes de transition entre ces établissements et services.
- Veiller à la disponibilité des ressources humaines notamment médicales et paramédicales.

Éléments de diagnostic pour la planification de l'offre en action médico-sociale précoce adaptée aux besoins de la population

1/ identification collective des besoins

Objectifs : Repérer les besoins prioritaires dans une perspective d'amélioration de l'organisation territoriale de l'offre de services pour répondre aux besoins en matière de dépistage, diagnostic, prévention, soin et accompagnement précoces des enfants handicapés de 0 à 6 ans.

Objectif quantitatif : *Combien d'enfants handicapés de 0 à 6 ans suivis par les CAMSP sur le territoire ? Quelles données disponibles ?*

- les données MDPH dès lors qu'elles sont disponibles,
- les données disponibles auprès des CAMSP.

Objectif à croiser avec une approche plus qualitative, en lien avec la mise en place d'une observation des besoins liés au dépistage, diagnostic, prévention, soin et accompagnement précoce des enfants handicapés.

Les indicateurs liés au dépistage des déficiences et des troubles

Les facteurs de risques médicaux pour l'enfant :

Les indicateurs Péristat E1 à E3, taux de mortalité, de mortalité néonatale et de mortalité infantile ; E4 et E5, distribution du poids et de l'âge gestationnel de naissance ; R11 taux de naissances très prématurées dans un établissement sans service de réanimation néonatale.

Le taux de suivi des grossesses et de préparation à la naissance, le taux d'hospitalisation pendant la grossesse.

Les indicateurs de prévalence des handicaps :

Péristat : R1, R2, D2, D3, prévalence de certaines anomalies congénitales, des paralysies cérébrales, des encéphalites ischémiques hypoxiques, distribution du score d'Apgar à 5 minutes.

Les facteurs de risque sociaux, les caractéristiques des mères :

A partir des indicateurs Péristat : R4, proportion de mères qui fument pendant la grossesse, R5, distribution du niveau d'études maternelles, R7, distribution de l'âge gestationnel à la 1^{ère} consultation prénatale, D8, distribution du pays d'origine de la mère, D9, indicateur de soutien maternel, D10, indicateur de satisfaction maternelle.

A partir d'indicateurs du 1^{er} certificat de santé, âge diplôme et activité de la mère.

Les caractéristiques sociodémographiques de la population et les caractéristiques géographiques du territoire :

La dynamique populationnelle pour une évaluation des besoins y compris à long terme :

Population jeune ou vieillissante, caractéristiques sociales de la population.

Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH selon le complément perçu.

Le contexte socio-économique et les modes de vie :

Capacités de recours à l'offre médico-sociale, sur l'accès aux soins de ville, sur certains types d'affection (syndrome d'alcoolisation fœtale, faible poids de naissance, santé de la mère, plombémie), Prise en compte de l'environnement familial pour limiter les conséquences du handicap (logement exigu ou inadapté, moyens de transport, mobilisation des aides).

Modalités de collaboration avec la PMI et avec l'ASE.

Sélectionner les indicateurs pertinents d'identification des besoins liés à ces besoins non couverts dans une perspective d'une amélioration du diagnostic, prévention, soin et accompagnement précoce des jeunes enfants handicapés ?

En fonction des contextes géographiques et socio-économiques, il conviendra de s'interroger sur la pertinence des déplacements des professionnels au domicile des familles pour assister et conseiller les parents dans l'accompagnement de leur enfant, favoriser l'apprentissage d'outils de communication, ou éviter à un enfant très fragile un déplacement difficile.

On peut approcher les besoins non couverts par les indicateurs ci-dessous, qui restent à développer localement.

Les listes d'attente, ou les temps d'attente avant un premier rendez-vous :

Rapports d'activité transmis par les CAMSP aux ARS : cet indicateur peut être biaisé par des modes de gestion très différents d'un CAMSP à l'autre. Ils doivent donc faire au préalable l'objet d'une définition partagée au niveau du territoire. Il peut aussi exister une part, qui par essence n'est pas mesurable, de non-demandes parce que les professionnels partenaires savent que le CAMSP est saturé.

Les résultats de l'enquête quantitative 2008 (CNSA) :

Une attente avant le 1^{er} rendez-vous était signalée par 79 CAMSP, au total pour 957 enfants, tandis que 1 221 enfants étaient en attente, entre le 1^{er} rendez-vous et un 1^{er} soin.

L'enquête qualitative confirme la saturation de certains CAMSP.

Pour être utilisables à l'échelle d'un territoire, ces indicateurs doivent être au préalable définis en commun et recueillis de manière homogène.

2/ Le questionnement collectif des organisations au regard de leur nécessaire adaptation - un diagnostic des ressources

Objectif : répondre aux questions de l'impact collectif de l'organisation territoriale de l'offre actuelle contribuant au dépistage, au diagnostic et à l'accompagnement précoce des enfants handicapés sur les ressources existantes

Comment les différentes missions de dépistage, diagnostic, prévention, soin et accompagnement précoces sont exercées dans les territoires de santé de la région ?

Des coopérations existent-elles entre les acteurs pour favoriser la participation sociale et la scolarisation des enfants handicapés ?

Identifier les forces et faiblesses de l'organisation actuelle de l'offre.

L'organisation de la fonction observation-évaluation permet-elle d'identifier les besoins des enfants handicapés en établissement et à domicile et d'anticiper sur les besoins à venir ?

- Quelle vigilance auprès de la population handicapée pour préparer les relais après 6 ans ?
- Quelle détection des situations les plus complexes ?
- Observatoire des besoins à venir, quel partenariat avec la MDPH et les acteurs du secteur ?

L'organisation de l'offre actuelle en CAMSP permet-elle de répondre à un dépistage, diagnostic et un accompagnement précoce des enfants handicapés de 0 à 6 ans ?

- Capacité des CAMSP existants, représentée par leur file active³⁷, analysée par mission et rapportée à la population enfantine de l'aire géographique de couverture du CAMSP. Le cas échéant, existence de SESSAD réalisant des prises en charge pour les 0 / 3 ans.
- Caractérisation de leur activité actuelle, détaillée mission par mission telles que déclinées dans le cadre des indicateurs relatifs aux CAMSP (Arrêté du 5 juillet 2006).

³⁷ File active annuelle = nombre d'enfants suivis par le CAMSP le 1^{er} janvier + nombre d'enfants vus pour la 1^{ère} fois l'année n

- Comparaison des coûts par habitant (population des 0 à 6 ans) relatifs aux CAMSP, par département (hors participation des CG de l'ordre de 20 %), à analyser plus finement par grands postes budgétaires et à rapprocher des indicateurs d'activité (*Source REBECA - CNSA*).

L'organisation de l'offre en direction de la petite enfance à risque ou en situation est-elle cohérente sur les territoires ?

- Diagnostic de l'offre médico-sociale disponible pour les enfants de 0 à 6 ans en termes de SAFEP, SSEFIS, SESSAD, voire établissements médico-éducatifs avec section petite enfance, en repérant les transitions effectuées avec les CAMSP (âge de transition par type de déficience notamment).
- Diagnostic de l'offre sanitaire et sociale en direction des 0-6 ans : réseaux périnatalité, consultations pédiatriques pluridisciplinaires, PMI, CMP ou hôpital de jour ou autre intervention pédopsychiatrique en direction de la petite enfance, praticiens et para-médicaux libéraux.
- Cartographie globale de l'offre sanitaire et médico-sociale existante et programmée, rapportée à la population des moins de 6 ans, y compris les SESSAD, CMP et CMPP.

Ces questionnements peuvent être alimentés par les axes de réflexion suivants.

Quelles sont les ressources disponibles intervenant par niveau de territoire pour le dépistage, au diagnostic et à l'accompagnement précoce des enfants handicapés ?

- Nombre de structures médico-sociales ? Caractéristiques, implantation géographique ?
- Diagnostic géographique de l'implantation des CAMSP sur le territoire de santé : existence de zones d'habitat avec un temps d'accès supérieur à 30 ou 40 minutes, que ce soit au CAMSP, à une de ses antennes ou à des consultations avancées du CAMSP dans des locaux de partenaires (PMI) ou des locaux mis à disposition, ou par des déplacements des professionnels au domicile ou sur les lieux d'activité de l'enfant.
- Quel niveau territorial d'intervention (régional, territoire de santé, département, territoires de proximité) ?
- Impact de la structure géographique des territoires, du tissu de transports et des contextes socio-économiques dans lesquels les CAMSP évoluent.

Quelles ressources humaines dans ces établissements et services ?

- Taux d'encadrement moyen
 - Dont en animation.
 - Dont éducatif.
 - Dont en soins.
- Analyse de leurs moyens en professionnels (médecins spécialisés, rééducateurs, auxiliaires médicaux, psychologues, personnels d'éducation précoce, assistants sociaux...)
- Quel plan de formation à l'accompagnement des enfants de 0 à 6 ans ?

Quelle organisation en matière de coordination des interventions ?

- Diagnostic des partenariats développés par les CAMSP avec l'ensemble des acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, scolaires et de la petite enfance.
- Rôle des établissements et services qui accueillent ou accompagnent les enfants de 0 à 6 ans en matière de dépistage, de diagnostic précoce ? Analyse mission par mission de la complémentarité de l'ensemble des ressources sanitaires et médico-sociales à destination des 0-6 ans, disponibles sur le territoire.
- Environnement institutionnel des établissements et services : conventions de partenariat, réseaux, modalités de coopération.

Fiche « questions et repères »

Scolarisation et participation sociale des enfants et adolescents handicapés

Public	Enfants- adolescents handicapés
Handicap	Accompagner et améliorer la scolarisation et la participation sociale des jeunes handicapés dans les structures de droit commun

Enjeux

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 2005³⁸. Les différents modes de scolarisation des enfants handicapés offrent ainsi une palette de solutions allant de l'accueil individuel en milieu ordinaire sans accompagnement particulier, jusqu'à l'accueil à temps complet en établissement médico-social, en passant par des modes intermédiaires d'accompagnement individuel ou collectif en milieu ordinaire : aide d'un auxiliaire de vie scolaire, accompagnement médico-social par un SESSAD, classes adaptées (CLIS, ULIS), unités d'enseignement.

Quel que soit le lieu d'accueil de l'élève, le lien avec son établissement scolaire de référence perdure.

Du point de vue de la scolarisation, les progrès constatés doivent être poursuivis, notamment par le développement des services d'accompagnement et par la recherche d'une articulation toujours plus étroite entre l'école ordinaire et le secteur de « l'éducation spéciale ».

Au-delà de leur seule formation, la participation sociale des enfants et adolescents handicapés passe aussi par leur accueil dans les structures de droit commun d'accueil préscolaires et périscolaires.

Cadrage national

Le décret n° 2009-378 du 2 avril 2009³⁹ modifiant le code de l'action sociale et des familles étend et généralise des dispositifs et des pratiques de coopération entre les acteurs du service public de l'éducation et du secteur médico-social en matière de scolarisation des élèves handicapés. Cette coopération favorise le parcours individualisé de l'élève, adapté à ses besoins et susceptible d'être aménagé tout au long de sa scolarité.

Un arrêté interministériel du 2 avril 2009 met en place, au sein de l'établissement médico-social, sanitaire ou scolaire, les unités d'enseignement qui permettent la scolarisation des enfants dont l'état de santé ou l'importance du handicap ne permet pas de recevoir cette formation à temps plein en milieu scolaire ordinaire.

L'article D312-10-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose que les schémas d'organisation sociale et médico-sociale comprennent les créations et transformations d'établissements ou de services nécessités par l'amélioration des dispositifs de scolarisation des élèves handicapés. A ce titre ils précisent également le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services médico-sociaux (L312-1 I, 2°, 3° et 11°), les établissements de santé (L6111-1 du code de la santé publique) et les établissements scolaires.

³⁸ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

³⁹ Articles D312-10-1 à D312-10-16 du CASF et D312-4, D312-12, D312-18 du Code de l'Education, Articles D312-11 à D312-58 du CASF et D312-59-2 à D312-121 du CASF

But à atteindre

- Accompagner et améliorer la participation sociale des jeunes handicapés dans les structures de droit commun pour les modes de garde, l'école, la formation professionnelle, les loisirs, la culture, les vacances.

Objectifs opérationnels

- Favoriser la scolarisation des enfants et adolescents handicapés via la mise en œuvre des outils de coopération pertinents entre les établissements et services médico-sociaux et les établissements scolaires: coopération, unité d'enseignement...
- Favoriser la formation des adolescents handicapés pour améliorer leur accès à une vie sociale adulte et à l'emploi : formation professionnelle ou préparation à la vie professionnelle, apprentissage, enseignement supérieur...
- Promouvoir l'accueil d'enfants handicapés dans les structures de loisirs périscolaires et dans les structures d'accueil préscolaires dédiées à la petite enfance.
- Identifier les points de blocage à la participation sociale et à la scolarisation des enfants handicapés sur lesquels le schéma médico-social peut agir ainsi que les pistes d'amélioration (organisation de l'offre existante, créations, partenariats...).

Eléments de diagnostic pour la planification de l'offre

○ Identification collective des besoins des enfants et adolescents handicapés

Objectif : Identifier les besoins existants et les besoins non couverts pour en retirer les objectifs d'amélioration de l'offre.

1. 1 Objectif quantitatif : données sur les enfants et adolescents handicapés dans la région :

Quelles données disponibles pour la socialisation, la scolarisation des enfants et adolescents et l'insertion professionnelle des jeunes handicapés ?

- Les données MDPH : nombre de bénéficiaires PCH enfants-ACTP.
- Les données CAF et MSA pour l'AEEH et ses compléments.
- Les données éducation nationale sur le nombre d'enfants :
 - Non scolarisés
 - Scolarisé en établissement médico-social
 - Unité d'enseignement dans l'établissement médico-social
 - Unité d'enseignement dans un établissement scolaire
 - Scolarisé à temps partiel dans un établissement scolaire (scolarisation individuelle)
 - Scolarisé à temps complet dans un établissement scolaire (scolarisation individuelle)
 - Scolarisé dans un établissement scolaire : Classe pour l'inclusion scolaire (CLIS)
 - Scolarisé dans un établissement scolaire : Unité Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS, ex-UPI)
 - Scolarisé dans un établissement scolaire : SEGPA, bénéficiant d'un dispositif d'apprentissage adapté
 - Scolarisé dans un établissement scolaire : Etablissement régional d'enseignement adapté (EREA)
 - Scolarisé dans un établissement scolaire bénéficiant d'une AVS correspondant au PPS ou par défaut de structure adaptée
- Les données PDITH/PRITH et de la DIRECCTE relatives à l'apprentissage adapté et à l'insertion professionnelle des jeunes handicapés

1.2 les besoins de socialisation et de scolarisation

La recherche d'une information quantitative sur le public doit être croisée avec une approche plus qualitative, en lien avec la mise en place d'une observation systématique des besoins liés à la socialisation et la scolarisation. Cette approche plus qualitative est à privilégier dans le cadre de la continuité des parcours.

- **Indicateurs concernant l'offre existante et les tensions qu'elle exprime** le cas échéant : Taux d'équipement pour 1 000 habitants (Source : ES), File active des SESSAD, CAMSP, CMPP (Source : SESSAD, CAMSP, CMPP), Taux d'occupation moyen (Source : ESMS,) Durée moyenne d'ouverture des ESMS (Source : ESMS).

Données relatives aux motifs de sortie et aux orientations à la sortie (sources ES) permettent de mieux qualifier ces tensions et d'interroger les organisations actuelles des ESMS.

- **Recherche de données sur les besoins non couverts** : Recensement des situations sans solution liées à des demandes de scolarisation/socialisation dans la région par type de problématiques. Observer et questionner les récurrences (études supérieures ; préprofessionnalisation, stages et apprentissage ; limite d'âge de l'agrément atteinte...).

Faire émerger via une méthodologie de questionnements l'expression des attentes des professionnels et des usagers.

- **Caractéristiques sociodémographiques de la population (pour une approche prospective de l'évolution des besoins):**

La dynamique populationnelle pour une évaluation des besoins y compris à long terme : population jeune ou vieillissante, caractéristiques sociales de la population, nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH selon le complément perçu.

Le contexte socio-économique et les modes de vie : capacités de recours à l'offre médico-sociale, sur l'accès aux soins de ville, sur certains types d'affection ; prise en compte de l'environnement familial pour limiter les conséquences du handicap (logement exigü ou inadapté, moyens de transport, mobilisation des aides).

Modalités de collaboration avec la PMI et avec l'ASE.

2/ Le questionnaire collectif des organisations au regard de leur nécessaire adaptation - un diagnostic des ressources

Objectif : Identification de l'offre existante contribuant à la participation sociale et à la scolarisation/formation professionnelle des enfants, adolescents et jeunes adultes handicapés et de son organisation (coopérations...).

Evaluation de cette offre au regard des besoins pour en tirer les évolutions.

- o *en matière d'organisation,*
- o *en matière de partenariats et de coopération avec les établissements scolaires (filiale générale, apprentissage), les établissements d'enseignement supérieur, les structures d'accueil collectif de la petite enfance, les structures d'accueil collectif de loisirs,*
- o *en matière de partenariats avec le milieu du travail (milieu protégé et ordinaire).*

L'offre médico-sociale : recensement des établissements et services pour enfants et adolescents (offre existante et programmée) à partir des éléments suivants : Ages d'agrément ; spécificités d'accueil (handicaps, modes d'accueil); file active/nombre de journées/nombre de séances ; localisation ; listes d'attente.

→ **La quantification des ressources par niveau de territoire peut être formalisée sous forme de tableaux...**

Territoire régional ou territoire de santé :

Offre de soins hospitaliers	Offre de soins de ville	Offre médico-sociale	Offre médico-sociale hors ARS
CMP Hôpital de jour EMPP	Consultations spécialisées	CAMSP CMPP IME-IMPRO-ITEP-IEM	Foyers d'hébergement, Foyers semi-autonome ASE- PJJ- Dispositifs jeunes majeurs

Territoire de proximité

Offre de soins hospitaliers	Offre de soins de ville	Offre médico-sociale	Offre médico-sociale hors ARS
	IDEL	SESSAD- SESSAD pro SAMSAH HT-AJ- séjour de répit (personnes handicapées) Dispositifs pour les jeunes 16/25 ans	SAVS

Les données inscrites dans les tableaux ci-dessus le sont à titre d'exemple, et ne sont pas exhaustives.

Sur le volet sanitaire, il conviendra de répertorier les établissements de santé susceptibles d'accueillir des enfants présentant des troubles de santé invalidants et par conséquent susceptibles d'accueillir la création d'une unité d'enseignement⁴⁰.

→ **ou sous forme cartographique, notamment pour identifier l'offre médico-sociale et les établissements d'enseignement sur les territoires.**

Questionnements sur cette offre médico-sociale :

L'organisation de la fonction observation-évaluation permet-elle d'identifier les besoins des enfants et adolescents handicapés en établissement et à domicile et d'anticiper sur les besoins à venir ?

- Quelles sont les caractéristiques des listes d'attente par type d'établissement et structures ?
- Quelles modalités de repérage des situations sans solution, quel partenariat avec la MDPH ? Conditions de maintien à domicile, repérage des situations d'institutionnalisation non choisie...
- Quelle détection des situations de rupture de parcours (ex : 6 ans, 12/14 ans, 18/25 ans) ?

L'organisation de l'offre de services ou établissements permet-elle de répondre aux situations les plus complexes pour permettre des temps de socialisation ou scolarisation ?

- Quelle modalité d'organisation mise en place ? Disponibilités de la palette de réponses à quel niveau de territoire de santé ? Existence d'une offre régionale spécialisée ? L'adaptation de cette offre est-elle nécessaire ?
- Quel niveau de coopération avec l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers et les établissements ?
- Quels problématiques recensées quant à l'inadaptation de la formation des professionnels ? Émergence des nouveaux métiers et/ou évolution des métiers liés à l'accompagnement des enfants pour permettre ces temps de socialisation ou de scolarisation ?
- Quelle adaptation et quelle adaptabilité des établissements ?

L'organisation de l'offre de services ou établissements permet-elle de répondre aux besoins des jeunes de 16 à 25 ans ?

- Quelles modalités de recours aux dispositifs de droit communs (Mission Locale, CFA...) ?

⁴⁰ Article D312-4, D312-12, D312-18 du code de l'éducation

- Quelles articulations entre les différents modes de réponse, entre accueil et accompagnement, entre appui par les professionnels et soutien aux aidants naturels ?
- Quelle adaptation et quelle adaptabilité des établissements et des projets d'établissements ?
- Quelles problématiques recensées quant à l'inadaptation de la formation des professionnels ?

2.1 L'offre de scolarisation et socialisation en milieu ordinaire sur le territoire régional

Scolarisation

- Recensement et répartition géographique des dispositifs collectifs de scolarisation mis en place par l'éducation nationale: ULIS (ex-UPI), UPI en lycée professionnel, CLIS, SEGPA, localisation, identification des enseignants référents, dispositifs d'apprentissage adapté et de formation, unités d'enseignement y compris en milieu hospitalier...
- Quelle politique de développement des AVS (collectives ou individuelles) conduite par l'éducation nationale ?
- Identification des référents handicap des établissements d'enseignement supérieur : existence, opérationnalité.
- Quel suivi de la scolarisation des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes handicapés au sein des territoires ? Existence ou non du groupe technique départemental de suivi de la scolarisation présidé conjointement par l'IA et l'ARS prévu par le décret du 2 avril 2009 ?

Questionnement :

Le développement de la coopération entre l'Education nationale et les ESMS permet-elle de favoriser la scolarisation et la participation à la vie sociale des enfants et adolescents handicapés ?

Quelles politiques de ressources humaines dans les établissements et services, permettant de favoriser les compétences en matière d'accompagnement à la scolarisation et la socialisation ?

Pré-scolaire et péri-scolaire

- Quels types de structures pour l'accueil petite enfance ?
- Centres de loisirs et centres de loisirs adaptés ?
- Quelle politique conduite en termes d'accessibilités ?

Questionnement : Quelle organisation de l'offre préscolaire et périscolaire mise en place par les collectivités locales ?

2.2 Coopération ou partenariats

- Recensement des expériences de coopération menées sur le territoire et visant à favoriser l'insertion sociale et la scolarisation des enfants handicapés. Objet et forme du partenariat, bilan, poursuite, élargissement ?

A titre d'exemple de coopérations et partenariats possibles pour les ESMS : établissements scolaires (décret du 2 avril 2009) ; structures d'enseignement supérieur (ex : accompagnement individuel d'étudiants) ; organismes d'évaluation, de conseil et d'orientation (Mission Locale, Cap Emploi, Pôle Emploi) ; structures d'accueil d'enfants hors temps scolaire ; entreprises, organismes de formation pré professionnelle, CFA ; structures de logement ou d'hébergement de droit commun pour les étudiants, parc privé de location accessible, autres structures d'hébergement et de logement, conseils généraux (pour les transports notamment).

Il est précisé que la CNSA a travaillé avec les services de l'Education nationale à l'élaboration d'un tableau de bord de la scolarisation, tant en milieu ordinaire qu'en établissement. Ce document, agrémenté de données locales précises permettant de situer les principaux taux régionaux et départementaux au regard de la situation nationale, sera transmis aux ARS courant avril 2011.

Fiche « questions et repères »

Autisme – Troubles Envahissants du Développement (TED)

Thématique	Transversalité en santé mentale
Public	Enfants- adolescents et adultes avec autisme ou troubles envahissants du développement (TED)
Handicap	Repérage et accompagnement médico-social des personnes handicapées avec autisme ou troubles envahissants du développement (TED)
Santé	Repérage – diagnostic – suivi – soins y compris soins somatiques

Enjeux

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

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

Sur le plan de l'épidémiologie, 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 1 000 personnes de moins de 20 ans ; dans cette même population, la prévalence des TED avec retard mental est estimée entre 2 et 3 pour 1 000 personnes.

Par ailleurs, l'élaboration et la diffusion récente (février 2010) par la Haute Autorité en Santé (HAS) d'un état connaissances sur les Troubles Envahissants du Développement (TED) dont l'autisme est le résultat d'un large consensus professionnel qui témoigne d'une avancée notable en la matière. Il contribue notamment à mettre à niveau les connaissances professionnelles des formations initiales et continues. Il sera complété de recommandations professionnelles à paraître qui permettront de mieux étayer les pratiques.

Enfin, la mise en place depuis 2009 du suivi de l'activité des Centres de Ressources pour l'Autisme (CRA), prévu par le Plan Autisme 2008-2010, s'inscrit dans un objectif de conforter leur rôle dans le dispositif, pour améliorer le diagnostic des troubles envahissants du développement, le plus précocement possible, l'accès à l'information sur les approches et les pratiques pour les personnes TED et leurs familles, l'animation régionale des acteurs, la formation des professionnels et la recherche.

Cad战略 national

L'accompagnement et la prise en charge des personnes atteintes de troubles envahissant du développement (TED) dont l'autisme fait l'objet d'une mobilisation nationale, sont traduites dans le plan autisme 2008-2010 validé par les ministres en 2008.

Le plan autisme 2008-2010 constitue une nouvelle étape de la politique en faveur des personnes présentant des troubles envahissants du développement et en particulier de l'autisme.

Il répond à des enjeux qualitatifs et quantitatifs forts, articulant résolument les champs éducatifs, pédagogiques et sanitaires avec trois axes majeurs :

Axe 1 : Mieux connaître l'autisme et les troubles envahissants du développement (TED) pour mieux former

- Elaboration d'un corpus de connaissances scientifiques.
- Soutien et développement de la recherche en matière d'autisme.
- Recommandations de pratiques et formation des professionnels.

Axe 2 : Mieux repérer pour mieux accompagner

- L'amélioration du diagnostic.
- L'expérimentation d'un dispositif d'annonce et d'orientation des personnes avec TED.
- La montée en charge des centres ressources autisme (CRA).
- L'amélioration de l'accès des personnes autistes au milieu ordinaire.

Axe 3 : Diversifier les approches dans le respect des droits fondamentaux

- L'augmentation du nombre de places d'accueil en établissements et services.
- L'ouverture à de nouvelles méthodes psycho-éducatives.

Buts à atteindre :

Face à une demande croissante des familles d'accès à des méthodes spécifiques, associées à un souci d'autonomie accru, les enjeux en matière d'accompagnement des personnes avec autisme et troubles envahissants du développement sont de trois ordres visant à :

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

Objectifs opérationnels

Construire la complémentarité de l'offre à partir de l'existant et des spécificités locales

- Tendre vers une plus grande proximité et une plus grande spécificité des réponses, à partir d'institutions plus polyvalentes, capables de travailler en réseaux sur un même territoire, en développant des pôles de compétences et des prises en charge partagées.
- Développer une offre d'accueil temporaire pour créer une rupture temporaire avec le lieu de vie habituel et pour offrir des périodes de répit pour la personne handicapée, son entourage, les professionnels des établissements et services assurant habituellement l'accompagnement, dans un objectif de prévention des situations de crise.
- Promouvoir la diversification de l'offre médico-sociale par le développement de projets expérimentaux encadrés dans leur fonctionnement et évalués quant à leur adaptation aux besoins exprimés par les familles et à la qualité de vie qu'ils offrent aux personnes handicapées.
- En complément des prestations offertes par les établissements et services, offrir dans une logique de territoire de proximité, des possibilités d'accueil en dehors des jours d'ouverture des autres structures médico-sociales (week-ends, petites vacances) et des réponses modulées aux besoins spécifiques des adolescents (internat souple, séjours temporaires adaptés, structures expérimentales réservées...). Adossées ou non à un établissement, en fonction de l'objectif médico-social recherché, les personnes handicapées et leurs familles doivent bénéficier d'une palette de réponse complète : accueil séquentiel, à temps complet ou

partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour, afin de préserver l'accueil familial régulier.

- Travailler sur la séparation progressive avec la famille dans le cadre du passage à l'âge adulte.
- Favoriser des parcours évolutifs, offrant des passerelles et une coordination entre les différentes réponses et créant des espaces intermédiaires entre domicile et institution.

Éléments de diagnostic pour la construction et le choix des réponses médico-sociales adaptées aux personnes autistes et présentant des troubles envahissants du développement

1/ Identification collective des besoins des personnes autistes et présentant des troubles envahissants du développement – un diagnostic des besoins

Pour la conduite de ce diagnostic, les services pourront notamment s'appuyer sur les comités locaux et régionaux existants, les ressources locales, les réseaux des acteurs, le centre de ressources pour l'autisme (CRA) et les experts régionaux.

Objectif quantitatif : Combien de personnes autistes et présentant des troubles envahissant sur le territoire ? Quelles données disponibles ?

- les données MDPH dès lors qu'elles sont disponibles
- les données disponibles auprès des établissements et services médico-sociaux
- le nombre de bénéficiaires PCH enfants et adultes - ACTP-AEEH
- les données FINESS
- les données Education nationale sur le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire ou/et en établissement médico-social soit dans le cadre d'une unité d'enseignement, soit à titre individuel ; en CLIS, en ULIS ; autres...
- le nombre d'enfants non scolarisés
- le nombre d'enfants ou d'adultes accueillis dans des départements limitrophes ou à l'étranger
- le nombre d'enfants suivis en hôpitaux de jour
- le nombre d'adultes sans solutions d'hébergement ou de logement adapté
- les adultes non diagnostiqués présents dans les structures hospitalières et médico-sociales (MAS-FAM-FO-FH...)

Objectif à croiser avec une approche plus qualitative, en lien avec la mise en place d'une observation systématique des besoins spécifiques des personnes autistes ou présentant des troubles envahissant du développement ?

Cette approche plus qualitative est à privilégier dans le cadre de la continuité des parcours

A ce titre, une série d'indicateurs concerne l'offre existante et les tensions qu'elle exprime le cas échéant : Taux d'équipement (*Source : ES*), File active des services (*Source : ESMS*), listes d'attentes et leurs caractéristiques, taux d'occupation moyen (*Source : ESMS*), durée moyenne d'ouverture des ESMS (*Source : ESMS*).

Les données relatives aux motifs de sortie (Sortie de prise en charge sanitaire, fin de prise en charge UPI) et aux orientations à la sortie (sources ES), aux orientations par défaut ou aux motifs de non-admission permettent de mieux qualifier ces tensions et d'interroger les organisations actuelles des ESMS.

En outre, les caractéristiques socio-démographiques de la population et les caractéristiques géographiques du territoire sont à prendre en compte dans une approche prospective de l'évolution des besoins :

La dynamique populationnelle pour une évaluation des besoins y compris à long terme :

Population jeune ou vieillissante, caractéristiques sociales de la population.

Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH selon le complément perçu.

Le contexte socio-économique et les modes de vie :

Capacités de recours à l'offre médico-sociale, sur l'accès aux soins de ville.

Capacités des familles à s'orienter dans le dispositif global.

Prise en compte de l'environnement familial pour limiter les conséquences du handicap (logement exigu ou inadapté, moyens de transport, mobilisation des aides).

Modalités de collaboration avec la PMI et avec l'ASE.

En fonction des contextes géographiques et socio-économiques, il conviendra de s'interroger plus particulièrement par exemple sur la problématique d'accès au logement avec des services adaptés pour les plus vulnérables et les questions liées aux transports des élèves, étudiants et adultes.

2/ Le questionnement collectif des organisations au regard de leur nécessaire adaptation - un diagnostic des ressources

Objectif : Répondre aux questions de l'impact collectif de la prise en charge spécifiques de l'autisme ou des TED sur les ressources existantes

L'organisation de la fonction observation-évaluation permet-elle d'identifier les besoins des personnes autistes ou présentant des troubles envahissant du développement en établissement et à domicile et d'anticiper sur les besoins à venir ?

- Quelle vigilance auprès de cette population spécifique ?
 - Situations sans solution: si possible par type de problématiques (ex : besoin de structure, besoin d'accompagnement par un service, limite d'âge de l'agrément atteinte, préprofessionnalisation, accompagnement en milieu universitaire, besoin de réponse modulée...).
 - Situations complexes nécessitant des prises en charges spécifiques et adaptées (type de structure ou service, moyens en personnels, type de qualification, partenariats...).
- Quelle détection des situations à risques ? Exemple des situations maintenues à domicile par défaut : caractéristiques et organisation mise en place (manque de structures adaptées, soutien des aidants familiaux, prestations...).

L'offre en établissement permet-elle de répondre aux besoins de primo-institutionnalisation, au maintien des personnes autistes ou TED ?

- Nombre de places dédiées ?
- Quelle adaptation et quelle adaptabilité des établissements et des projets d'établissements ?
- Quel type de réponse développée (souplesse et modularité des réponses : AJ-HT, séjour temporaire, de répit, internat séquentiel...) ?
- Quel niveau de formation des professionnels ?
- Quel niveau de coopération avec l'offre de soins ambulatoires et l'offre de soins hospitaliers ?
- Quel niveau de médicalisation ? Nombre de places ?
- Caractéristiques des listes d'attente par type d'établissement et structures ?

L'organisation de l'offre de scolarisation et de formation professionnelle mise en place par l'éducation nationale permet-elle de répondre aux besoins des personnes autistes ou TED ?

- Quels dispositifs collectifs de scolarisation mis en place par l'éducation nationale ? ULIS (ex-UPI), UPI en lycée professionnel, CLIS, SEGPA, localisation, enseignants référents, dispositifs d'apprentissage adapté et de formation, unités d'enseignement y compris en milieu hospitalier... ?
- Quelle politique de développement des AVS (collectives ou individuelles) conduite par l'éducation nationale ? correspond-t-elle aux besoins des jeunes ?
- Identification des référents handicap des établissements d'enseignement supérieur : existence, opérationnalité.

L'organisation de l'offre de logement ou d'hébergement permet-elle de répondre aux besoins, est-elle en adéquation avec les attentes des adultes autistes ou présentant des troubles envahissants du développement ?

- Quelle offre de logement ou d'hébergement développée sur le territoire pour répondre aux besoins selon les degrés d'autonomie des personnes (types : MAS, FAM, foyers de vie,

résidences accueil, logement semi-autonome ou autonome..., implantation, territoire de recours...) ?

- Quelle politique partenariale pour favoriser l'intégration par l'habitat : logement ou hébergement dans l'espace ordinaire ?
- Quel type de services développés pour favoriser l'accès et le maintien dans le logement (SAVS, SAMSAH...) ?

L'offre de services à domicile permet-elle de répondre aux situations complexes, d'aggravation de la perte d'autonomie ?

- Besoins en santé : SSIAD, offre libérale, HAD.
- Besoins liés à l'isolement.
- Besoins liés au vieillissement des aidants.

Ces questionnements peuvent être alimentés par les axes de réflexion suivants :

Quelles sont les ressources disponibles intervenant par niveau de territoire auprès des personnes autistes ou présentant des troubles envahissants du développement ?

Il s'agit d'identifier l'organisation territoriale de l'offre de services existante pour le diagnostic, le soin et l'accompagnement des personnes atteintes de troubles envahissants du développement et d'autisme et de procéder à une analyse dynamique de leur activité en lien avec le sujet.

(Les modes de quantification doivent être ouverts)

Territoire régional	Offre sanitaire	Offre ambulatoire	Offre médico-sociale	Offre sociale et médico-sociale hors ARS
nombre d'établissements et des services				
nombre de places				
Modalités de coopération				
...				

Territoire de santé	Offre sanitaire	Offre ambulatoire	Offre médico-sociale	Offre sociale et médico-sociale hors ARS
nombre d'établissements et des services				
nombre de places				
Modalités de coopération				
...				

Offre de proximité	Offre sanitaire	Offre ambulatoire	Offre médico-sociale	Offre sociale et médico-sociale hors ARS
nombre d'établissements et des services				
nombre de places				
Modalités de coopération				
...				

Suggestion : Réaliser une cartographie globale de l'offre de services (existante et programmée) et des établissements d'enseignement, des ESMS et des établissements de santé sur les territoires.

Quelle organisation territoriale de l'offre à mettre en place pour permettre un diagnostic et une action précoce renforcés dans un objectif de réduire les délais d'accès au diagnostic précoce ?

- Age moyen de l'accès au diagnostic précoce ?
- Quel délai d'attente pour accéder au diagnostic précoce ?
- Quel délai d'accès à la prise en charge précoce et planifié d'autant que des effets positifs sont reconnus tant sur la famille qui reçoit un soutien dans une période critique qu'à terme sur l'évolution de l'enfant notamment pour optimiser ses chances d'autonomie et d'intégration (scolaire, ...) ?
- Quels types d'interventions adaptées à développer, pour les enfants comme pour les adultes pour améliorer la prise en charge ? Les interventions psycho-éducatives, pédagogiques et thérapeutiques peuvent augmenter significativement les possibilités de communication et les interactions sociales, pour une amélioration de la qualité de vie des personnes.

Quelle organisation de l'accès aux soins des enfants et adolescents autistes ou présentant des troubles envahissants du développement en établissement ?

- Accès aux consultations de soins primaires et spécialisées.
- Conventions avec des professionnels libéraux, des établissements de santé.

Quelle organisation coordonnée de l'offre existante, impliquant des complémentarités sanitaire/médico-social et des complémentarités social/médico-social en matière de coopération ou partenariats ?

Renvoie à la circulaire interministérielle du 27 juillet 2010 qui rappelle notamment l'importance des missions et rôles des Centres de Ressources pour l'Autisme et leur rôle d'appui à la mise en œuvre de l'organisation territoriale de l'offre de service pour le diagnostic, le soin et l'accompagnement.

Par ailleurs, il importe de favoriser la continuité des parcours de soins et d'accompagnement à tous les âges de la vie.

Recensement des expériences de conventions de partenariat ou de coopération menées sur le territoire et visant à réaliser les diagnostics et les évaluations, à favoriser l'insertion sociale et professionnelle des TED et autisme. Objet et forme du partenariat, bilan, poursuite, élargissement ?

Exemples de partenariats des ESMS avec : Etablissements de santé (ex : appui et formation des équipes sur le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge), établissements scolaires (Unités d'enseignement), structures d'enseignement supérieur (ex : accompagnement individuel d'étudiants), structures d'accueil d'enfants hors scolaire (accueil petite enfance, loisirs...), entreprises, organismes de formation, CFA, structures de logement ou d'hébergement de droit commun pour les adultes, parc privé de location accessible, autres structures d'hébergement et de logement de différentes natures...

Quelles ressources humaines dans les établissements et services qui accueillent et hébergent des personnes autistes et présentant des troubles envahissant du développement ?

Taux d'encadrement moyen

- Dont en animation.
- Dont éducatif.
- Dont en soins.

Quelle politique de formation à l'accompagnement des enfants et adultes autistes ou présentant des troubles envahissants du développement ?

Quelles politiques d'accompagnement pour soutenir les familles et les aidants ?

- Quels types de dispositifs d'accueil temporaire et d'accueil de jour, séjours temporaires à développer pour soutenir les aidants, en termes de répit et de lien tant avec des professionnels de la prise en charge qu'avec les familles.
- Formations et soutiens des aidants.
- Eléments de compréhension sur les particularités et besoins spécifiques générés par ces troubles, ainsi qu'un soutien utile aux personnes qui en sont atteintes et à leur famille pour améliorer l'autonomie et l'insertion.

Fiche « questions et repères »

Participation sociale et accès aux apprentissages des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques

Thématique	Transversalité en santé mentale
Public	Enfants, adolescents, jeunes adultes Inscrits dans un processus handicapant d'origine psychique Troubles du comportement, symptômes de difficultés psychologiques Potentialités intellectuelles et cognitives préservées
Handicap	Améliorer la socialisation et l'accès aux apprentissages Adapter les modes de scolarisation et d'apprentissage Accompagner dans les dispositifs de droit commun Repérage et diagnostic Prévention des comportements à risques

Enjeux

Selon la CFTMEA (dite classification de « Misès ») et le travail complémentaire des professeurs Misès et Quemada², 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 personnes subissent une limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société : « Constitue un handicap, (...), toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions (...) psychiques (...) »

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

Sur le plan épidémiologique, 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 psychologiques⁴¹.

⁴¹ Cf fiche « Scolarisation et participation sociale des enfants et adolescents handicapés ».

Cadrage national

Dans le secteur médico-social, les ITEP ont été redéfinis par : le décret n°2005-11 du 6 janvier 2005, fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et par la circulaire interministérielle du 14 mai 2007 relative aux Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charges des enfants accueillis.

La vocation de ces établissements est de contribuer à l'élaboration de Projets personnalisés d'accompagnement en coopération avec d'autres institutions et intervenants auxquels ils n'ont pas pour objet de se substituer.

Par ailleurs, les ITEP sont concernés par le décret n°2009-378 du 2 avril 2009⁴² modifiant le code de l'action sociale et des familles qui étend et généralise des dispositifs et des pratiques de coopération entre les acteurs du service public de l'éducation et du secteur médico-social en matière de scolarisation des élèves handicapés. Cette coopération favorise le parcours individualisé de l'élève, adapté à ses besoins et susceptible d'être aménagé tout au long de sa scolarité.

Il en est de même pour l'arrêté interministériel du 2 avril 2009 qui met en place, au sein de l'établissement médico-social, sanitaire ou scolaire, les unités d'enseignement pour permettre la scolarisation des enfants dont l'état de santé ou l'importance du handicap ne permet pas de recevoir cette formation à temps plein en milieu scolaire ordinaire.

Enfin, l'article D312-10-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose que les schémas d'organisation sociale et médico-sociale comprennent les créations et transformations d'établissements ou de services nécessités par l'amélioration des dispositifs de scolarisation des élèves handicapés. A ce titre ils précisent également le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services médico-sociaux (L312-1 I, 2°, 3° et 11°), les établissements de santé (L6111-1 du code de la santé publique) et les établissements scolaires.

But à atteindre

Améliorer la prise en charge des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques, favoriser la prise en charge la plus adaptée.

- Prendre en compte le caractère potentiellement réversible du processus handicapant et favoriser l'allègement, voire la sortie des dispositifs d'accompagnement.
- Améliorer la connaissance du handicap d'origine psychique, considérer notamment ses diverses composantes ; son caractère invisible et instable, voire son déni.

Objectifs opérationnels

Réunir les moyens nécessaires pour permettre une meilleure élaboration psychique et mobiliser les potentialités des enfants, adolescents et jeunes adultes.

- Promouvoir des actions de soin, de soutien, d'éducation, de rééducation, d'enseignement par des actions directes ou par des coopérations interinstitutionnelles.
- Favoriser la scolarisation des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques via la mise en œuvre des outils de coopération pertinents entre les établissements et services médico-sociaux et les établissements scolaires : coopération, unité d'enseignement...
- Favoriser la formation des adolescents inscrits dans un processus handicapant pour améliorer leur accès à une vie sociale adulte et à l'emploi : préparation à la vie professionnelle, formation professionnelle, apprentissage...

⁴² Articles D312-10-1 à D312-10-16 du CASF et D312-4, D312-12, D312-18 du Code de l'Education, Articles D312-11 à D312-58 du CASF et D312-59-2 à D312-121 du CASF

- Identifier les points de blocage à la participation sociale et à la scolarisation des enfants handicapés sur lesquels le schéma médico-social peut agir ainsi que les pistes d'amélioration (organisation de l'offre existante, créations, partenariats...).
- Favoriser la coordination autour de l'usager, des institutions susceptibles d'accueillir les jeunes présentant des difficultés psychologiques pour garantir la continuité du parcours, éviter l'errance institutionnelle et permettre une prise en charge adaptée à ces troubles.
- Développer des dispositifs présentant une plus grande souplesse, une modularité des réponses pour répondre à la spécificité des besoins de ces publics et de leur entourage.

Eléments de diagnostic pour la planification de l'offre

o Identification collective des besoins des enfants et adolescents handicapés

Objectif : Identifier les besoins existants et les besoins non couverts pour en retirer les objectifs d'amélioration de l'offre.

1. 1 Objectif quantitatif : données sur les enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques notamment ceux présentant des handicaps d'origine psychique dans la région :

Quelles données disponibles sur les enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques ?

- Les données MDPH : nombre de bénéficiaires PCH enfants-ACTP.
- Les données CAF et MSA pour l'AEEH et ses compléments.
- Les données éducation nationale sur le nombre d'enfants :
 - non scolarisés
 - Unité d'enseignement dans l'établissement médico-social (ITEP) à temps partiel
 - Unité d'enseignement dans l'établissement médico-social (ITEP) à temps plein
 - Unité d'enseignement dans un établissement scolaire
 - Scolarisé à temps partiel dans un établissement scolaire (scolarisation individuelle)
 - Scolarisé à temps complet dans un établissement scolaire (scolarisation individuelle)
 - Scolarisation à temps plein en établissement scolaire adapté (CLIS, ULIS, SEGPA)
 - Scolarisation à temps partiel en établissement scolaire adapté (CLIS, ULIS, SEGPA)
 - Inscription dans des dispositifs de formation ordinaire ou adapté (EREA)
- Les données PDITH/PRITH et de la DIRECCTE relatives à l'apprentissage adapté et à l'insertion professionnelle des jeunes handicapés

Dont enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques dont l'intensité des troubles qui en résultent les inscrit dans un processus handicapant ?

Nombre d'enfants suivis en ITEP/ SESSAD ITEP dans la région.

Nombre d'enfants en attente d'une place en ITEP/ SESSAD ITEP dans la région.

1. 2 les besoins de prise en charge

La recherche d'une information quantitative sur le public doit être croisée avec une approche plus qualitative, en lien avec la mise en place d'une observation systématique des besoins de prise en charge. Cette approche plus qualitative est à privilégier dans le cadre de la continuité des parcours.

Indicateurs concernant l'offre existante et les tensions qu'elle exprime le cas échéant : Taux d'équipement pour 1000 habitants : File active des CAMSP, CMPP, places en ITEP (internat, semi internat, SESSAD, CAFS...), secteur psychiatrique, établissements ASE, établissements PJJ.

Données relatives aux motifs de sortie et aux orientations à la sortie permettant de mieux qualifier ces tensions et d'interroger les organisations actuelles des ESMS et des prises en charge en secteur sanitaire (pédo-psychiatrie) et en soins de ville.

- **Recherche de données sur les besoins non couverts** : Recensement des situations sans solution liées à des demandes de prise en charge dans la région concernant les enfants, adolescents et jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques. Observer et questionner les récurrences (préprofessionnalisation, stages et apprentissage, limite d'âge de l'agrément atteinte...).

Faire émerger via une méthodologie de questionnements l'expression des attentes des professionnels et des usagers.

- **Caractéristiques sociodémographiques de la population (pour une approche prospective de l'évolution des besoins)** :

La dynamique populationnelle pour une évaluation des besoins y compris à long terme : évolution de l'âge et du sexe de la population concernée, caractéristiques sociales...

Le contexte socio-économique et les modes de vie : capacités de recours à l'offre médico-sociale, sur l'accès aux soins de ville (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, rééducateurs...) ; prise en compte de l'environnement familial pour limiter les conséquences du handicap.

Modalités de collaboration avec les partenaires institutionnels, médecine scolaire, CMPP, Pédopsychiatrie, PJJ, ASE...

o **Le questionnaire collectif des organisations au regard de leur nécessaire adaptation - un diagnostic des ressources**

Objectif :

2.1 Identification de l'offre existante

Contribuant à la prise en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques et de son organisation (coopérations...).

Evaluation de cette offre au regard des besoins pour en tirer les évolutions.

- o *en matière d'organisation,*
- o *en matière de partenariats entre médico-social, soins hospitaliers et soins de ville dans le champ de compétence ARS,*
- o *en matière de partenariats avec les autres politiques publiques hors champ de compétence ARS (ASE, PJJ).*

L'offre médico-sociale : recensement des ITEP pour enfants et adolescents (offre existante et programmée) à partir des éléments suivants : Ages d'agrément ; modalités d'accompagnement ; nombre de places ; caractéristiques des modalités d'accueil et d'hébergement ; localisation ; listes d'attente.

L'offre de prise en charge hospitalière et l'offre de prise en charge en soins de ville

Sur le volet sanitaire, il conviendra de répertorier les établissements de santé susceptibles d'accueillir des enfants présentant un trouble psychique ou des difficultés psychologiques et engagés dans un processus handicapant et par conséquent susceptibles d'accueillir la création d'une unité d'enseignement⁴³.

Sur l'offre de 1^{er} recours, il conviendra de répertorier la démographie médicale sur l'ensemble des territoires de santé.

L'offre de prise en charge sociale et justice : recensement des MECS et Ets PJJ pour enfants et adolescents (offre existante et programmée) à partir des éléments suivants : Ages d'agrément ; modalités d'accompagnement ; nombre de places ; caractéristiques des modalités d'accueil et d'hébergement ; localisation ; listes d'attente.

⁴³ Article D312-4, D312-12, D312-18 du code de l'éducation

→ **La quantification des ressources par niveau de territoire peut être formalisée sous forme de tableaux...**

Territoire régional ou territoire de santé :

Offre de soins hospitaliers	Offre de soins de ville	Offre médico-sociale	Offre sociale hors champ ARS
CMP Hôpital de jour CATTP EMPP HAD	Consultations spécialisées : Psychiatres Psychologues Psychothérapeutes Rééducateurs	CAMSP CMPP Dispositif ITEP (internat, semi-internat, SESSAD, CAFS...)	ASE- PJJ- Dispositifs jeunes majeurs AEMO

Idem sur le territoire de proximité

Les données inscrites dans les tableaux ci-dessous le sont à titre d'exemple, et ne sont pas exhaustives.

→ **...ou sous forme cartographique, notamment pour identifier l'offre médico-sociale et les établissements d'enseignement sur les territoires.**

2.2 Questionnements sur cette offre :

L'organisation de la fonction observation-évaluation permet-elle d'identifier les besoins des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques en établissement et à domicile et d'anticiper sur les besoins à venir ?

- Quelles sont les caractéristiques des listes d'attente en ITEP ?
- Quelles modalités de repérage des situations sans solution, quel partenariat avec la MDPH ? Conditions de maintien à domicile, repérage des situations de glissement d'objet ou de confusion des genres (ITEP en lieu et place de MECS ou d'hôpital psychiatrique, Juge au lieu de MDPH, MECS à la place d'ITEP...).

L'organisation de l'offre permet-elle de répondre aux situations les plus complexes pour permettre leur prise en charge ?

- Quelle modalité d'organisation mise en place ? Disponibilités de la palette de réponses à quel niveau de territoire de santé ? Existence d'une offre régionale spécialisée ? L'adaptation de cette offre est-elle nécessaire ?
- Quelle application de la ressource constituée par les ITEP fonctionnant en dispositif proposant des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives ?
- Quel niveau de coopération de l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers avec les établissements sociaux prenant en charge des enfants et adolescents dans le cadre d'un suivi social ou judiciaire (PJJ, l'ASE) ?
Quel niveau de coopération des services et établissements médico-sociaux avec l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers ?
Quelle niveau de coopération des services et établissements médico-sociaux avec les établissements de droit commun prenant en charge des enfants et adolescents dans le cadre d'un suivi social ou judiciaire (PJJ, l'ASE) ?

L'organisation de l'offre permet-elle de conserver et/ou de retrouver à l'issue de leur prise en charge un parcours de vie dans le milieu ordinaire ? Cette question doit être traitée de manière spécifique pour les jeunes de 16/25 ans pour lesquels se posent des questions d'orientation scolaire et de formation professionnelle.

- Quelles modalités de recours aux dispositifs de droit communs pour les jeunes (Mission Locale, CFA...) ?
- Quelles articulations développées entre la prise en charge en soins et les différents modes d'accueil et d'accompagnement en milieu ordinaire ? (suivi en secteur d'un jeune accueilli en MECS ou PJJ ?).

- Les actions menées par les professionnels permettent-elles de prendre en compte l'entourage familial et de le renforcer dans ses capacités d'accompagnement du jeune en cours de prise en charge et à l'issue de celle-ci ?
- L'organisation de l'offre permet-elle les temps de scolarisation et socialisation des enfants et adolescents qui sont dans ces situations les plus complexes ?

Coopération ou partenariats

- Recensement des expériences de coopération menées sur le territoire et visant à favoriser la prise en charge des enfants et adolescents souffrant de difficultés psychologiques. Objet et forme du partenariat, bilan, poursuite, élargissement ?

Quelle politique d'accompagnement pour associer et soutenir les parents, les familles, les proches ?

- Reconnaître les parents comme sources de compétence.
- Associer les parents aux travaux de recherche et de formation.
- Offrir des possibilités de répit dans les situations de risque d'épuisement des parents et des familles.

Fiche « questions et repères »

Polyhandicap et situations complexes de handicap

Public	Tout public
Handicap	Polyhandicap – plurihandicap – situations complexes de handicap
Santé	Accès à la prévention, aux soins et prise en compte du besoin de soins parfois lourds

Sources :

Annexe XXIV ter au décret du 9 mars 1956.

Circulaire 89-19 du 30 octobre 1989.

Décret 2009-322 du 20 mars 2009 : articles D344-5-1 et suivants CASF.

Vivre et grandir polyhandicapé, sous la direction de Dominique Juzeau, Dunod, 2010

Les besoins, les attentes et les modes d'accompagnement des personnes vivant une situation complexe de handicap, bibliographie, phase 1 de la recherche-action CEDIAS-CLAPEAHA, financée par la CNSA.

Etude sur les troubles du sommeil chez les personnes ayant un handicap mental sévère, Réseau Lucioles, avec le soutien de la CNSA, 2010.

Journées d'étude polyhandicap et IMC : comprendre, soigner et accompagner le vieillissement, 25 et 26 novembre 2010, APHP.

Politiques et pratiques d'accompagnement des personnes multihandicapées vieillissantes : dans les coulisses de la dépendance, octobre 2010, recherche-action du centre de ressources multihandicap.

Enjeux :

L'enjeu de définition :

Dans les annexes XXIV ter (modifiées et codifiées à l'article D312-83 du code de l'action sociale et des familles : « Un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.

Ce polyhandicap éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale. »

Le Groupe Polyhandicap France définit le polyhandicap comme « une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquences de graves perturbations multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. Il s'agit là d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique. La situation complexe de la personne polyhandicapée nécessite, pour son éducation et la mise en œuvre de son projet de vie, le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles, l'ensemble concourant à l'exercice d'autonomies optimale. »

Les travaux plus récents du CEDIAS s'accordent à considérer plus globalement la question de la complexité, avec plusieurs critères de cette complexité, adossés à une approche de classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) : difficultés sévères multiples engendrant des limitations majeures dans toutes les activités les plus simples, y compris celles d'exprimer leur avis et leurs souhaits et de faire des choix concernant la vie courante.

Un des enjeux importants de l'accompagnement médico-social des personnes en situation de polyhandicap parmi les situations de handicap complexe (l'autisme, le handicap rare, les séquelles grave de traumatisme crânien et le stade final de la maladie d'Alzheimer étant traités par ailleurs) est lié à une organisation territoriale qui permette de garantir les droits des personnes au choix de leur projet de vie par un accompagnement adapté pour elles-mêmes et leurs familles de manière à permettre l'expression la plus grande possible des capacités et des souhaits de ces personnes. L'organisation territoriale doit garantir à la fois la proximité, la sécurité et l'articulation des soins et des accompagnements, tout en assurant une continuité du parcours de vie.

In fine, la question est notamment de comprendre et tenir compte de l'impact organisationnel particulier de la « graduation » droit commun-adaptation du droit commun- dispositifs spécifiques pour ces populations très lourdement handicapées (cf. schéma figurant à la page 8 du présent guide).

Éléments de diagnostic pour la construction et le choix des réponses médico-sociales adaptées pour les personnes en situation de polyhandicap ou de handicap complexe:

1/ identification collective des besoins des publics – un diagnostic des besoins

Listes d'attente des établissements accueillant des personnes polyhandicapées (enfants, adultes) données à croiser : listes d'attentes ESMS et orientations MDPH

Nombre de personnes à domicile percevant une PCH
Repérage, en lien avec la MDPH, des personnes à domicile faute de solution

Capacité autorisée et taux d'occupation des SESSAD relevant d'un agrément « annexe XXIV ter ».

Capacité autorisée et taux d'occupation des établissements et services en fonction du type d'accueil :

- IME pour enfants polyhandicapés / section polyhandicap avec internat / avec internat de semaine
- IME pour enfants polyhandicapés / section polyhandicap en semi-internat

Capacité autorisée et taux d'occupation des centres d'accueil familial spécialisés (CAFS) relevant d'un agrément « annexe XXIV ter »

Existence de SSR spécialisés : population qui les fréquente, besoins identifiés.

Existence d'un dispositif départemental (local) d'observation des besoins spécifiques de cette population.

2/ Le questionnement collectif des organisations au regard des marges d'adaptation - un diagnostic des ressources

L'organisation de la prise en charge permet-elle un accompagnement des personnes tout au long de la vie ?

Quelle organisation de l'annonce du polyhandicap ?

- Dans quels lieux ? Les liens avec les équipes médicales du champ sanitaire, la PMI, les CAMSP, les modes d'accueil de la petite enfance, et les écoles maternelles, sont-ils formalisés et organisés avec les services médico-sociaux ?

- Selon quelles modalités ? Une annonce progressive, associant la famille, portant également sur la reconnaissance des potentialités et capacités de l'enfant ?

Quelle organisation pour assurer une continuité du parcours tout au long de la vie et notamment dans les phases de transition à l'adolescence, lors de la vieillesse ?

- Quelle précocité dans le diagnostic et l'accompagnement des enfants et des familles ?
- Quelle souplesse dans les modes d'accueil proposés pour assurer un véritable choix aux familles et aux personnes intéressées ?
- Y a-t-il des modalités concrètes particulières prévues à cet effet : temps partiel, temps partagé, passerelles entre le domicile et l'établissement, etc. ?

Quelles modalités d'intégration sociale, scolaire de l'enfant polyhandicapé ?

- Quelle formalisation et quelle organisation des liens avec les modes d'accueil de la petite enfance, les centres de loisirs périscolaires, les centres de vacances, les associations de bénévoles loisirs et vacances ?
- Quel est le taux de scolarisation aux différents âges au sein de l'Education nationale et de l'Education spécialisée ?
- Quelles données de contenu en matière de scolarisation, d'apprentissage et de développement de compétences, notamment cognitives au sein de l'Education nationale (dispositifs scolaires de droit commun et unités d'enseignement) et de l'Education spécialisée ? Nombre de jours, d'heures ?

L'organisation particulière de la prise en charge des adolescents polyhandicapés tient-elle compte :

- des besoins éducatifs et d'autonomisation des adolescents ? existence de projets d'établissements ou de services spécifiques ?
- permet-elle d'offrir des solutions institutionnelles et à domicile ?
- des éventuelles complications orthopédiques et des éventuelles régressions fonctionnelles ? Liaisons avec les services de soins spécialisés ?
- des besoins en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle ?

L'organisation de la prise en charge des adultes polyhandicapés permet-elle

- d'offrir des solutions institutionnelles et à domicile ?
- de prendre en compte les effets de l'avancée en âge puis du vieillissement des personnes adultes polyhandicapées ? cf. fiche questions-repères sur le sujet vieillissement
- de prendre en compte les besoins en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle ?
- non seulement de maintenir mais de développer les acquis ?

L'organisation territoriale de la prise en charge permet-elle de garantir l'équilibre entre nécessaire proximité et exigence de qualité de l'accompagnement et des soins (dont sécurité, technicité etc.) ?

- Des équipes de CAMSP et de SESSAD spécifiques permettent-elles une couverture territoriale de l'ensemble de la population ?
- La palette des réponses possibles existe-t-elle et est-elle organisée de manière cohérente sur l'ensemble du territoire ?

Pour les enfants et adolescents : SESSAD, établissements pour enfants (accueil de jour, accueil temporaire, accueil séquentiel, semi-internat, internat de semaine et complet).

Pour les adultes : SAMSAH, établissements avec et sans hébergement, accueil temporaire.

- Les établissements pour enfants avec hébergement sur les différents territoires ont-ils des taux d'occupation satisfaisants ? Quelle est la marge de transformation vers des palettes de réponses plus diversifiées ?
- *A contrario* les établissements pour enfants déficients intellectuels ou déficients moteurs sur les différents territoires ont-ils de taux d'occupation satisfaisants ? Quelle est leur marge d'adaptation pour accueillir des enfants avec polyhandicap ?

- La palette des réponses possibles est-elle organisée en cohérence sur les différents niveaux de territoire ?

Niveau de proximité : services, accueils de jour, semi-internat ou établissements sans hébergement dans certains cas.

Niveau territoire de santé voire niveau régional : établissements avec hébergement.

- La graduation de la prise en charge entre accès au droit commun / adaptation du droit commun / dispositifs spécifiques est-elle traitée spécifiquement pour le public en situation de polyhandicap ?

Organisation de la prise en charge à domicile dès lors que cela est possible :

Coordination avec les services de soins, les SSIAD, les SAD, liaisons avec les services sociaux (CCAS, polyvalence de secteur), les professionnels en libéral, les services de psychiatrie

En établissement, interventions au sein de petites unités d'accueil (dès lors que c'est possible, dispersées dans la communauté).

L'organisation des prises en charge permet-elle de garantir l'effectivité de l'ensemble des fonctions médico-sociales à remplir en direction des personnes polyhandicapées ?

- La fonction accompagnement des familles est-elle assurée par l'ensemble des ESMS accueillant ou accompagnant des personnes en situation de polyhandicap ? Quels contenus en termes d'accompagnement ?
- L'aide aux aidants (tenant compte des situations d'isolement) est-elle organisée sur les territoires : droit au relais, temps de répit, suppléance, renfort ponctuel, formation des aidants, soutien psychologique ? La prise en compte du vieillissement des aidants est-elle effective ? cf. fiche questions et repères sur le vieillissement.
- L'organisation de la fonction évaluation et réévaluation pluridisciplinaire des situations et des besoins des personnes est-elle réalisée sur les territoires en tenant compte de la problématique de la difficulté de communication et en complémentarité entre les différents acteurs de l'évaluation (MDPH, établissements et services médico-sociaux, équipes de soins) ?
- La compétence et l'expertise des aidants est-elle prise en compte dans les différentes fonctions médico-sociales : évaluation des besoins et des capacités, élaboration du projet éducatif en lien avec le projet de vie, accompagnement dans tous les domaines de vie et durant tout le parcours de vie dans le respect d'un équilibre entre démarche d'autonomisation et maintien des liens d'attachement familiaux ?
- La fonction d'accompagnement médico-social est-elle assurée en tenant compte, sur l'ensemble des territoires de santé, de la nécessité d'évaluer, de développer et de soutenir les capacités de communication verbale et non verbale des personnes en situation complexe de handicap ?

L'organisation des prises en charge permet-elle d'identifier, de soutenir ou de développer les coordinations interprofessionnelles propres à garantir l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de polyhandicap ?

- L'accès aux soins primaires et à la prévention pour les personnes en établissement / à domicile est-il garanti ?

Le rôle des ESMS en matière de politique de prévention et d'accès aux soins est-il acquis ?

Les projets de service et d'établissement prennent-ils en compte cette dimension ?

- La fonction soins et la coordination de cette fonction dans la vie quotidienne est-elle assurée pour toutes les personnes en situation de polyhandicap ?

Les pathologies intercurrentes sont-elles prises en charge ?

Le rôle du médecin généraliste (médecin de famille) est-il systématiquement formalisé ?

Le rôle des ESMS en matière de coordination de l'accès aux soins est-il acquis sur l'ensemble des territoires et travaillé en liaison avec les équipes hospitalières ?

- Les niveaux de service présents dans les ESMS et/ou l'organisation des coordinations inter institutionnelles et inter professionnelles permettent-ils de garantir un niveau de soins suffisant aux personnes en situation de polyhandicap ?

Suivi des problématiques viscérales, orthopédiques et comportementales.

Suivi des problématiques psychopathologiques et troubles associés comme l'autisme / TED.

Identification et prise en charge des « comportements problèmes »⁴⁴.

Prise en compte de l'atteinte des fonctions sensorielles.

Accès aux soins dentaires, ophtalmologiques, gynécologiques.

Prise en compte des aspects neurologiques (prise en charge de l'épilepsie, etc.).

Prise en charge de la douleur.

Modalités de réponses spécifiques : installations et appareillages, trachéotomie, recours à la chirurgie, gastrostomie.

Troubles du sommeil.

Prise en charge de l'urgence.

Prévention des risques de surhandicap en raison des nombreuses pathologies intriquées.

Suivi pour les pathologies non spécifiques (liées par exemple à l'allongement de la durée de la vie).

- Existe-t-il une organisation favorisant les parcours de soins au sein des parcours de vie entre les ESMS et l'ensemble des lieux de soins des personnes en situation de polyhandicap ?

Consultations ou séjours hospitaliers de courte durée (diagnostics, bilans, traitements à établir ou réajuster, gestes techniques...)

Moyen séjour (post op ou bilans)

Structures sanitaires de long séjour

Consultations dans le secteur libéral

Urgences

⁴⁴ Cf. recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (page 32), téléchargeable à l'adresse http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_autisme_anesm.pdf

Fiche « questions et repères »

Insertion professionnelle des personnes adultes handicapées

Public	Adultes handicapés quel que soit leur handicap
Handicap	Contribuer à l'intégration sociale des personnes adultes handicapées par l'exercice d'une activité professionnelle

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

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

Il se peut toutefois que l'évaluation de ses capacités fasse apparaître une **capacité de travail réelle mais très réduite** par comparaison avec celle d'une personne valide, qui la prive momentanément ou durablement de la possibilité de travailler en milieu ordinaire mais qui peut lui permettre d'exercer une activité rémunérée en milieu de **travail protégé**.

D'autre part, à la suite notamment d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une personne peut devenir **inapte à exercer son métier** ou ne pouvoir le faire qu'après une nouvelle adaptation. Dans cette hypothèse, la personne handicapée va pouvoir suivre une **formation adaptée** à son rythme de travail et à ses nouvelles aptitudes à l'exercice d'une activité professionnelle. De même, une personne victime d'un traumatisme crânien peut avoir besoin d'une période de **réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle** avant d'envisager la reprise d'une activité professionnelle.

En outre, la personne handicapée qui exerce une activité rémunérée quelle qu'en soit la nature (en milieu ordinaire comme en milieu protégé) peut avoir besoin d'un **accompagnement et soutien au long cours**, le cas échéant médicalisé, dans sa vie sociale et professionnelle.

Dans ces différentes situations, la personne adulte handicapée a la possibilité d'être orientée par la CDAPH vers une structure médico-sociale adaptée à sa situation du moment et de nature à favoriser son insertion professionnelle.

Ces **dispositifs spécifiques** au service du projet de vie professionnel de la personne handicapée et **qui complètent les mesures de droit commun en matière d'emploi et de formation** sont principalement régis par le code de l'action sociale et des familles et sont financés par les Agences Régionales de Santé (ARS) dans le cadre des crédits prévus par la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale. Ils doivent être étroitement articulés avec les dispositifs complémentaires autorisés par les conseils généraux (SAVS, SAESAT, FH).

Ils doivent être mobilisés dans les territoires en complément et en appui des mesures de droit commun mises en œuvre par le service public de l'emploi afin de favoriser les parcours d'insertion des travailleurs handicapés.

Cette complémentarité doit être recherchée notamment dans le cadre des programmes régionaux d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) qui sont mis en place afin de promouvoir et de faciliter la mobilisation de l'ensemble des actions à destination des travailleurs handicapés. Les ARS devront fixer leurs orientations en matière de contribution au PRITH.

Enfin, la DGCS a confié à Opus 3 une mission d'appui des services de l'Etat dans la modernisation et le développement des ESAT dans leurs missions médico-sociale et économique (rapport publié – juillet 2010). Au terme des exigences posées à la foi par la loi (nouveau cahier des charge qui, impacte les finalités, l'organisation...), par les conditions mêmes d'évolution des prises en charge et des pathologies accueillies et par l'évolution des conditions économiques, les enjeux de ces évolutions se situent au cœur de la double dimension des ESAT d'accompagnement socio-professionnel et d'équilibre économique. Ils se situent à trois niveaux :

- le renforcement d'une offre auprès des entreprises et des particuliers ;
- le renforcement auprès des personnes handicapées sur l'accompagnement médico-social et professionnel, le développement de la dimension « d'ouverture et de transition de l'ESAT », le développement des capacités d'accueil de la structure en s'adaptant aux besoins ;
- la recherche d'un équilibre économique permettant de répondre aux besoins des personnes tout en veillant à l'équilibre de la structure.

But à atteindre

- Promouvoir et faciliter l'intégration sociale des personnes handicapées par l'exercice d'une activité professionnelle

Objectifs opérationnels

- Moderniser et dynamiser le secteur du travail protégé à travers :
 - la diversification des modalités d'intervention des ESAT (ex : ESAT hors mur - développement de prestations de services, de mises à disposition individuelles ou collectives)
 - la création de filières professionnelles en lien avec les employeurs privés et publics, en s'appuyant notamment sur les nouvelles dispositions du CASF permettant la reconnaissance des compétences et la validation des acquis de l'expérience des travailleurs handicapés en ESAT
 - le développement des mutualisations et coopérations entre les acteurs pour permettre de disposer de pôles de travail ou de plateformes de services à disposition des travailleurs handicapés sur les territoires
- Favoriser les passerelles pour les travailleurs handicapés entre le milieu protégé et le milieu ordinaire de travail (travail adapté, entreprises, collectivités publiques) en mobilisant les dispositions du CASF qui visent à sécuriser les parcours d'insertion des travailleurs concernés (convention d'appui, droit au retour)
- Promouvoir l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées en capacité d'exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail mais qui ont besoin d'un soutien médico-social externe par le développement de services d'accompagnement dédiés
- Favoriser et accompagner l'adaptation du secteur du travail protégé aux évolutions des populations accueillies en ESAT (augmentation du nombre de travailleurs vieillissants et de la part des personnes présentant un handicap psychique, évolution de la pathologie, prise en charge de jeunes adultes pour un apprentissage progressif vers les ateliers de l'ESAT, passage temporaire à temps partiel suite à une maladie ou une hospitalisation, pour une reprise du travail progressive...) par le développement d'activités adaptées (de type anciens SACAT) au sein de l'ESAT pour permettre à celles et ceux qui n'ont pas, ou plus, la capacité de travailler à temps plein de ne pas perdre pied avec la vie professionnelle en conservant une activité à l'ESAT, tout en bénéficiant d'accompagnements et d'activités adaptés
- Renforcer le suivi des structures médico-sociales (CRP en particulier) qui ont vocation à faciliter des réorientations professionnelles par des formations adaptées aux aptitudes des personnes accueillies
- Développer les relations avec l'ensemble des autres acteurs de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, en particulier avec les DIRECCTE et l'AGEFIPH dans le cadre des PRITH et identifier les freins à l'insertion professionnelle des personnes des plus lourdement handicapées

- Assurer une allocation des ressources au plus près de la réalité des coûts et des besoins de financement des ESAT
- Poursuivre la politique de contractualisation visant à faire évoluer les modes de relation entre l'Etat et les gestionnaires publics ou privés par le passage à une approche pluriannuelle dans la gestion financière.

Éléments de diagnostic pour la construction et le choix des réponses médico-sociales adaptées aux personnes adultes handicapées en insertion professionnelle

1/ Identification collective des besoins des personnes adultes handicapées en insertion professionnelle – un diagnostic des besoins

Objectif : Identifier les besoins existants et les besoins non couverts pour en retirer les objectifs d'amélioration de l'offre.

Objectif quantitatif : données sur les personnes adultes handicapées en insertion professionnelle dans la région :

Quelles données disponibles pour l'insertion professionnelle de personnes adultes handicapées ?

- Données MDPH sur le nombre de personnes handicapées orientées vers des ESAT, CRP, SAMSAH, SAVS ainsi que vers le marché du travail avec comme « indication complémentaire entreprise adaptée (Cf circulaire DGEFP)
- Données CAF et MSA sur le nombre de bénéficiaires de l'AAH et ses compléments
- Données POLE EMPLOI, INSEE sur le taux d'activité et le taux de chômage des personnes handicapées
- PDITH, PRITH, DIRECCTE : données relatives à l'apprentissage adapté, insertion professionnelle des jeunes handicapés
- Données ESAT transmises concernant les conventions d'appui passées entre les ESAT, les entreprises et (le cas échéant) des SAMSAH
- Conseil Régional : offre de formation en faveur des jeunes adultes handicapés
- Conseil général : cartographie des transports/schéma sur l'accessibilité
- Données sur les sorties vers le milieu ordinaire et les mises à disposition à partir de CINODE.

La dynamique populationnelle pourra être prise en compte pour évaluer les besoins y compris à long terme :

Enquêtes ES récentes de la DRESS qui font apparaître une élévation importante de l'âge moyen des travailleurs handicapés en ESAT

Proportion de ceux âgés de plus de 50 ans, permettant de libérer à terme un nombre de places important

Problématique des jeunes en situation d'amendement Creton et du vieillissement du public dans les IME. Les données relatives à l'âge des TH, au type de déficiences sont disponibles dans REBECA (indicateurs médico-sociaux).

Le contexte socio-économique et des réorientations du milieu ordinaire de travail vers le milieu protégé pour :

Des personnes dont le maintien en entreprise s'avère difficile et qui peuvent demander une réorientation vers un ESAT, ce qui au final peut nécessiter des places nouvelles en ESAT.

La demande de plus en plus forte des personnes handicapées psychiques d'accéder aux ESAT (même effet).

Les indicateurs pertinents : Places pour 1 000 habitants, dont places occupées par des personnes de plus de 50 ans (Source : ES) ; Listes d'attente par type d'établissement et structures (ESAT, CRP, UEROS), situations sans solution si possible par type de problématique, file active des SAMSAH/SAVS (sources ESMS) ; Taux d'occupation moyen (Source : établissements et services) ;

Durée moyenne de séjour (Source : établissements et services) ; Motifs de sortie (Source : ES) ; Orientation à la sortie (Source : ES).

Objectif à croiser avec une approche plus qualitative, en lien avec la mise en place d'une observation systématique des besoins liés à l'insertion professionnelle des personnes adultes handicapées ? Sélectionner les indicateurs pertinents :

Indicateurs de structures

Date de création de l'établissement

Age moyen des équipes éducatives et d'accompagnement

Taux de renouvellement des équipes (turn over)

Indicateurs d'usure professionnelle (arrêts de travail, burn out)

Date du renouvellement du projet institutionnel

Part du volet accès à la prévention et aux soins dans le projet institutionnel (nombre d'actions de prévention collectives, thématiques abordées)

Mesure de l'enjeu sur l'intégration dans le tissu local

Mesure de la diversification des activités permettant de répondre aux besoins des entreprises et ainsi d'assurer l'équilibre économique et la diversification des activités proposées aux personnes

Indicateurs de l'isolement

Nombre de personnes à domicile isolées

Nombre de personnes sous protection juridique de leur parent

Nombre de personnes sous protection juridique d'un frère, d'une sœur

Indicateurs liés à l'activité d'accompagnement des personnes

Mesure du temps passé sur les différents actes liés aux soins quotidiens

Mesure du nombre d'actes d'accompagnement aux soins quotidiens

Types de professionnels sollicités

Nombre de personnes bénéficiant des actions de formation professionnelle, des actions éducatives

Nombre de personnes concernées par la mise en œuvre d'actions de démarches d'évaluation, d'adaptations évolutives aux capacités de travail de la personne

Mesure de la demande de formation des professionnels

Mesure du développement de partenariats avec les foyers de vie ou services d'accueil de jour.

Indicateurs de l'état de santé

Présence de certaines pathologies (handicaps complexes, handicap psychique, prise en compte du vieillissement).

Indicateurs relatifs à l'emploi des personnes handicapées

Nombre de personnes à temps partiel correspondant aux besoins et projet

Nombre de personnes concernées par la mise à disposition en entreprise

Nombre de personnes concernées par la mise en œuvre de démarche d'intégration en entreprise adaptée ou ordinaire

Nombre de personnes ayant un poste de travail aménagé

Nombre de personnes en cessation progressive d'activité.

2/ Le questionnement collectif des organisations au regard de leur nécessaire adaptation - un diagnostic des ressources

Objectif : Identification de l'offre existante contribuant à l'insertion professionnelle des personnes adultes handicapées et de son organisation (coopérations...).

Evaluation de cette offre au regard des besoins pour en tirer les évolutions

- *en matière d'organisation*
- *en matière de partenariats et de coopération entre les acteurs médico-sociaux pour favoriser les parcours d'insertion professionnelle*
- *en matière de partenariats avec le milieu du travail (milieux protégé et ordinaire,*
- *en matière d'actions innovantes engagées ou prévues avec des collectivités publiques ou des organismes spécialisés.*

2.1 L'offre médico-sociale : recensement des établissements et services médico-sociaux dédiés à l'insertion professionnelle des personnes adultes handicapées (offre existante et programmée) à partir des éléments suivants : Ages d'agrément ; spécificités d'accueil (handicaps, modes d'accueil) ; durée d'ouverture ; localisation ; listes d'attente ; activités proposées...

→ **La quantification des ressources par niveau de territoire peut être formalisée sous forme de tableaux...**

Territoire régional ou territoire de santé :

Offre de soins hospitaliers	Offre de soins de ville	Offre médico-sociale	Offre médico-sociale hors ARS
Hôpital de jour EMPP	Consultations spécialisées	ESAT CPO/CRP UEROS	Foyers d'hébergement, Foyers semi-autonome Foyer de vie SA-ESAT

Territoire de proximité

Offre de soins hospitaliers	Offre de soins de ville	Offre médico-sociale	Offre médico-sociale hors ARS
	IDEL	SESSAD pro SAMSAH HT-AJ- séjour de répit (personnes handicapées) Dispositifs pour les jeunes 16/25 ans	SAVS Structures à caractère expérimental

Les données inscrites dans les tableaux ci-dessous le sont à titre d'exemple, et ne sont pas exhaustives.

→ **...ou sous forme cartographique, notamment pour identifier l'offre médico-sociale et les établissements d'enseignement sur les territoires.**

Objectif : répondre aux questions de l'impact collectif de l'insertion professionnelle des personnes adultes handicapées sur les ressources existantes

L'organisation de la fonction observation-évaluation permet-elle d'identifier les besoins des personnes adultes handicapées et d'anticiper sur les besoins à venir ?

- Quelles sont les caractéristiques des listes d'attente par type d'établissements et structures
- Quelles modalités de repérage des situations sans solution, quel partenariat avec la MDPH Conditions de maintien à domicile
- Quelle détection des situations de rupture de parcours (ex : 18/25ans)
- Quelles sont les actions à développer pour permettre l'accès et/ou maintien dans le logement (autonome, semi-autonome, hébergement) avec des services adaptés.

L'organisation de l'offre de services ou établissements permet-elle de répondre aux situations les plus complexes pour permettre l'exercice d'une activité à temps partiel ?

- Quelle modalité d'organisation mise en place ? Disponibilités de la palette de réponses à quel niveau de territoire ? l'adaptation de cette offre est-elle nécessaire ?
- Quel niveau de coopération entre les ESMS et l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers compte tenu d'un nombre croissant de personnes présentant un handicap psychique dont l'accès et/ou le maintien dans l'exercice de l'activité professionnelle pose problème notamment dans la durée quel que soit l'âge ; plus généralement, question de l'accès aux soins et de leur coordination ?

Quelles ressources humaines dans ces établissements et services ?

Taux d'encadrement moyen

- Dont en animation
- Dont éducatif
- Dont en soins.

Quelle formation à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ?

L'organisation de l'offre en ESAT permet-elle de répondre aux évolutions du secteur du travail protégé (rapport d'OPUS 3 sur la modernisation des ESAT) ?

- Prise en compte de la dimension ressources humaines dans les ESAT ?
- Une réflexion sur la mise en place de la GPEC en vue de la mise en œuvre d'une politique collective de gestion des RH, d'articulation du développement des compétences avec la stratégie de développement de l'ESAT, d'évaluation des compétences et d'accompagnement de leur évolution, de valorisation de la polyvalence et de la polycompétence, de définition d'une politique de formation individuelle et collective est-elle envisagée ?
- Nécessité sur ces points de mobiliser l'OPCA de branche (Cf. convention pluriannuelle DGCS, DGEFP et UNIFAF)

2.2 Coopération ou partenariats entre les différents acteurs

- Recensement, présentation et analyse des partenariats en cours ou à venir entre établissements et services médico-sociaux de même nature ou non et visant à favoriser l'insertion professionnelle des adultes handicapés
- Recensement, présentation et analyse des partenariats en cours ou à venir avec les autres politiques publiques en termes d'accès à l'emploi, la formation, le logement, les transports, la culture, la santé
- Partenariats avec les acteurs de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, en particulier avec le Service public de l'emploi, dans le cadre ou non du PDITH/ PRITH, avec des collectivités territoriales (conseil général et conseil régional dans le cadre de l'adaptation de l'offre de formation) et/ou des organismes spécialisés de formation, les CFA pour leur importance notamment dans les fins de parcours IMPRO
- Partenariat entre les ESAT et le secteur psychiatrique compte tenu de l'augmentation du nombre de travailleurs handicapés en souffrance psychique
- L'avancée en âge des travailleurs handicapés en ESAT nécessite par ailleurs une collaboration étroite entre les ARS et les Conseils généraux pour favoriser un développement coordonné de l'offre en matière de foyers d'hébergement pour personnes handicapées et de développement d'activité à temps partiel (Section Annexe des ESAT) pour permettre ainsi à des adultes n'ayant plus la capacité de travailler à temps plein de s'exprimer au travers d'activités d'expression et de créativité
- Collaboration avec les dispositifs d'insertion sociale en faveur des personnes en difficultés sociales (Cf. rapport OPUS 3 sur la modernisation des ESAT : 6 % des effectifs des ESAT relèvent de problématiques sociales prédominantes)
- Partenariat ARS/DRJCS sur les modalités d'accès des personnes handicapées aux minimas sociaux (articulation dans le cadre des instances de la MDPH : COMEX, CDAPH).

Fiche « questions et repères »

Viellissement des personnes handicapées

Public	Adultes handicapés
Handicap	Tout type de handicap
Santé	Accès aux soins des personnes handicapées vieillissantes

Enjeux

Un phénomène qui s'inscrit dans le vieillissement de la population générale.
L'anticipation des réponses face à un phénomène qui a vocation à s'amplifier.
La faiblesse des données épidémiologiques disponibles.
La personnalisation des modes d'accompagnement.
La diversification des choix de vie.
La disponibilité des ressources humaines, notamment paramédicales.
L'épuisement des aidants.
Les niveaux de reste à charge (champ des personnes âgées) et de reste à vivre (champ des personnes handicapées).
Enjeu d'observation : les critères du vieillissement.

Cadrage national

Une politique globale de maintien à domicile et de choix du mode d'accompagnement (loi du 11 février 2005 et du 2 janvier 2002)
Le programme pluriannuel de création de places : fiche 5 « Accompagner l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés »
Circulaire du 21 juillet 2006 : maintien dans les structures au-delà de 60 ans
Loi de financement du 30 décembre 2009, article 136 :
« *Le Gouvernement met en œuvre, avant le 31 décembre 2010, un dispositif de suivi des établissements et services visés au a du 5° et au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, qui accueillent ou dont bénéficient les personnes handicapées de quarante ans ou plus.*
Ce dispositif rend compte chaque année de l'évolution des sources de financement de ces structures, de leur nombre et du nombre de places qu'elles offrent, selon les types de déficience des personnes handicapées.
Les résultats sont portés à la connaissance du Parlement. »

Objectifs opérationnels

- Garantir une observation précoce, continue et multidimensionnelle des signes du vieillissement afin d'anticiper les besoins d'accompagnement liés aux effets du vieillissement des personnes adultes handicapées.
- Garantir l'adaptation des projets d'accompagnement individuels et des projets institutionnels aux besoins liés au vieillissement des personnes handicapées.

Eléments de diagnostic pour la construction et le choix des réponses médico-sociales adaptées aux personnes handicapées vieillissantes

1/ Identification collective des besoins des personnes handicapées vieillissantes – un diagnostic des besoins

Objectif quantitatif : Combien de personnes handicapées vieillissantes sur le territoire ? Quelles données disponibles ?

Une stratégie a minima : l'identification croisée, sur un territoire, d'une population handicapée de plus de 40 ans

- les données MDPH dès lors qu'elles sont disponibles
- les données disponibles auprès des établissements
- les données disponibles auprès des établissements psychiatriques (lien à faire avec les hospitalisations inadéquates)
- les données disponibles auprès des services (SAVS-SAMSAH)
- les données disponibles auprès des SAD
- les données disponibles auprès de la polyvalence de secteur
- les données disponibles auprès des équipes APA.

Ces données pourraient être les suivantes :

- les personnes de plus de 40 ans
- les orientations des personnes à partir de 40 ans
- les motifs de sorties d'établissements à partir de 40 ans

Les indicateurs pertinents :

- Places pour 1000 habitants, dont places occupées par des personnes de plus de 40 ans et parmi elles, les plus de 60 ans

Source : *Enquête Etablissements et Services (ES)*

- File active des SSIAD

Source : *SSIAD*

- Taux d'occupation moyen

Source : *établissements et services médico-sociaux*

- Durée moyenne de séjour

Source : *établissements et services médico-sociaux*

- Motifs de sortie

Source : *Enquête ES*

- Orientation à la sortie

Source : *Enquête ES*

Objectif à croiser avec une approche plus qualitative, en lien avec la mise en place d'une observation systématique des besoins liés au vieillissement : Sélectionner les indicateurs pertinents d'identification des besoins liés au vieillissement des personnes handicapées ?

Indicateurs de structures

Date de création de l'établissement

Âge moyen des équipes éducatives et d'accompagnement

Taux de renouvellement des équipes (turn over)

Indicateurs d'usure professionnelle (arrêts de travail, burn out)

Date du renouvellement du projet institutionnel

Indicateur de périodicité du renouvellement du projet institutionnel

Part du suivi médico-infirmier dans le projet institutionnel

Part du volet accès à la prévention et aux soins dans le projet institutionnel.

Indicateurs de l'isolement

Nombre de personnes à domicile isolées

Nombre de personnes sous protection juridique de leur parent

Nombre de personnes sous protection juridique d'un frère, d'une sœur.

Indicateurs liés à l'activité d'accompagnement des personnes

Mesure du temps passé sur les différents actes liés aux soins quotidiens

Mesure du nombre d'actes d'accompagnement aux soins quotidiens
Types de professionnels sollicités
Mesure de la demande de formation des professionnels.

Indicateurs de dépendance et de la qualité de vie des personnes

Mesures via AGGIR ou GEVA des besoins de compensation des personnes là où elles sont accompagnées
Mesure du nombre de chutes.

Indicateurs d'accès aux soins

Nombre de visites chez un généraliste par an et par personne
Nombre de visites chez un spécialiste par an et par personne
Indicateur du nombre d'actions de prévention
Nombre d'actions de prévention collective réalisées
Nombre d'actions de prévention individuelle réalisées.

Indicateurs de l'état de santé

- effectif en ALD (à identifier : cancer...)
- présence de certaines pathologies
- obésité.

Indicateurs relatifs à l'emploi des personnes handicapées

Nombre de personnes à temps partiel
Nombre de personnes ayant un poste de travail aménagé
Nombre de personnes en cessation progressive d'activité.

2/ Le questionnement collectif des organisations au regard de leur nécessaire adaptation - un diagnostic des ressources

Objectif : Répondre aux questions de l'impact collectif du vieillissement sur les ressources existantes

L'organisation de la fonction observation-évaluation permet-elle d'identifier les besoins des personnes handicapées en établissement et à domicile et d'anticiper sur les besoins à venir ?

- Quelle vigilance auprès de la population handicapée à partir de 40 ans ?
- Quelle détection des situations à risques ?

L'offre de services à domicile permet-elle de répondre aux situations d'aggravation de la perte d'autonomie ?

- Besoins en santé : SSIAD, offre libérale, HAD.
- Besoins liés à l'isolement.
- Besoins liés au vieillissement des aidants.

L'offre en établissement permet-elle de répondre aux besoins de primo-institutionnalisation, au maintien des personnes handicapées vieillissantes (après 40 ans, après 60 ans) ?

- Nombre de places ?
- Quelle adaptation et quelle adaptabilité des établissements et des projets d'établissements ?
- Quel niveau de formation des professionnels ?
- Quel niveau de coopération avec l'offre de soins ambulatoires et l'offre de soins hospitaliers ?
- Quel niveau de médicalisation ? nombre de places ?

L'offre en établissement permet-elle de répondre aux besoins liés aux changements d'institution ?

- Nombre de places adaptées ?
- Quelles modalités de coopération inter-établissements sur la préparation au changement ?
- Quel niveau et quel besoin de médicalisation ?

Ces questionnements peuvent être alimentés par les axes de réflexion suivants.

Quelles sont les ressources disponibles intervenant par niveau de territoire auprès des personnes handicapées vieillissantes ?

Territoire régional ou territoire de santé :

Offre de soins hospitaliers	Offre de soins de ville	Offre médico-sociale	Offre médico-sociale hors ARS
Centres basse vision et basse audition Centres de réadaptation USLD accueillant des personnes de moins de 60 ans HAD	Consultations spécialisées	MAS FAM ESAT HT (personnes handicapées, personnes âgées) EHPAD HT (PA	Foyers occupationnels/de vie Foyers d'hébergement Foyers logements EA Foyers-logements EHPA

Territoire de proximité

Offre de soins hospitaliers	Offre de soins de ville	Offre médico-sociale	Offre médico-sociale hors ARS
	IDEL	AJ (personnes âgées, personnes handicapées) SAMSAH SSIAD	SAVS SAD

Quelle organisation de l'accès aux soins des personnes handicapées en établissement (population générale, population à partir de 40 ans) ?

- accès aux consultations de soins primaires et spécialisées,
- conventions avec des professionnels libéraux, des établissements de santé.

Quelle organisation de la vigilance en matière d'accès aux soins des personnes suivies à domicile ?

- personnes accompagnées par les services à domicile : liens avec la polyvalence de secteur, lien avec les équipes médico-sociales APA,
- personnes accompagnées par les services d'accompagnement à la vie sociale et les services d'accompagnement médico-social aux adultes handicapés ?

Quelle organisation en matière de coordination des interventions ?

- rôle des établissements et services qui accueillent ou accompagnent les personnes handicapées en matière d'accès aux soins ?
- environnement institutionnel des établissements et services : conventions de partenariat, réseaux, modalités de coopération.

Les établissements et services ont-ils mis en place une observation continue des signes du vieillissement ?

- quels outils d'observation ?
- quelle organisation de l'observation (multidisciplinaire) ?
- quelles modalités de recueil de l'information ?

Quelles ressources humaines dans ces établissements et services ?

Taux d'encadrement moyen

- Dont en animation.
- Dont éducatif.
- Dont en soins.

Quelle formation à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ?

Quelle accessibilité et adaptabilité des locaux ?

Adaptabilité des locaux aux situations d'aggravation de la perte d'autonomie.

Quelle est la date de création des structures d'accueil et d'hébergement des personnes handicapées ?

La date de création des structures impacte :

- la pyramide des âges des personnes accueillies,
- le vieillissement des équipes,
- l'adaptabilité des locaux,
- la vigilance sur la nécessité de renouvellement du projet.

Quels sont les agréments des établissements et services ?

Existe-t-il des agréments spécifiques PHV ?

Existe-t-il des agréments pour l'accueil de personnes exclusivement en deçà de 60 ans ?

Existe-t-il des agréments pour l'accueil de personnes au-delà de 60 ans ?

Les établissements et services accueillant des personnes handicapées vieillissantes se sont-ils dotés de projets spécifiques ?

Les projets des établissements et services qui accueillent des personnes prennent-ils en compte

- les besoins liés à la mobilité ?
- les besoins liés au maintien de l'autonomie ?

Quel est le besoin de médicalisation ?

Cf. fiche en cours de construction

Fiche « questions et repères »

Les personnes âgées à domicile : parcours de vie et qualité de l'accompagnement

Public	Personnes âgées en situation de dépendance
Handicap	Tout type de handicap
Santé	Accès aux soins des personnes âgées au domicile

Les enjeux nationaux des politiques publiques

Textes inscrivant le maintien à domicile comme objectif de politique publique

- Plan solidarité grand âge
- Plan Alzheimer
- Programme de développement des soins palliatifs
- Programme national de lutte contre la douleur
- Loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005 portant codification de certaines dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles (articles D. 312-1 à D.312-7-1 du code de l'action sociale et des familles).

Pluralité d'intervenants et de modes de prise en charge :

- services d'accompagnement à domicile
- SSIAD, SPASAD
- Développement des équipes spécialisées Alzheimer
- Infirmiers libéraux (IDEL)
- Hospitalisation à domicile (HAD)
- Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), réseaux
- Dispositifs de prévention.

Mais également émergence de nouveaux leviers d'intervention :

- Formations et soutien des aidants
- Formation des assistants de soins en gérontologie
- Filières gériatriques
- Equipes mobiles de gériatrie, équipes mobiles de gérontopsychiatrie, équipes mobiles de soins palliatifs
- Dossier médical de la personne pour limiter les hospitalisations et limiter l'iatrogénie médicamenteuse
- Notion de médecin référent de la personne âgée à domicile.

Dispositifs prévus dans le cadre du Plan Alzheimer :

- Equipes spécialisées rattachées aux SSIAD
- MAIA
- Accueil temporaire (accueils de jour, hébergement temporaire) et plateformes de répit et d'accompagnement des aidants.

Montée en charge importante de l'APA, qui solvabilise une partie des dispositifs.

Buts à atteindre :

- Disposer sur le territoire de proximité d'une large palette d'interventions afin de répondre aux besoins multiples
- La coordination des interventions: se joue au niveau de l'offre de proximité la plus fine. Quels partenariats à mettre en place pour fluidifier les parcours (ex : sortie d'hospitalisation, ou de SSR)
- Organiser la programmation et l'évolution de l'offre à partir d'une coordination des institutions : conseil général (CG), secteur libéral, secteur de la prévention, de l'offre médico-sociale, institutions sanitaires
- Renforcer la professionnalisation du secteur et la qualité de service.

Objectifs opérationnels :

- Tendre vers une plus grande proximité des réponses, à partir d'institutions plus polyvalentes, capables de travailler en réseaux sur un même territoire, en développant des pôles de compétences et des prises en charge partagées
- Identifier les dispositifs de coordination des réponses aux usagers les plus performantes afin de les diffuser sur les territoires
- Etat des lieux et développement de la filière gériatrique (dont font partie les équipes mobiles de gériatrie, équipes mobiles de gérontopsychiatrie, équipes mobiles de soins palliatifs) sur chaque territoire de proximité pour dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique de la personne âgée. Son rôle est de faciliter l'entrée directe du patient dans le court séjour gériatrique et le cas échéant vers les soins de suite et de réadaptation, d'organiser des retours à domicile (SAD-SSIAD- libéraux) ou en structure en collaboration avec l'ensemble des partenaires concernés
- Renforcer les complémentarités des dispositifs, que ceux-ci soient caractérisés par une proximité dans l'offre proposée (SSIAD-IDEL) ou qu'ils fonctionnent dans une optique de filière (sorties d'hospitalisation par exemple)
- Identifier les avantages de l'incitation au regroupement, sur un secteur généralement très morcelé et donc complexe à piloter : seuils de rentabilité, mais aussi groupements de coopération, contractualisation etc
- Faire connaître et développer si nécessaire les accueils de jour et les hébergements temporaires notamment pour soutenir les aidants (cartographie à prévoir)
- Insister sur un maillage du territoire par les CLIC en leur accordant la publicité nécessaire sur leur bon fonctionnement (ex : rôle pivot sur le territoire entre équipe mobile en gériatrie et CLIC pour faciliter un retour plus rapide au domicile avec une prise en charge adaptée)
- Renforcer la qualité de service
- Disposer sur la région d'une meilleure connaissance partagée avec les conseils généraux des besoins et des ressources sur le sujet.

Eléments de diagnostic pour la planification de l'offre de maintien à domicile des personnes âgées

o **Réaliser un diagnostic des besoins :**

Objectif : identifier les besoins existants et non couverts pour déterminer au niveau régional les objectifs d'amélioration de l'offre.

Pour la conduite de ce diagnostic, les services des ARS pourront notamment s'appuyer sur les travaux menés dans le cadre de l'élaboration des schémas départementaux en faveur des personnes âgées, mais également sur les constats portés par les équipes ressources (CLIC, réseaux gérontologiques, filières gériatriques...) et les professionnels du secteur.

2.1 Données démographiques et géographiques jugées pertinentes par l'ARS.

- **La dynamique populationnelle** pourra par exemple être prise en compte pour évaluer les besoins y compris à long terme : vieillissement de la population, caractéristiques sociales de la population, dynamique des versements APA par départements...
- **Le contexte socio-économique et les modes de vie** influent sur la capacité à s'orienter dans le dispositif global et sur les capacités de recours à l'offre de services : choix entre IDEL et SSIAD, mais également reste à charge en accueil de jour et hébergement temporaire.

2.2 Données des conseils généraux sur l'APA

Elles contribuent à l'observation des besoins et attentes des personnes âgées et de leurs familles.

- Nombre de bénéficiaires de l'APA par territoire.
- Analyse des GIR des personnes à domicile, afin de cibler au mieux les territoires sur lesquels la progression de la dépendance ne se traduit pas mécaniquement par une admission en établissement.

2.3 Identification des besoins spécifiques

Objectif : Repérer des besoins particuliers de prise en charge propres à cette population cible

➤ Les besoins spécifiques en prévention.

Quel impact reconnu des actions de santé publique permettant de favoriser le maintien à domicile ? Comment les organiser territorialement afin de donner plus de poids et de structuration à ces actions souvent dispersées ?

➤ Une organisation coordonnée de l'offre impliquant des complémentarités sanitaire/médico-social et des complémentarités social/médico-social.

Sujets relevant globalement de l'organisation de la filière gériatrique (soins et hors soins) : lors des événements entraînant une rupture dans le parcours de vie, quelles réponses sont organisées pour faciliter au mieux le maintien ou le retour à domicile (diagnostic Alzheimer – maladie chronique – invalidité progressive ou subite ; sortie d'hospitalisation ou de SSR ; organisation de prises en charge de répit ; prise en charge des soins lors de la fin de vie).

➤ Le soutien des aidants

Si la politique de soutien aux aidants se met très progressivement en place, il est notoire que les dispositifs d'accueil temporaire et d'accueil de jour constituent un apport très important aux aidants, en termes de répit et de lien avec des professionnels de la prise en charge.

2.4. Identification des attentes

Faire émerger via une méthodologie de questionnements (consultations publiques, « focus groupes », exercices collectifs de formulation des attentes pour un diagnostic partagé) une expression collective des attentes des personnes puis déterminer celles auxquelles le schéma peut répondre (démarche de priorisation).

- expression des attentes des professionnels.
- expression des attentes des usagers et familles (groupes usagers, associations représentant les usagers).
- **Réaliser un diagnostic global territorialisé des ressources existantes (diagnostic administratif, politique et organisationnel)**
En tenant compte de la densité de population, du taux d'urbanisation, de la surface du territoire concerné, des chiffres de la population cible.

1.1 Identification des ressources par territoire

Il s'agit d'identifier l'organisation territoriale de l'offre de services existante pour le maintien à domicile des personnes âgées.

L'analyse de l'offre peut être élargie au-delà des dispositifs de maintien à domicile *stricto sensu*. En effet, certaines analyses devront porter sur les soins hors domicile, la prise en charge temporaire, la prévention, dans la mesure où chacun de ces « secteurs » d'activité ont un rôle à jouer, et un impact potentiel sur le maintien à domicile des personnes âgées.

Cette identification des ressources permettrait, croisée avec celle des besoins, de disposer d'un socle d'observation partagée entre l'ARS et les départements sur le sujet du maintien à domicile.

Prise en charge à domicile : sur le champ de compétence de l'ARS : les SSIAD, équipes spécialisées Alzheimer, l'hospitalisation à domicile, les centres de soins infirmiers, et sur le champ conjoint ou total du département : services d'accompagnement à domicile et SPASAD.

L'analyse de premier niveau pourra coupler analyse d'activité des structures et couverture territoriale. Les services eux-mêmes disposent d'éléments de contexte sur les besoins exprimés par le secteur libéral (prescripteur des soins infirmiers) et les usagers et aidants eux-mêmes.

Soins hors domicile : hôpital, équipes mobiles de gériatrie, équipes mobiles de gérontopsychiatrie, équipes mobiles de soins palliatifs, urgences, SSR.

En ce qui concerne le maintien à domicile, l'analyse de l'activité de soins en secteur sanitaire doit permettre de dégager les zones de risques pour les personnes âgées lors de leurs admissions en urgence (y compris en distinguant les dispositifs spécifiques d'accueils spécialisés gérés par une filière identifiée) ; l'apport des équipes mobiles de gériatrie en termes de sécurisation des parcours ; et l'examen des sorties de soins de suite.

A noter : l'offre libérale peut élargir à la fois sur les interventions à domicile et hors domicile.

Prise en charge temporaire : accueils de jour, hébergement temporaire, formules de répit.

Les dispositifs d'accueil temporaire constituent un levier important de maintien à domicile sur le long terme, même si leur mise en œuvre sur le territoire, en plus d'être fortement inégale, rencontre des difficultés objectivées par plusieurs travaux sur ce domaine. Certaines structures, pour lesquelles le projet de service de prise en charge temporaire est très identifié, fonctionnent néanmoins de manière efficace et permettent de réaliser une véritable mission de répit des aidants. D'autres peuvent positionner, le cas échéant, leurs admissions en priorité sur les sorties de dispositifs de soins (SSR notamment).

Accueil / Information / Evaluation : équipes APA, CLIC, polyvalence de secteur, MAIA.

La structuration de ces missions relève des compétences des départements, à ce titre des éléments d'appréciation de l'activité, des besoins et des perspectives d'évolution peuvent être explicités dans les schémas départementaux. En outre, les équipes APA peuvent constituer une source d'information quant à l'efficacité et aux manques du secteur de l'aide à domicile (dans toutes ses composantes).

Dispositifs de prévention.

Il s'agit d'identifier dans les actions de prévention à destination des personnes âgées ceux qui renforcent les conditions de maintien à domicile, et évaluer leur projet dans leur dimension de travail en réseau et filière

➤ **Sur l'offre existante et les projets programmés à court et moyen terme :**

- capacité existante et analysée par type de prestation et aire géographique d'intervention, notamment sur le partage de l'activité entre SSIAD et HAD ;
- caractérisation de leur activité : spécificités d'accueil, modes d'accueil...
- analyse des moyens en professionnels, notamment les chargés de coordination.
- nombre de personnes prises en charge / files actives. Le cas échéant besoins non couverts.
- diagnostic géographique de l'implantation de l'offre de service sur le territoire de santé, en tenant compte notamment pour les soins infirmiers de l'adéquation IDEL-SSIAD (AIS : cf. accord CNAMTS-Syndicats IDEL 2008).
- l'offre spécifique adaptée : équipes spécialisées Alzheimer, MAIA, services post SSR, plateformes de services polyvalentes...
- modernisation des SAAD : conventions CG-CNSA.

Diagnostic à croiser, avec le schéma d'organisation des soins et le schéma de prévention.

1.2 Les articulations entre les différents acteurs

Objectif : *Recensement des expériences de conventions, de coopérations et de regroupements entre les différents intervenants menées sur le territoire et visant à réaliser les diagnostics et les évaluations, à intervenir auprès des usagers de manière coordonnée, et à orienter les personnes âgées et leur entourage en fonction de l'évolution de la prise en charge.*

- Place des réseaux spécialisés et des CLIC.
- Partenariats ou collaboration entre institutions et services (niveau et qualité de la collaboration, mise en place éventuelle d'outils communs, blocages...).
- Elargissement de certains services vers une offre diversifiée (SAD + SSIAD par exemple).
- Partenariat entre les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes notamment) et le secteur social et médico-social.
- Partenariats et coopérations autour des sujets de formation et de professionnalisation.
- Déploiement des outils ayant trait à l'amélioration de la qualité de service : évaluation interne (recommandation ANESM attendue), MOBIQUAL

Fiche « questions et repères »

Les aidants familiaux : prise en compte de leurs attentes et besoins, et développement de l'offre de répit

Public	Aidants familiaux de personnes âgées, de personnes handicapées, de personnes souffrant de maladies chroniques⁴⁵
Objectif	Prendre en compte, soutenir et relayer les aidants, acteurs/partenaires-clef des politiques de maintien à domicile, de soutien à l'autonomie, et de santé, dans le double intérêt des personnes qu'ils aident et de leur propre santé

Enjeux et cadrage national

Le maintien ou le retour à domicile après hospitalisation, la vie en milieu ordinaire autant et aussi longtemps que possible, répondent à la fois aux aspirations des personnes âgées, handicapées et malades, et se traduisent de plus en plus dans les orientations des pouvoirs publics

Ces objectifs ne sont possibles que par une importante implication des aidants familiaux des personnes concernées. D'après les 1ers résultats de l'enquête Handicap Santé auprès des aidants informels, près de 8,3 millions de personnes de plus de 16 ans aident régulièrement et à titre non professionnel 5,5 millions de personnes de plus de 5 ans vivant à domicile et qui, pour des raisons de santé ou de handicap, ont besoin d'une aide à la vie quotidienne, d'un soutien financier ou matériel, ou d'un soutien moral⁴⁶.

Cependant, des enquêtes conduites par la Fondation Novartis ou la MACIF mettent en évidence les impacts négatifs du rôle d'aidant sur les revenus, la vie professionnelle et sociale, l'état de santé et de bien-être des personnes impliquées, ainsi que les besoins et attentes des aidants en termes de soutien et d'accompagnement leur permettant d'assurer ce rôle mieux et plus longtemps.

Le soutien des aidants familiaux des personnes âgées, handicapées et/ou malades passe en premier lieu par la disponibilité de services et professionnels assurant soins et accompagnement. Ces services doivent répondre à des critères de proximité, de continuité, de souplesse, de qualité et de coût afin de permettre une meilleure accessibilité de l'offre. En ce sens, le diagnostic des besoins et la programmation de l'offre de services et de ses évolutions doivent inclure également les besoins et attentes des aidants. Le centre d'analyse stratégique insiste, dans son rapport de juillet 2010 « Vivre ensemble plus longtemps », sur l'enjeu d'une meilleure prise en compte des aidants dans le cadre des politiques de soutien à l'autonomie à moyen terme.

D'autre part, une bonne articulation entre les professionnels et les aidants, une reconnaissance du rôle, de la place, et des compétences de chacun est nécessaire afin que puisse se créer autour des personnes accompagnées une alliance favorable au meilleur accompagnement possible. Elles peuvent être facilitées très en amont par la sensibilisation et la formation des professionnels à une plus grande prise en compte du rôle des aidants.

Les pouvoirs publics, à la suite des associations et d'acteurs précurseurs, ont pris en considération ce rôle des aidants et la nécessité de les soutenir et de les accompagner.

Plusieurs plans gouvernementaux récents comportent ainsi un objectif et des mesures visant directement les aidants :

⁴⁵ On entend ici par « aidant familial » toute personne qui vient en aide à titre non professionnel en partie ou totalement à une personne âgée dépendante, handicapée ou atteinte d'une maladie chronique pour les activités de la vie quotidienne. Ce peut être un membre de la famille ou un proche.

⁴⁶ Publication des résultats prévue d'ici fin 2010

- **Plan solidarité grand-âge 2007-2010** : donner le libre choix aux personnes âgées dépendantes de rester chez elle par le développement de SSIAD, de SAD et le soutien des aidants familiaux ; développement de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (AJ-HT) pour permettre le maintien à domicile.
- **Plan Alzheimer 2008-2012** : développer l'AJ-HT et des formules diversifiées de répit et d'accompagnement (expérimentation des plateformes de répit et d'accompagnement)(mesure 1) ; formation des aidants (mesure 2) ; suivi sanitaire des aidants (mesure 3) ; labellisation des MAIA et coordinateurs de cas (mesures 4 et 5) ; n° téléphonique d'information des aidants (mesure 35).
- **Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011** : Axe 3 - mesure 9, groupe de travail sur le rôle des aidants et la coordination des professionnels sur rôle propre et besoins des aidants (actes techniques, formations, supports psy...).
- **Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012** : mettre en place un soutien des proches et des aidants en leur proposant un accompagnement et des formations en soins palliatifs (mesure 14) ; développer et favoriser l'intervention de garde-malades à domicile et assurer leur formation (mesure 8).
- **Plan autisme 2008-2010** : donner aux parents et aux aidants les outils pour accompagner leurs enfants : mise à disposition des familles d'une information diversifiée et neutre sur les différentes méthodes de prise en charge au sein des CRA ; formation en direction des parents, fratries et aidants ; expérimentation de dispositifs de guidance parentale (mesure 16).
- **Plan accidents vasculaires cérébraux (AVC) 2010-2014** : formation des aidants aux AVC et à l'accompagnement du handicap (mesure 2.4).

D'autres plans quasiment finalisés prévoient également des actions à destination des aidants:

- **Plan maladies rares 2010-2014** : séjours de répit et autres dispositifs innovants d'accompagnement des malades et des aidants (actions 1-2-3 et 5-3-3).
- **Plan traumatisés crâniens 2010-2014.**
- **Programme d'action Parkinson.**

Compétences des ARS concernant l'aide aux aidants

L'ARS est compétente sur deux dispositifs intéressant directement les aidants :

- La programmation du développement de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, prévu par le PSGA, le plan Alzheimer, et, concernant les personnes handicapées, le programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées 2008-2012.

- Le développement des plateformes de répit et d'accompagnement des aidants (mesure 1 du Plan Alzheimer), dispositifs appelé à se généraliser en 2011.

- La section IV du budget de la CNSA (dont le périmètre des actions qu'elle peut soutenir par un cofinancement a été élargi, par la loi HPST, à la formation des aidants familiaux).

Il est envisagé, comme indiqué dans la circulaire DGCS/CNSA du 7 septembre 2010 relative aux orientations de la section IV du budget de la CNSA pour 2010 de rendre les ARS ordonnateurs secondaires de la CNSA sur les crédits de la section IV qui ne relèvent pas de conventions nationales, afin de leur permettre, en liaison avec les DRJSCS et les conseils généraux, de piloter au plan régional le déploiement d'une démarche coordonnée d'actions de formation et de professionnalisation des salariés des établissements et services intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, d'actions de modernisation et de structuration des services d'aide à domicile, et d'actions de soutien des aidants. Ce pilotage s'exercera dans le cadre d'une convention ou d'un protocole de partenariat entre l'ARS et la DRJSCS.

Compte tenu de ces différents enjeux et des compétences directement attribuées aux ARS qui constituent autant de leviers d'actions, la définition par l'ARS d'une stratégie globale en direction des aidants, prenant en compte l'aide qu'ils apportent et les soutiens et relais dont ils auraient besoin, dans les schémas régionaux médico-sociaux, mais aussi dans les SROS

(articulation aidants/professionnels de santé, conditions des retours à domicile après hospitalisation, ou d'un maintien à domicile pour prévenir des hospitalisations inappropriées...) et les schémas de prévention (information sur les modalités d'éducation thérapeutique, santé des aidants), apparaît particulièrement opportune.

Celle-ci est bien entendu étroitement liée à la stratégie visant au maintien à domicile des personnes âgées, handicapées, et malades (cf. fiche Maintien à domicile des personnes âgées) Elle doit viser à développer une approche transversale aux catégories de personnes aidées, aux pathologies, et aux plans et programmes, ainsi qu'aux différentes natures de réponse (prévention, soins, accompagnement médico-social), sans négliger les spécificités propres à chaque catégorie d'aidants.

Cette démarche doit naturellement s'appuyer et s'articuler étroitement aux schémas départementaux relatifs aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

Objectifs opérationnels

- Sensibiliser et former les professionnels de santé et de l'accompagnement à la prise en considération des aidants, de leur savoir et de leurs compétences.
- Orienter clairement l'offre d'accueil temporaire vers des objectifs de maintien à domicile (lien avec les services d'aide et de soins à domicile, projet spécifique des AJ et HT).
- Développer les plateformes de répit et d'accompagnement des aidants, le cas échéant en lien avec les MAIA.
- Développer une offre de service et de soutien accessible géographiquement et financièrement aux aidants (répit hors domicile – accueil temporaire– et à domicile, information, accompagnement, soutien psychologique, formation aux gestes, attitudes, stress....).
- Effectuer, directement ou par un/des tiers, un recensement des aides et soutiens offerts aux aidants sur le territoire (par de multiples acteurs) et assurer l'information efficace aux aidants, en s'appuyant sur les relais pertinents.

Éléments de diagnostic pour la définition d'une stratégie globale

○ Réaliser un diagnostic des besoins

Objectif : Identifier les besoins existants et les besoins non couverts pour en retirer les objectifs d'amélioration de l'offre

La réalisation d'un diagnostic des besoins des aidants est un exercice à la fois relativement nouveau, difficile (quantification et qualification des besoins, écart entre besoins théoriques, demande et recours effectif aux services), et nécessaire.

1.1 Données démographiques, sociologiques et géographiques sur les aidants

- Les aidants sont une population nombreuse et diverse, dont les besoins de soutien et de relais varient en nature et qualité, une proportion non négligeable ne réclamant aucune aide.
- Des diagnostics ont pu être réalisés sur certains territoires et/ou sur une partie de la population des aidants et peuvent être recensés et rassemblés en lien avec les partenaires mentionnés au 2.2 (conseils généraux et caisses en particulier⁴⁷).
- Il importe d'identifier les aidants *a priori* confrontés à des situations d'aide qualitativement et quantitativement « lourde » (personnes atteintes de troubles cognitifs ou psychiques, personnes lourdement handicapées, personnes dont le handicap ou la maladie sont récents ou évoluent rapidement) dans la diversité de leurs profils.
- Le contexte socio-économique et les modes de vie influent sur les capacités des aidants à faire appel à une aide (coût, accessibilité, culture....) et doivent également être appréhendés.

⁴⁷ Voir par exemple l'étude réalisée en février 2009 par le CREAI Rhône Alpes sur les besoins et attentes des aidants familiaux de personnes handicapées, pour le conseil général du Rhône, dont la méthodologie doit pouvoir être reprise par les CREAI des autres régions

1.2. L'identification des besoins

Les besoins génériques des aidants sont bien identifiés. Il s'agit d'en estimer l'importance et la nature précise sur les territoires de la région, d'apprécier leur caractère transversal ou spécifique en fonction des « profils » d'aidant et/ou des personnes qu'elles aident :

- Besoins d'information sur les maladies et les handicaps, leurs impacts sur la vie quotidienne et les relations, besoins de conseils sur les attitudes et gestes adéquats pour préserver la qualité de la relation avec les personnes aidées, contribuer efficacement à son accompagnement, mais également besoins de formation : éducation thérapeutique, gestes de posture, de première urgence...
- Besoins d'information, sur les aides et services disponibles pour les personnes aidées, sur les services et les lieux d'écoute, d'échange et de soutien pour les aidants eux-mêmes, sur les actions proposées aux « couples aidant-aidé »...
- Besoins de temps et de relais, pour souffler et pour d'autres activités, relations et engagements
- Besoins de reconnaissance du rôle assuré, de l'aide apportée et sa qualité, des difficultés rencontrées (reconnaissance par les professionnels de l'accompagnement et du soin, écoute, groupes de pairs...)
- Besoins de soutien (psychologique, « coping »...)
- Besoins de suivi de la santé
- Besoins de lieux d'accueil (par exemple pour accueillir dans des conditions satisfaisantes et accessibles les aidants en cas d'hospitalisation de la personne aidée loin de leur domicile, sur le modèle des « maisons des parents »).

1.3 Identification des besoins/attentes non couverts, des insuffisances et inadaptations des services déjà offerts, des difficultés de « rencontre » entre les besoins identifiés et/ou expérience et l'offre existante

La question de l'accessibilité, du recours et du non recours est une difficulté bien identifiée de l'aide aux aidants et doit faire l'objet d'une attention particulière.

Le diagnostic des besoins et attentes, comme la construction des réponses gagne à associer les aidants et l'ensemble des acteurs intéressés (cf. la démarche de la MSA).

En ce qui concerne les dispositifs institutionnels de répit (AJ et HT), l'analyse de leur fonctionnement permet de distinguer un certain nombre de besoins non couverts, ou d'inadaptations de services, qu'il convient d'affiner en partenariat avec les CLIC, les équipes APA, et les MDPH :

- Besoins spécifiques de transports afin de favoriser l'accès aux services ;
- Besoins liés aux modes de recours aux formules et leurs conséquences sur l'organisation : la saisonnalité, l'urgence, les sorties de services de soins ;
- Les écarts entre la formulation d'un besoin de recours à l'accueil de jour ou à l'hébergement temporaire, et la réalité de ce recours ;
- Les résultats de l'enquête mauve AJ-HT sur le champ des personnes âgées, qui permet notamment d'enrichir la connaissance des besoins : listes d'attente et organisation des transports notamment.

○ Réaliser un diagnostic global territorialisé des ressources

2.1 Les services, aides et soutiens proposés aux aidants

L'accueil de jour et l'hébergement temporaire :

Au-delà de l'offre dédiée en places et son positionnement sur le territoire, les résultats de l'enquête mauve AJ-HT sur le champ des personnes âgées permettent de disposer d'informations relatives aux partenariats, aux pratiques de fonctionnement, aux tarifs, à l'activité précisément effectuée, aux

activités à destination des aidants familiaux. Un item à souligner est celui du projet de service spécifique, qui conditionne fréquemment le fonctionnement satisfaisant de la prise en charge⁴⁸.

- En dehors des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, objets depuis plusieurs années d'une programmation et de financements nationaux, les autres actions en direction des aidants relèvent de l'initiative d'acteurs locaux et sont donc relativement hétérogènes sur les territoires.

Les formules de répit autres que l'accueil de jour et l'hébergement temporaire en établissement, comme l'accueil de nuit, la garde de nuit (itinérante ou non) à domicile, le « répit à domicile », ou l'accueil familial, restent encore marginales mais peuvent exister sur les territoires.

- Les autres actions intéressant les aidants n'exigent pas directement la création d'une offre de service sociale ou médico-sociale (tout en pouvant être portée par les opérateurs de cette offre). Il peut s'agir d'actions individuelles ou collectives, visant les aidants seuls, les « couples aidants-aidés », ou les groupes familiaux, réalisées dans des cadres variés (associations de personnes âgées ou handicapées, CLIC, réseaux de santé et établissements de santé, caisses de retraite, centres ressources), par des professionnels et/ou des bénévoles :

- actions d'information, de formation, d'accompagnement des aidants et d'échange (écoute, y compris téléphonique, groupe de parole, groupe de pairs, café des aidants, entretien/soutien psychologique, « coping », éducation thérapeutique...),
- activités sociales, culturelles, sportives, de loisirs, séjours de vacances...

Cette liste n'est pas exhaustive, le champ de l'aide aux aidants étant encore peu structuré et très ouvert aux innovations⁴⁹.

2.2 Les acteurs pertinents/ressources à associer à la démarche

L'état des lieux de l'offre peut notamment s'appuyer sur les institutions qui mettent en œuvre, de manière volontaire, parfois en référence à des orientations nationales, des actions en direction des aidants :

- les conseils généraux et les CCAS,
- les établissements de santé (consultations mémoire par exemple),
- les CLIC et les coordinations gérontologique, les MDPH, les réseaux de santé, les plateformes de répit et d'accompagnement des aidants familiaux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.,
- les caisses de sécurité sociale : la MSA, qui a développé de longue date une politique en la matière⁵⁰, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), les caisses de retraite complémentaire ; les CRAM, encouragées au titre de leur double compétence *vieillesse* et *santé* à mettre en place des actions de « préservation de l'autonomie des personnes âgées », incluant des actions d'aide aux aidants, qui doivent se poursuivre⁵¹ ; les CAF qui mène des actions en direction des familles d'enfants handicapés,
- les centres ressources (tels que les centre ressources autisme),
- les associations de personnes âgées, handicapées ou malades et de leurs familles (CODERPA, CDCPH, France Alzheimer, UNAPEI, UNAFAM, APF, AFM, AFTC, UDAF...).

Au niveau national, peuvent être cités l'annuaire national en ligne de la fondation Médéric Alzheimer, l'Association française des AIDANTS (promotrice des cafés des aidants), et des organismes tels que la Fondation Novartis, la MACIF, Crédit agricole assurances, qui soutiennent des initiatives en direction des aidants.

2.3 Les articulations entre les différents acteurs

La diversité des actions et des opérateurs, la nécessité de développer une offre diversifiée et accessible pour répondre à la diversité des besoins des aidants, et de mutualiser les moyens, plaide pour une coordination des différents promoteurs institutionnels et financeurs: conseil général, MSA, CARSAT, CLIC, hôpitaux, réseaux de santé, etc.

⁴⁸ La CNSA doit conduire un atelier pratique relatif à l'hébergement temporaire, dont les conclusions seront livrées au 1^{er} trimestre 2011.

⁴⁹ A titre d'illustration de la diversité des actions menées : revue de littérature de la Fondation Médéric ; chapitre 9 du rapport du CAS « Vivre ensemble plus longtemps » juillet 2009 ; Université des aidants du Val de Marne

⁵⁰ COG Etat /MSA 2006-2010, article 27 – délibération du CASS du 24 avril 2008 – Document L'aide aux aidants – les réponses de la MSA (2008)

⁵¹ Circulaire CNAMTS/CNAV 27/2010 du 7 septembre 2010 relative au Plan de « préservation de l'autonomie des personnes âgées » (PAPA)

Outre les acteurs mentionnés au 2.2, d'autres tels que les services d'aide et/ou de soins à domicile, les professionnels de santé hospitaliers et libéraux, les centres sociaux, les services de tutelle, peuvent être utiles à associer, soit en raison de leur contact direct avec les populations cibles, soit par les actions qu'ils peuvent porter eux-mêmes.

Sources mobilisables

- **Offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire** : FINESS et enquête mauve AJ-HT sur le champ des personnes âgées.
- Offre de formation en direction des aidants.
- **Conseil général** : bénéficiaires de l'APA, par Gir et territoires, de la PCH, en distinguant les bénéficiaires du déplafonnement aide humaine
- **Personnes en ALD, notamment ALD 15 (Alzheimer).**
- **CAF** : bénéficiaires de l'AEEH et ses compléments.
- **Enquêtes aidants de la Fondation Novartis** : www.proximologie.com/donnees-cles-entourage/publications/cahiers-proximologie.shtml
- **Enquêtes Handicap santé ménages (INSEE) et Handicap santé aidants (DREES)** : www.sante-sports.gouv.fr/handicap-sante.html
- **Enquête MACIF/IFOP** : [www.aveclesaidants.fr/fichiers/UserFiles/File/MACIF%20IFOP%20-%20Les%20aidants%20\[Lecture%20seule\]\(4\).pdf](http://www.aveclesaidants.fr/fichiers/UserFiles/File/MACIF%20IFOP%20-%20Les%20aidants%20[Lecture%20seule](4).pdf)
- Document « L'aide aux aidants - les réponses de la MSA » (2008) (outil d'aide à la construction du contrat) (PJ).
- **Diagnostics et contrats d'action « Soutien des aidants sur leur territoire de vie »** des Caisses de MSA.
- **Diagnostic, prestations offertes par les plateformes de répit et d'accompagnement des aidants, et bilan de leur activité.**
- **Plans de préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA)** des CARSAT.
- **Annuaire national des dispositifs de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées vivant à domicile et des dispositifs d'aide à leurs aidants familiaux** (<http://www.annuaire-med-alz.org/>)
- **Cafés des aidants** (www.aidants.fr)
- **Analyse et revue de littérature française et internationale sur l'offre de répit aux aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de malade apparentées – Fondation Médéric Alzheimer – novembre 2008.**
- **Les besoins et attentes des aidants familiaux de personnes adultes handicapées vivant à leur domicile**, Étude commanditée par le conseil général du Rhône, CREAL Rhône-Alpes 2009 - www.creai-ra.com/-Observation-des-besoins-.html

Fiche « questions et repères »

Soins palliatifs : volet médico-social du programme 2008-2012

Public	Tout public
Handicap	Tout type de handicap
Santé	Accès aux soins des personnes ayant besoin de soins palliatifs

Les **soins palliatifs** sont des soins actifs, délivrés par une équipe multidisciplinaire, dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort ; ils doivent notamment **permettre de soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage.**

Enjeux

Donner la possibilité à chacun de choisir son lieu de fin de vie, à domicile ou en institution, et ce avec un accompagnement adapté, dans un objectif d'amélioration de la qualité de vie des personnes et de leur entourage.

Les ressources sont d'abord, et avant tout, sanitaires : unités et lits identifiés, mais aussi hospitalisation à domicile (HAD), équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et réseaux de soins palliatifs intervenant dans tous les lieux de vie des personnes ayant besoin de soins palliatifs et / ou d'accompagnement fin de vie, sous réserve que l'importance des soins requis ne nécessite pas une hospitalisation.

Pour le secteur médico-social, l'enjeu est triple :

- permettre un accompagnement dans le lieu de vie de la personne dans les meilleures conditions possibles,
- optimiser les ressources externes afin d'utiliser au mieux les outils et les compétences à disposition,
- favoriser l'acquisition par tous les professionnels d'une culture des soins et de l'accompagnement palliatifs.

Cadrage national

Actuellement, la politique publique nationale est plus visible avec le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012.

Ce programme s'inscrit dans la suite des plans triennaux de 1999 puis de 2002 qui avaient notamment pour but le développement d'une culture palliative dans les lieux de soins. L'ordonnance du 4 septembre 2003 a réaffirmé le caractère obligatoire de la réponse aux besoins de soins palliatifs en les inscrivant dans les schémas d'organisation sanitaire.

La loi du 22 avril 2005 (dite loi Leonetti) relative aux droits des malades et à la fin de vie précise les obligations en la matière pour les établissements de santé et les étend aux « établissements et services sociaux et médico-sociaux ».

Le programme 2008–2012, coordonné par le Dr Régis Aubry, comporte trois axes principaux, déclinés en 18 mesures :

- Axe 1 : la poursuite du développement de l'offre hospitalière et l'essor des dispositifs extrahospitaliers
- Axe 2 : l'élaboration d'une politique de formation et de recherche
- Axe 3 : l'accompagnement offert aux proches.

Objectifs opérationnels

- Construire la complémentarité de l'offre à partir de l'existant et des spécificités locales.
- Garantir l'adaptation des projets d'accompagnement individuels et des projets institutionnels aux besoins de soins palliatifs et d'accompagnement de fin de vie
- Améliorer la formation des professionnels : aux soins palliatifs, au traitement de la douleur
- Mesures du plan intéressant directement le champ médico-social:
 - Mesure 6 : Rendre effective l'intervention des EMSP en EHPAD
 - Mesure 7 : Expérimenter la présence d'infirmier la nuit en EHPAD
 - Mesure 9 : Expérimenter le dispositif des maisons d'accompagnement
 - Mesure 12 : Mettre en œuvre des actions de formation Mobiquat dans les EHPAD et les services de soins à domicile
 - Mesure 14 : Mettre en place la formation des aidants.

Toutes ces mesures s'appuient à divers degrés sur des ressources sanitaires - HAD, EMSP, réseaux et intervenants libéraux permettant de procurer l'accompagnement palliatif nécessaire aux personnes indépendamment de leur lieu de vie. La suite de la fiche inclut donc cette dimension tant dans l'analyse des besoins que des moyens à développer.

Éléments de diagnostic pour la construction et le choix des réponses médico-sociales adaptées pour les personnes ayant besoin de soins palliatifs

1/ Identification collective des besoins des publics – un diagnostic des besoins

Objectif quantitatif : Combien de personnes ayant besoin d'un accompagnement de fin de vie / en soins palliatifs sur le territoire ? Quelles données disponibles ?

Cet objectif est à croiser avec une approche plus qualitative, en lien avec la mise en place d'une observation systématique des besoins liés à l'accompagnement de fin de vie.

Indicateurs liés à l'état de santé

Les données disponibles : données de mortalité, en fonction des pathologies, par région ou département (<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>)

Les indicateurs liés à l'état de santé de la population complètent cet éclairage :

- personnes avec certaines pathologies (cancer, affection neurologique invalidante, ...), potentiellement bénéficiaires de soins palliatifs
- effectif en ALD (à identifier : cancer...)
- consommation d'antalgiques (morphinique,...).

Indicateurs de structures

Ces informations seront utilement croisées avec l'offre de service ; celle-ci est une source importante de données, tant en termes d'activité que de besoins recensés par région et par territoire de santé ; elle doit permettre de préciser les indicateurs pertinents au regard des besoins de la population du territoire de santé :

- lits et unités spécifiquement dédiés aux soins palliatifs dans les établissements de santé
- réseaux

- EMSP
- HAD.
- les remontées de données dans le cadre de la nouvelle tarification des SSIAD devraient également fournir des indicateurs d'activité de ces services sur le champ de l'accompagnement et des soins palliatifs.

En sus du taux d'équipement, les rapports d'activité des structures concernées - HAD, réseaux spécialisés, des EMSP, des ESMS (EHPAD, SSIAD...- peuvent apporter des éléments qualitatifs quant au besoin de la population, au même titre que les demandes d'extension ou de création non satisfaites.

Indicateur lié aux professionnels

Il s'agit d'estimer le niveau de besoin de formation des professionnels, de tous types (médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, aides soignants, aide médico-psychologique, puéricultrices, auxiliaires de puériculture....) aux soins palliatifs, à la lutte contre la douleur, à l'accompagnement de fin de vie, notamment au travers de l'outil Mobiquat.

Parallèlement, les questions suivantes doivent être examinées afin de préciser si l'organisation de la fonction observation-évaluation permet d'identifier les besoins des personnes en situation de fin de vie, nécessitant un accompagnement et / ou des soins palliatifs.

- Quelle vigilance auprès de la population concernée ?
- Quels outils et moyens mis en œuvre pour détecter les situations à risques ?
- Quelles modalités de recueil de l'information ?

Enfin, l'Observatoire national de la fin de vie (JO du 19 février 2010) a été installé avec un premier comité de pilotage en juin 2010 ; il devrait à terme pouvoir donner des éléments de connaissance et de méthode sur le repérage des besoins.

2/ Le questionnaire collectif des organisations au regard de leur nécessaire adaptation - un diagnostic des ressources

Objectif : répondre aux questions de l'impact collectif du besoin d'accompagnement de fin de vie et de soins palliatifs au regard des ressources existantes, ressources avant tout sanitaires

L'offre de services permet-elle de répondre aux situations d'accompagnement de fin de vie (besoin de soins palliatifs) ?

Quel que soit le lieu de vie, domicile individuel ou collectif, y compris établissement médico-social (EHPAD, FAM, MAS ...) les personnes doivent pouvoir bénéficier de ces soins :

- identification quantitative de l'offre libérale, HAD, réseaux, EMSP, SSIAD ;
- identification des partenariats et réseaux, modalités de coopération : selon quelle configuration, quelle fréquence, et quelles pistes d'évolution sont remontées par les réseaux et EMSP ;
- identification des lits et unités de soins palliatifs en établissements de santé.

Les ressources disponibles sont à préciser par territoire de santé : région, département, proximité. L'organisation de l'accès aux soins palliatifs renvoie aux enjeux d'éventuelle inégalité territoriale : en fonction de l'offre existante et des coopérations confortant le maillage territorial, quelles sont les zones à renforcer prioritairement et avec quels services ?

Il convient de plus de citer l'expérimentation des trois maisons d'accompagnement (mesure 9 du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012) qui fera l'objet d'une évaluation sur 18 mois de fonctionnement, ce qui permettra d'en préciser l'intérêt et les limites éventuelles.

Quelle sensibilisation et formation pour les professionnels de ces établissements et services ?

La question des ressources humaines renvoie à la fois aux professionnels qui sont en mesure d'être mobilisés pour mettre en œuvre des soins palliatifs dans un établissement ou service médico-social, qu'ils soient internes ou externes à ces structures, mais aussi à leur connaissance et appropriation de protocoles et gestes techniques.

L'analyse tiendra compte des effectifs de professionnels soignants au sein des structures médico-sociales, et des soutiens possibles des intervenants spécialisés externes comme l'HAD ou les réseaux. Ces dernières contribuent notamment à la formation des équipes et la diffusion d'une culture de soins et d'accompagnement palliatifs.

A ce titre, il est utile de repérer les équipes ayant bénéficié de l'outil Mobiquat ; celui-ci dispose en effet de deux volets, douleur et soins palliatifs, à la disposition des professionnels des établissements et services médico-sociaux. Il convient de signaler que le déploiement au secteur de l'intervention à domicile est effectif depuis 2010.

La formation ainsi dispensée doit permettre d'améliorer le recours à bon escient aux équipes extérieures à l'EHPAD.



Fiche « questions et repères »

Addictions

Public	Personnes en difficultés avec les addictions
Personnes confrontées à des difficultés spécifiques	Tout type d'addiction, prévention, réduction des risques, prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative des personnes présentant des conduites addictives (substances psycho-actives licites et illicites, addictions comportementales) et de leur entourage
Mots-Clés	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD), centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Communauté thérapeutique (CT), Substances psycho-actives licites (alcool, tabac, médicaments, etc.) ou illicites (héroïne, cannabis, cocaïne, crack, ecstasy, etc.), Addictions sans produit (jeu pathologique, Internet, addictions comportementales, etc.), Accueil, Information, Orientation, Prévention, Réduction des risques et des dommages, Accès aux soins, Soins, Prise en charge en ambulatoire et/ou en hébergement thérapeutique, suivis et accompagnements

Éléments de contexte et enjeux

Les conduites addictives, avec ou sans substances (alcool, tabac, drogues illicites, jeux pathologiques, Internet, etc.) constituent, en France comme dans beaucoup de pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples et pluridimensionnels, sanitaires, médicaux, sociaux.

Elles comptent parmi les principaux facteurs déterminant de santé et sont une des principales causes de mortalité prématurée. Ainsi, la consommation de substances psychoactives est responsable en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents ou par maladies dont près de 40 000 par cancers. Les conduites addictives, en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool, interviennent dans environ 30 % de la mortalité prématurée (soit avant 65 ans).

Face à l'augmentation des usages problématiques et/ou pathologiques associant des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, face à des polyconsommations de plus en plus nombreuses et complexes, et au regard de la précarité d'une majorité d'usagers, il est nécessaire d'élaborer des stratégies d'intervention adaptées, globales et coordonnées, qui vont de la prévention aux soins et à l'accompagnement médico-social et social.

Pour mémoire, le dispositif médico-social en addictologie s'est construit à partir de structures de prise en charge de la dépendance à des produits (d'abord l'alcool, les drogues illicites depuis une quarantaine d'années, le tabac depuis une vingtaine d'années et plus récemment le cannabis, le crack, la cocaïne...), d'opportunités locales, de possibilités financières, etc.

La mise en place récente des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) consacre la reconnaissance du concept d'addictologie et contribue à consolider la place de ce secteur médico-social dit « spécialisé » situé au carrefour et en complémentarité des acteurs sociaux, hospitaliers et de la médecine de ville.

Pour autant, le dispositif médico-social en addictologie doit poursuivre sa structuration, tant au niveau de son organisation, que de son implantation territoriale afin que toute personne confrontée à un problème d'addiction ou son entourage puisse trouver une réponse adaptée, de proximité,

pluridisciplinaire, et ce quel que soit sa situation (personnelle, administrative, sociale, sanitaire, etc.), et le moment de son parcours de vie et de soins.

La mise en œuvre de ce principe requiert une approche graduée, cohérente, décloisonnée et articulée du système d'accompagnement et de soins pour s'assurer de la continuité de prise en charge entre les dispositifs médico-sociaux, sociaux, sanitaires et la médecine de ville.

Un premier pas dans la planification a été franchi avec l'élaboration, dans la plupart des régions, d'un schéma régional d'addictologie (SRA), visant notamment, à la lumière des constats et des éléments de diagnostic, à l'organisation du dispositif régional de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie.

Ce travail de planification se poursuit avec le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS), qui peut intégrer le SRA tout en révisant à l'aune des objectifs stratégiques que s'est assignée l'ARS dans la perspective de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, d'améliorer la qualité du service rendu et l'efficacité de l'organisation.

La question des addictions doit ainsi être traitée de manière transversale dans le PRS et en lien avec les autres partenaires de l'ARS (institutions, collectivités territoriales, associations, etc.).

Cadrement national pour l'organisation du dispositif en addictologie

- **Le Code de l'Action Sociale et des Familles**, et notamment les articles L.312-1, l 9°, L .314-3 et suivants, D. 312-153
- **Le Code de la Santé Publique**, notamment les articles L. 3121-5, L. 3311-2, L. 3411-1 à L. 3411-5, L. 3414-1, D. 3411-1 à D. 3411-9

Le schéma doit être également établi en cohérence avec les orientations nationales définies par les plans suivants :

- **Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011**

NB trois circulaires complètent ce Plan :

- la circulaire n° DGS/DHS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie ;
- la circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie
- la circulaire n° DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie
- **Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011**, qui prévoit notamment des mesures concernant le dispositif de prise en charge sanitaire et social des addictions, en ciblant les populations exposées et vulnérables
- **Le Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012**
- **Le Plan national Cancer 2009-2013**
- **Le Plan national Santé des Jeunes 2010-2014**
- **Le Plan VIH/SIDA IST 2010-2014**
- **Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 pour une politique de santé pour les personnes placées sous main de justice**

Orientations nationales :

- **Améliorer l'accès à la prévention et aux soins :**
 - o Organiser, au sein des territoires, les dispositifs de prévention, de prise en charge et de soins (offre de ville, médico-sociale et hospitalière)
 - o Garantir un accès à ces dispositifs à toutes les personnes ayant des conduites addictives ainsi qu'à leur entourage.

- **Assurer la continuité des prises en charge**, en garantissant la coordination du parcours du patient, de la prévention à la réinsertion sociale et/ou professionnelle, en incluant l'éducation pour la santé, le repérage, l'intervention précoce, la réduction des risques et des dommages, le diagnostic, la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative.
- **Améliorer la qualité des prestations**, en développant une approche diversifiée, globale et en diffusant des bonnes pratiques professionnelles.
- **Garantir l'efficacité de l'organisation**, en organisant des coopérations entre les différents secteurs d'intervention, et notamment avec la médecine de ville et l'hôpital (logiques de prises en charge conjointes et de complémentarité d'intervention) afin de fluidifier les parcours de soins.

But à atteindre :

Améliorer et diversifier la prise en charge des personnes rencontrant ou susceptible de rencontrer un problème d'addiction en proposant :

- une offre diversifiée et de proximité,
- une réponse globale, pluridisciplinaire, graduée et cohérente,
- une articulation entre les secteurs concernés (médecine de ville, sanitaire, médico-social, social).

Objectifs opérationnels :

- Développer et organiser la prévention des conduites addictives, en lien avec le schéma régional de prévention :
 - o Identifier, promouvoir et développer des actions, individuelles et collectives, intégrant des approches diversifiées (promotion de la santé, éducation à la santé, intervention précoce) et adaptées aux publics concernés
- Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages
 - o Développer une méthodologie clinique de la réduction des risques en CSAPA et CAARUD, observant et prenant en compte les pratiques réelles des usagers
 - o Développer des actions visant à réduire la prévalence des maladies infectieuses (VHC, VIH) chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et inhalées.
- Assurer une prise en charge adaptée, continue et de proximité pour toutes les personnes ayant des conduites addictives
 - o Organiser et répartir l'offre médico-sociale en addictologie en veillant à garantir à tous la possibilité d'un recours aux dispositifs (CSAPA ambulatoire et résidentiel, CAARUD) quel que soit le territoire, l'accessibilité et les problèmes rencontrés par les personnes.
 - o Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social, sanitaire pour assurer la fluidité des parcours entre les différents dispositifs.
 - o Améliorer les prises en charge conjointes en cas de comorbidités induites ou concomitantes, particulièrement avec la psychiatrie.
 - o Améliorer la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire : s'assurer de la continuité des soins à l'arrivée, en détention, dans le cadre des transferts et à la sortie du milieu carcéral.

Eléments de diagnostic pour la planification de l'offre

1/ Un diagnostic partagé et établi en concertation avec les professionnels des secteurs concernés (médico-social, social, sanitaire, associations de prévention), les institutions publiques (services de l'Etat, assurance maladie, etc.), les collectivités territoriales, des représentants des

usagers et de leur entourage. A cet égard, il peut être intéressant de créer un groupe de travail de la CRSA sur cette thématique afin de disposer d'un lieu d'échange et de concertation dans la continuité des commissions régionales addictions (CRA) qui avaient été installées avant la mise en place des ARS.

2/ Un diagnostic élaboré sur la base d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs, retraçant des données épidémiologiques, de tendance, d'activités, etc. issues des enquêtes et études conduites par différents organismes nationaux (OFDT, InVS, INSERM, DREES, INPES, etc.) et locaux (ORS).

A titre d'information, le « *répertoire des sources statistiques* » édité par l'OFDT recense l'ensemble des données et études à disposition dans le champ des addictions. Il présente aussi une synthèse nationale de chacune de ces enquêtes :

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/repsourc.pdf>

Pour finaliser le diagnostic des besoins, il convient de croiser ces données avec celles relatives aux contextes démographique et socio-économique de la région (répartition de la population par âge, par sexe, par CSP, taux de chômage, bénéficiaires de minima sociaux, cadre de vie, territoire urbain, rural, transports, etc.).

3/ Le diagnostic des ressources doit permettre de répondre aux questionnements suivants :

D'un point de vue qualitatif :

- L'offre permet-elle de répondre aux besoins des personnes rencontrant ou susceptibles de rencontrer un problème d'addiction ?

Indicateurs de structures (issus notamment du rapport d'activité standardisé)

- Nombre de structures (CSAPA/ CAARUD, consultations jeunes consommateurs, etc)/ densité de la population du territoire de santé
- Profil socio-démographique des personnes suivies
- Nombre de patients répartis selon le produit à l'origine de la prise en charge
- Prestations assurées en ambulatoire et en hébergement thérapeutique / besoins spécifiques d'accompagnement pour certaines populations
- Missions facultatives réalisées / demandes
- Nombre et répartition des professionnels (en ETP) par compétences (médicales, paramédicales, psychologues, travailleurs sociaux, etc)
- Somme et % d'actes des différents professionnels
- Délai d'attente moyen entre l'évaluation médicale, psychologique et sociale et la prise en charge (première consultation)

Indicateurs d'accès aux soins

- Capacité de recours à l'offre médico-sociale du territoire
- Accessibilité aux prestations en ambulatoire (prévention, réduction des risques, soins) et délais de prise en charge
- Accessibilité en hébergement thérapeutique et délais de prise en charge
- Accessibilité aux traitements de substitution aux opiacés : nombre de personnes sous traitements de substitution aux opiacés et selon le prescripteur
- Accessibilité aux sevrages (alcool et drogues illicites)
- Accessibilité aux consultations jeunes consommateurs
- Nombre de patients suivant l'origine de la prise en charge
- Nombre de réorientations effectuées par les structures dans le but d'une prise en charge plus adaptée
- Nombre de patients ayant réalisé un test de dépistage VIH/VHC

Indicateurs de l'état de santé des personnes

- Prévalence des pathologies associées (notamment psychiatriques)

- L'offre permet-elle de répondre aux évolutions des besoins (évolutions des consommations, des usages, des publics) ?

D'un point de vue quantitatif :

- **Le questionnement collectif des organisations**

Objectif : Identification de l'offre existante

Evaluation de cette offre au regard des besoins pour en déduire les évolutions

- o en matière d'offre : structuration de l'offre et taux d'équipement par catégorie d'établissements
- o en matière de partenariats et de coopération entre les acteurs médico-sociaux
- o en matière de partenariats et de coopération avec les acteurs de la prévention, du premier recours (médecine de ville, pharmacies, réseaux de santé, urgences, etc.) et du soin
- o en matière d'actions innovantes engagées ou prévues.

L'offre médico-sociale : recensement des établissements et services médico-sociaux dédiés (Offre existante et programmée) à partir des éléments suivants :

- o Structuration territoriale (région et territoires de santé) en établissements
- o Nombre de personnes suivies (file active), dont nouveaux patients
- o Nombre de personnes en attente de prise en charge
- o Nombre de structures fonctionnant à l'année
- o Nombre de structures ouvertes en soirée et le week-end / nombre de structures totales

Quelles sont les ressources disponibles par niveau de territoire ?

Territoire régional / territoires de proximité :

Présentation de l'offre en addictologie sous forme de tableau ou cartographique

offre de soins sanitaire	offre de soins de ville	Offre médico-sociale
Unités d'addictologie réparties en : Niveau 1 (dont ELSA) Niveau 2 (dont SSR) Niveau 3	Médecins généralistes Réseaux de santé Programmes d'échanges de seringues (automates et officines impliquées)	CSAPA ambulatoire - Antennes - Consultations de proximité - Consultations Jeunes Consommateurs CSAPA résidentiel en collectif ou individuel CAARUD (lieux fixes et équipes mobiles)

Leviers :

L'identification de leviers favorisant et renforçant l'action médico-sociale s'opère à deux niveaux : interne à l'ARS et en lien avec les autres acteurs des politiques publiques.

Il convient ainsi de repérer les missions et rôles de chacune des parties ainsi que leur complémentarité.

- Leviers internes à l'ARS :

- pour assurer l'accès à la prévention : articulation et cohérence avec le SRP dans le registre de la promotion de la santé : développer des actions sur la thématique addictions en faveur des jeunes, des précaires, des femmes enceintes, etc.
- o dans le cadre de l'organisation territoriale des actions : inscrire dans les programmes territoriaux et les contrats locaux de santé des objectifs dans le champ des addictions.

- pour assurer l'accès aux soins : articulation et cohérence avec le SROS (partie offre de soins ambulatoires et partie offre de soins hospitalière) dans la perspective d'organiser la fluidité des parcours de soins.

- **Leviers en lien avec les autres politiques publiques** (hébergement, logement, cohésion sociale, Education nationale, insertion sociale et professionnelle, justice, etc) :

- développer des actions d'insertion professionnelle en faveur des personnes ayant des conduites addictives ;
- permettre l'accès à l'hébergement d'urgence et de stabilisation pour les personnes consommatrices de substances psychoactives.



Fiche « questions et repères »

Accompagnement médico-social des personnes confrontées à des difficultés spécifiques⁵²

Public	Personnes en situation de précarité et de vulnérabilité présentant des besoins de soins et un accompagnement médico-social
Personnes confrontées à des difficultés spécifiques	Prise en charge de personnes en situation de fragilité de santé, sociale et/ou psychologique, et dont la pathologie ou l'état de santé ne justifie pas ou plus une prise en charge hospitalière mais nécessite des prestations adaptées et coordonnées de soins, un suivi médical et un accompagnement social
Mots-Clés	Accès aux soins, Soins, Hébergement temporaire de durée adaptée, Accompagnement social, Insertion, Prise en charge globale, médico-sociale pluridisciplinaire, Prévention, Exclusion, Précarité, Pathologies somatiques et associées, VIH / Sida, maladies chroniques, Projet de vie et thérapeutique, Observance des traitements

Éléments de contexte et enjeux

Les personnes en situation de précarité, vivant dans un logement ou un hébergement précaire ou sans abri présentent souvent des problèmes sanitaires complexes résultant tant du fait qu'elles recourent peu aux services de médecine ou de prévention, que de l'absence de logement qui freine l'accès aux soins.

Du fait de leurs conditions de vie, de leurs problèmes qui entremêlent des questions sociales, médicales et/ou psychologiques, les besoins de ces personnes sont à la fois sanitaires, médico-sociaux et sociaux. La réponse impose donc de coordonner l'action de ces trois champs d'intervention et requiert en outre des savoirs faire particuliers au regard notamment du fait que ces personnes n'expriment que peu leurs besoins.

Dans ce contexte, et en l'absence de prise en charge adaptée par d'autres structures sanitaires et sociales, des dispositifs médico-sociaux permettant d'assurer conjointement un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique, ainsi qu'un accompagnement social, en un mot une intervention globale reposant sur l'action pluridisciplinaire, concomitante et coordonnée des professionnels des champs concernés, ont été mis en place à destination de ces publics. Il s'agit des appartements de coordination thérapeutique (ACT), des lits haltes soins santé (LHSS), et plus récemment, à titre expérimental, les lits d'accueil médicalisés (LAM).

Pour mémoire, les caractéristiques de ces établissements médico-sociaux sont les suivantes :

- Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) :

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale a permis de pérenniser le dispositif des appartements de coordination thérapeutique en mettant fin au statut expérimental en vigueur depuis 1994 et en l'intégrant dans le cadre des établissements sociaux et médico-sociaux financés par l'Assurance Maladie.

Les ACT fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le

⁵² Cf article L312-1 9° du code de l'action sociale et des familles

suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion⁵³.

Initialement conçus pour accueillir des personnes atteintes du VIH, ils sont désormais plus largement dédiés aux personnes atteintes de pathologies chroniques sévères (cancers, hépatites chroniques évolutives..).

Le nombre de places d'ACT sera de 1800 à l'échéance du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques fin 2011. Le plan d'actions stratégiques « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » a programmé la création de 48 places adaptées aux personnes sortant de prison en 2011.

- Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) :

Créés en 2005, les lits halte soins santé offrent un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, un suivi thérapeutique, un accompagnement social et des prestations d'animation et d'éducation sanitaire auprès d'usagers en grande précarité.

Leur mission est d'offrir une suite à l'hospitalisation ou un soin ne relevant pas de l'hôpital aux personnes vivant à la rue.

En décembre 2010, 983 LHSS ont été créés sur le territoire national ; 188 restent à créer en 2011, portant ainsi le dispositif national à un total de 1171 places de LHSS.

Des résultats de l'enquête actuellement menée par la DGCS sur la pertinence et le fonctionnement de ces structures dépendra une éventuelle programmation supplémentaire permettant ainsi la création de nouvelles places de LHSS.

Les données recueillies auprès des structures existantes montrent d'une part que les LHSS ont prouvé leur utilité en faisant le lien entre l'hospitalisation et les structures sociales qui ne sont pas pourvues de moyens médico-sociaux adaptés, et d'autre part qu'ils doivent faire face à des difficultés de prise en charge et d'orientation de leur public. En effet, celui-ci est essentiellement masculin, isolé, âgé (plus de 15 % des bénéficiaires ont plus de 60 ans, problématique du vieillissement prématuré des personnes ayant connu un long parcours de rue) et atteint d'affections dont la gravité apparaît extrêmement variable mais dont plus de 30 % sont des pathologies de longue durée.

- Les lits d'accueil médicalisés (LAM)⁵⁴.

Des lits d'accueil médicalisés, plus adaptés et accueillant ce public plus âgé et atteint de pathologies lourdes, sont expérimentés depuis 2009 à Lille, Paris et Troyes.

D'une durée de trois ans, cette expérimentation devra notamment permettre d'identifier les parcours des personnes accueillies, leurs pathologies et les raisons qui expliquent leur difficulté à accéder aux structures de droit commun. L'évaluation du dispositif permettra également de déterminer s'il répond ou non aux besoins de ces personnes, d'en identifier les raisons et dans l'affirmative, de définir les conditions optimales de son fonctionnement.

Ces dispositifs s'inscrivent dans un système dont l'objectif est de permettre aux personnes de recouvrer pleinement l'exercice de leurs droits fondamentaux que sont le logement, la santé et la citoyenneté.

Dans ce cadre, les structures qui relèvent de l'accueil et de l'accompagnement des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, sont conçues comme des passerelles vers l'accès à ces droits fondamentaux.

Or, la sortie de ces établissements est souvent freinée par le manque de coordination entre dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ou par la difficulté que représente l'accueil de ces publics pour des professionnels non spécifiquement formés à leurs problématiques particulières (addictions, comorbidités psychiatriques etc.).

⁵³ Cf Articles D.312-154 et D.312-155 du Code de l'action sociale et des familles

⁵⁴ Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité

Aussi, ces dispositifs doivent donc être organisés en articulation avec :

- les dispositifs relevant du SROS (aussi bien en tant que structures de relais que d'accompagnement ponctuel du type intervention d'équipes de psychiatrie en ACT ou LHSS) et du schéma de prévention ;
- les dispositifs d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes en situation de précarité qui relèvent de l'Etat ainsi qu'avec ceux des collectivités territoriales, et notamment ceux des conseils généraux, chef de file de l'action sociale dans les départements ;
- les autres dispositifs médico-sociaux relevant du SROMS (EHPAD, MAS, FAM..).

Cadrage national

- Le Code de l'Action Sociale et des Familles, et notamment les articles article L.312-1, I 9°, L. 312-5-3-I, L 314-3 et suivants, D. 312-153 et D. 312-154
- L'arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'action médico-sociale en faveur de personnes en situation de précarité
- La circulaire n°DGAS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création des structures dénommées « lits halte soins santé » (cf. annexe 1 cahier des charges LHSS)
- La stratégie nationale 2009-2012 de prise en charge des personnes sans-abri ou mal logées, présentée en novembre 2009
- Le Plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011
- Le Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012
- Le Plan national de lutte le VIH Sida et les IST 2010-2014
- Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 pour une politique de santé pour les personnes placées sous main de justice
- Le Référentiel national, « *Accueil, Hébergement, Insertion* », mars 2005
- Le Rapport « *La santé des personnes sans chez soi* », remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, novembre 2009
- Le rapport d'« *Etude sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH et accueillant des personnes atteintes du VIH-SIDA ou d'une autre pathologie chronique lourde et en situation de fragilité psychologique et/ ou sociale* », commande DGS, octobre 2010⁵⁵

Orientations nationales

- Assurer aux personnes en logement/hébergement précaire ou sans domicile et malades une prise en charge globale associant un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique, ainsi qu'un accompagnement social,
- Améliorer la qualité des prestations en garantissant un accueil adapté aux évolutions des besoins et à la diversité des publics (jeunes, femmes/familles, personnes sortant de prison, pathologies chroniques sévères, résidents vieillissants, pratiques addictives etc.),
- Favoriser la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes en situation de précarité et vulnérabilité sociale et/ou psychologique en organisant les coopérations entre les différents secteurs d'intervention (hôpital, médecine de ville, médico-social, social).

Buts à atteindre

- Garantir l'accès à la prévention et aux soins aux personnes en situation de précarité, sans domicile, et présentant des besoins spécifiques ;
- Améliorer les sorties du dispositif médico-social dédié aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques vers les autres dispositifs sociaux, médico-sociaux ou le logement par un accompagnement adapté.

⁵⁵ <http://www.sante.gouv.fr/prise-en-charge-de-l-infection-a-vih.html>

- Organiser la complémentarité des acteurs sur le territoire et améliorer la lisibilité du dispositif.

Éléments de diagnostic pour la planification de l'offre

Compte tenu du contexte spécifique de régulation des dispositifs médico-sociaux dédiés aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques qui est assuré au niveau national, il convient de souligner que le diagnostic doit être réalisé tout à la fois en vue d'améliorer l'organisation de l'offre existante au travers notamment d'une meilleure coordination des acteurs que pour identifier les créations de places qu'il serait nécessaire de créer localement. En outre afin de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, le diagnostic s'attachera à mettre en exergue les besoins des populations concernées qu'il conviendrait d'inscrire dans les autres schémas relevant de la compétence de l'ARS.

Réaliser un diagnostic des besoins :

Les données disponibles en la matière, sont diverses, éparses et parfois complexes à interpréter. Toutefois, quelques indicateurs peuvent être retenus pour envisager des tendances :

- Taux de pauvreté : proportion de bénéficiaires d'au moins un des minima sociaux ;
- Nombre de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU), CMU-C, de l'Aide au paiement d'une Complémentaire de Santé(ACS), de l'Aide Médicale Etat (AME)
- Nombre de personnes ayant eu recours au service des permanences d'accès aux soins (PASS)
- Taux de mortalité prématurée (mortalité survenue avant 65 ans)

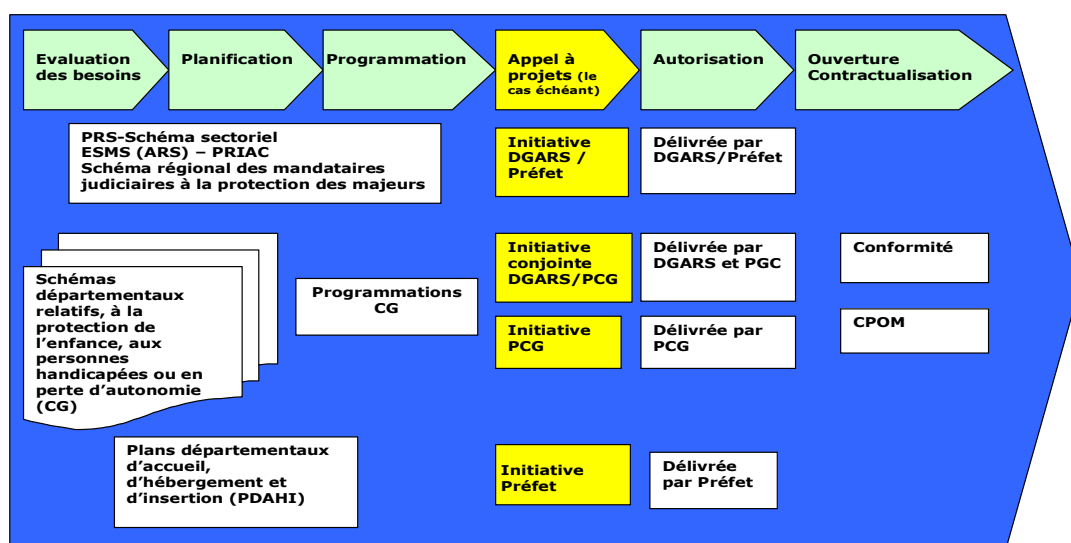
Réaliser un diagnostic de l'offre :

- Identification de l'offre et de la structuration territoriale des établissements médico-sociaux dédiés aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques en lien avec les autres structures médico-sociales, sociales et sanitaires : FAM, MAS, foyer de vie, EHPAD, EHPA, maisons relais, CHRS, résidences sociales, secteur psychiatrique...
- Identification des conditions d'admission et des freins à l'admission au sein de l'ensemble de ces structures
- Quelle articulation avec les acteurs de la prévention et du soin dans ces établissements ?
- Quelle relation avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ?
- Identification d'actions ou de programmes d'accompagnement qui permettent aux personnes en situation de vulnérabilité sociale, sanitaire et/ou psychologique d'accéder aux dispositifs dits de droit commun
- Identification et repérage des conventions de partenariat, de coopération et bonnes pratiques existantes sur le territoire.
- Des parcours particulièrement révélateurs de bonne coordination entre acteurs peuvent-ils être modélisés pour une généralisation sur le territoire régional ?
- Existe-t-il des outils communs entre les acteurs des différents champs ?
- Existe-t-il des actions visant à permettre aux différents professionnels sanitaires et sociaux impliqués de travailler ensemble de manière complémentaire et coordonnée pour répondre au mieux aux besoins de ces publics et améliorer leur état de santé (échanges d'informations, de pratiques, de savoir faire dans le respect des compétences de chacun tout en développant une culture partagée) ?
- Identification des déterminants des inégalités sociales et territoriales de santé observées localement

Il convient de préciser enfin que ce diagnostic doit également tenir compte des stratégies et démarches territoriales existantes ou envisagées visant notamment à assurer la cohérence et la coordination des actions (Contrats locaux de santé, ateliers santé ville).

Le nouveau régime d'autorisation instauré par la loi HPST

Dans le nouveau contexte de planification-programmation et d'autorisation des établissements et services médico-sociaux (ESMS) relevant de la compétence exclusive ou partagée du DGARS, la construction du schéma régional s'inscrit dans la déclinaison d'une politique nationale de santé publique et doit apprécier les besoins collectifs et les priorités d'adaptation de l'offre dans l'aire régionale. Désormais, le nouveau cadre d'identification des besoins à cinq ans est le SROMS.



L'autorisation est accordée si les conditions de l'article L 313-4 du CASF sont remplies :

- compatibilité avec les objectifs des schémas : schéma national, PRS dont le schéma régional médico-social et le PRIAC, schémas départementaux,
- réponse au cahier des charges (dans le cadre de la procédure d'appel à projets),
- respect des règles d'organisation et de fonctionnement,
- respect de la limite des financements disponibles.

Deux procédures d'autorisation :

1. Eléments relatifs à la procédure d'appel à projets ⁵⁶

La décision d'autorisation (conjointe ou non) doit être publiée au recueil des actes administratifs de chaque autorité compétente dans un délai de 6 mois à compter de la date limite de dépôt mentionnée dans l'avis d'appel à projet. Si la décision n'a pas été notifiée dans ce délai, cela vaut rejet.

L'avis émis par la commission de sélection est un avis simple qui ne lie pas l'autorité compétente en matière d'autorisation médico-sociale, c'est-à-dire que l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation n'est pas tenue de suivre l'avis de la commission. L'autorisation médico-sociale est accordée par le DGARS (ou conjointement par le PCG et le DGARS) pour une durée de quinze ans étant précisé, que pour les projets expérimentaux, la durée varie de deux à cinq ans. L'autorisation est valable sous réserve d'une visite de conformité aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement. Son renouvellement partiel ou total est subordonné aux résultats de l'évaluation

⁵⁶ Les outils d'appui méthodologiques sont disponibles sur les sites internet du ministère et de la CNSA

externe réalisée par des organismes habilités par l'ANESMS. L'autorisation est réputée caduque si elle n'a pas eu un commencement d'exécution dans un délai de trois ans.

2. Exceptions au principe de sélection par appel à projets

Il s'agit notamment :

- **Des projets d'extensions non importantes de capacité** qui doivent être inférieures à une augmentation de 30% ou de quinze places ou lits de la capacité initialement autorisée, que cette augmentation soit demandée et atteinte en plusieurs fois.
- **Des projets ne faisant pas appel à des financements publics.**
- **Des projets de transformations** de structures existantes, non soumis à la commission de sélection s'ils ne s'accompagnent pas d'une modification de la catégorie de bénéficiaires au sens de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- **Des opérations de regroupement** par un même gestionnaire, non soumises à la commission de sélection si elles s'accompagnent d'une extension inférieure à 30% ou de quinze places ou lits de la capacité initialement autorisée et si elles ne modifient pas les missions des établissements concernés. La même condition que ci-dessus est également applicable c'est-à-dire que cette augmentation soit demandée et atteinte en plusieurs fois.

Dans ces cas, sur le fondement de l'article L313-4 du CASF, « les demandes d'autorisation relatives aux établissements et services sociaux qui ne sont pas soumis à l'avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social et médico-sociaux sont présentées par la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé qui en assure ou est susceptible d'en assurer la gestion.

L'absence de réponse dans le délai de six mois suivant la date de dépôt de la demande vaut rejet de celle-ci. Lorsque, dans un délai de deux mois, le demandeur le sollicite, les motifs justifiant ce rejet lui sont notifiés dans un délai d'un mois. Dans ce cas, le délai du recours contentieux contre la décision de rejet est prorogé jusqu'à l'expiration d'un délai de deux mois suivant le jour où les motifs lui auront été notifiés. A défaut de notification des motifs justifiant le rejet de la demande, l'autorisation est réputée acquise. ».

- **Le renouvellement des autorisations** sociales et médico-sociales (article L313-5 du CASF).

Dans les deux cas de figure, le nouveau régime d'autorisation dépend bien à la fois du niveau de précision des objectifs opérationnels du schéma régional, des objectifs partagés avec les schémas départementaux mais également de la qualification des actions décrites dans le PRIAC.

Le PRIAC intégré au PRS permettra aux ARS de disposer d'un outil pour une meilleure priorisation et lisibilité des programmations pluriannuelles notamment pour la mise en œuvre des appels à projets.

Tableau de présentation des établissements et services médico-sociaux

Etablissements et services pour personnes handicapées	textes de référence	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement	Orientation
A / Enfance Handicapée	C : Classification A : Autorisation T : Tarification RT : Règles Techniques			AM : assurance maladie CG : Conseil général	Décision CDAPH ou Prescription médicale ou Accès libre
A 1 Dépistage et suivi					
CAMSP	C:L.2132 -4 CSP et L.312-1-I-3°CASF A:L.313-1 ss CASF T: L.314-1 ss CASF et L.2112-8 CSP RT:décret 76-389 du 15.4.1976	Centre d'Action Médico-sociale Précoce : Dépistage précoce et traitement en cure ambulatoire des enfants < 6 ans présentant un risque de handicap ou atteints d'un handicap, sensoriel ou moteur en vue de prévenir ou réduire l'aggravation du handicap : action de conseil et soutien de la famille, liaison avec crèches et maternelles, rééducation précoce.	PCG + ARS	<u>A.M</u> :80 % - <u>CG</u> : 20 % Prix séance globalisé en Dotation Globale	Accès libre avec accord du gestionnaire
CMPP	C : L.312-1- I-2°CASF RT : décret 63-146 du 18.2.1963	Centre Médico-Psycho-Pédagogique : Diagnostic et traitement en cure ambulatoire des enfants et jeunes de 3 à 18 ans atteints de troubles neuropsychologiques ou de troubles du comportement.	ARS	<u>AM</u> : 100 % Forfait séance, facturation à l'acte	Accès libre avec accord du gestionnaire
Centre de Ressources	C : L.312-1-I - 11° CASF	Les Centres de ressources (ou Centres d'information et de coordination, ou Centres prestataires de services de proximité) assurent des actions de dépistage, aide, information et formation, expertise et coordination au bénéfice d'usagers ou d'autres établissements ou services.	ARS	<u>AM</u> : 100 % - Dotation Globale	Accès libre avec accord du gestionnaire
A 2 Education spéciale					
IME	C :L.312-1- I-2°CASF A : L.313-1 ss CASF T :L.314-1 ss CASF RT : D.312-11 à D.312-59 et ss.	Institut Médico-Educatif : assure, conformément à leur Plan personnalisé de compensation (PPC), comprenant le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) des soins et une éducation spéciale aux enfants et adolescents, atteints de déficience à prédominance intellectuelle, pouvant s'accompagner de troubles moteurs, sensoriels ou de comportement.	ARS	<u>AM</u> : 100 % - PJ ou DG (si CPOM) + Financement par l'éducation nationale s'il y a lieu des enseignants exerçant dans l'unité d'enseignement.	Décision CDAPH

Etablissements et services pour personnes handicapées	textes de référence	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement	Orientation
IEM	C :L.312-1- I-2°CASF A : L.313-1 ss CASF T :L.314-1 ss CASF RT : D.312-60 à D.312-82 CASF	Institut d'Education Motrice : assure la prise en charge des enfants et adolescents présentant un déficience motrice, conformément à leur plan personnalisé de compensation (PPC) comprenant le Projet personnalisé de Scolarisation (PPS). Il s'agit de favoriser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.	ARS	<u>AM</u> : 100 % - PJ ou DG (si CPOM) + Financement par l'éducation nationale s'il y a lieu des enseignants exerçant dans l'unité d'enseignement.	Décision CDAPH
Etablissement et Service pour enfants et adolescents polyhandicapés	C :L.312-1- I-2°CASF A : L.313-1 ss CASF T :L.314-1 ss CASF RT : D.312-83 à D.312-97 CASF	Assure le suivi médical, l'apprentissage des moyens de communication et le développement de l'éveil sensori-moteur et intellectuel des enfants et adolescents présentant un handicap grave à expression multiple, associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, expression et relation, conformément à leur plan personnalisé de compensation (PPC), comprenant le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). Il s'agit de favoriser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.	ARS	<u>AM</u> : 100 % - PJ ou DG (si CPOM) + Financement par l'éducation nationale s'il y a lieu des enseignants exerçant dans l'unité d'enseignement.	Décision CDAPH
Etablissement et Service pour enfants et adolescents déficients auditifs ou déficients visuels	C :L.312-1- I-2°CASF A : L.313-1 ss CASF T :L.314-1 ss CASF Déficients Auditifs : RT : D.312-98 à D.312-110 CASF Déficients visuels : RT : D.312-111 à D.312-122 CASF	Prise en charge conformément au PPC, comprenant le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) des enfants et adolescents, présentant, soit une déficience auditive entraînant des troubles de la communication, soit une déficience visuelle: suivi médical, apprentissages des moyens de communication pour les DA, acquisition des connaissances scolaires, formation professionnelle et intégration familiale et sociale. <u>Cinq instituts nationaux</u> (4 pour les DA: Bordeaux, Chambéry, Metz, Paris, 1 pour les DV: Paris) effectuent les mêmes prises en charge sur des modes de financement différents.	ARS ou CRAM + Etat pour les 5 INJ	<u>AM</u> : 100 % - PJ ou DG (si CPOM) <u>OU</u> Pour les 5 instituts nationaux: subvention sur l'ONDAM sanitaire + Selon le diplôme des enseignants: financement par l'éducation nationale ou par le ministère en charge des personnes handicapées des enseignants exerçant dans l'unité d'enseignement.	Décision CDAPH

Etablissements et services pour personnes handicapées	textes de référence	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement	Orientation
ITEP	C :L.312-1- I-2°CASF A : L.313-1 ss CASF T :L.314-1 ss CASF RT : D.312-59-1 à D.312-59-18	Institut Thérapeutique, éducatif et Pédagogique : Prise en charge d'enfants, adolescents ou jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques et des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et l'accès aux apprentissages, malgré des potentialités intellectuelles préservées. Il s'agit de favoriser le retour à un dispositif éducatif ordinaire ou adapté.	ARS	<u>AM</u> : 100 % - PJ ou DG (si CPOM) + Financement par l'éducation nationale s'il y a lieu des enseignants exerçant dans l'unité d'enseignement.	Décision CDAPH
SESSAD	C : L.312-1-I-2°CASF A : L.313-1 ss CASF T : L.314-1 ss CASF RT : D.312-55 à 59, D.312-75 à 79, D.312-95 à 97, D.312-105 à 107, D.312-117 à 119	Service d'Education Spécialisée ou de Soins à Domicile : autonome ou rattaché à un établissement d'éducation spéciale, le SESSAD apporte aux jeunes de 0 à 20 ans et aux familles un accompagnement, un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisés, dans le cadre d'une intégration scolaire ou dans tout lieu de vie : domicile, crèche, centre de loisirs ... Le SESSAD peut être spécialisé pour déficiences intellectuelles, motrices ou troubles du comportement, pour déficients auditifs et visuels < 3 ans (SAFEP), pour déficients auditifs > 3ans (SSEFS), pour déficients visuels > 3 ans (SAAAIS), pour polyhandicapés (SSAD).	ARS	<u>AM</u> : 100 % - PJ ou DG (si CPOM) + Financement par l'éducation nationale s'il y a lieu des enseignants exerçant dans l'unité d'enseignement.	Décision CDAPH
A 3 Hébergement					
C. A. F.S.	D.312-41 et ss. CASF et R. 421 -1 à 13 pour l'agrément des familles d'accueil	Le Centre d'Accueil Familial Spécialisé a pour but de mettre à disposition des enfants ou adolescents un environnement psychologique, éducatif et affectif qu'ils ne peuvent trouver dans leur propre entourage. Le CAFS ne peut être créé et géré que par un IME, un CMPP ou CAMSP, et n'accueille que les enfants qui y sont suivis effectivement. Le CAFS ne constitue que l'une des modalités d'hébergement des enfants et adolescents accompagnés par l'établissement. Les familles d'accueil sont agréées par le PCG, pour l'accueil jusqu'à 21 ans.	ARS (dans le cadre du budget de l'établissement de rattachement - PJ ou DG selon l'étab. de rattachement)	<u>AM</u> : 100 % mais <u>CG</u> si enfant <u>ASE</u>	Décision CDAPH pour l'établissement de rattachement

Etablissements et services pour personnes handicapées	textes de référence	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement	Orientation
B / Adultes Handicapés					
B 1 Insertion professionnelle					
ESAT	C : L.312-1-I-5 ^a et L.344-2 CASF et ss. A : L.313-1 ss CASF T : R.314-105-V CASF	Etablissements et services d'aide par le travail : accueil des personnes handicapées dont la CDAPH a constaté que les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, ni de travailler en entreprise ordinaire ou en entreprise adaptée, ni d'exercer une activité professionnelle indépendante. L'ESAT offre des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social.	ARS	<u>Activité sociale</u> : Etat - Dotation Globale (tarif plafond - enveloppe fermée) + participation des usagers aux repas et transports <u>Activité commerciale</u> : dépenses et recettes liées à la production et à la commercialisation	Décision CDAPH
CRP - CPO	C : L.312-1-I-5 ^b et L.344-3 CASF et ss. A : R.5213 - 28 C. du travail T : R.314-105-VI CASF	Les Centres de Rééducation Professionnelle (CRP) et les Centres de Pré-Orientations Professionnelle (CPO) ont pour mission de faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs handicapés. Ils assurent des formations de préorientation ou qualifiantes pour l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles, en alliant un suivi médical, psychologique et social de la personne. Les formations qui y sont dispensées débouchent sur des diplômes homologués par l'État.	Agrément du Préfet de Région après avis de l'AM et du Conseil régional	<u>AM</u> pour les frais de formation professionnelle + l' <u>usager et/ou l'Aide sociale de l'Etat</u> pour les frais d'hébergement et d'entretien. PJ fixé par l'ARS.	Décision CDAPH
UEROS	C : L.312 - 1 - I - 11° CASF RT : D.312-161-1 à D.312-161-11 CASF	Les Unités d'Evaluation, de Réentrainement et d'Orientations Sociales et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées accueillent des personnes dont le handicap, lié en tout ou partie à des troubles cognitifs, ou du comportement ou de la relation affective, résulte d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise. Ces unités garantissent la continuité du parcours en assurant les passages entre secteurs sanitaire (SSR), médicosocial et social, éducatif et professionnel. Elles sont autonomes ou rattachées à des établissements du L.312-1 CASF ou L.6112-2 CSP.	ARS	<u>AM</u> - 100 % DG	Décision CDAPH

Etablissements et services pour personnes handicapées	textes de référence	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement	Orientation
B 2 Services de prise en charge et accompagnement					
SAVS	C : L.312-1-I-7 ° A : L.313-1 ss RT : D.312 -162 à 165 CASF	Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) prennent en charge des adultes handicapés (y compris les TH) nécessitant: - une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence - un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie. Il s'agit de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes et leurs liens sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels.	PCG	<u>CG</u> - Prix de Journée	Décision CDAPH
SAMSAH	C : L.312-1-I-7 ° A : L.313-1 ss RT: D. 312 - 166 à 169 CASF + D.344-5-1 à D.344 - 5 -16 pour handicap lourd et complexe	Les Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés prennent en charge des personnes dont l'état nécessite, en plus des interventions mentionnées pour les SAVS : - des soins réguliers et coordonnés - un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.	ARS + PCG	<u>CG</u> (Tarif journalier) + <u>A.M.</u> (Forfait soins)	Décision CDAPH
SSIAD (PH)	L. 312-1-I-7° et D.312-1 à 312-5 CASF	Les Services de Soins Infirmiers à Domicile assurent des prestations de soins infirmiers (soins de base ou techniques et relationnels) auprès de personnes adultes handicapées < 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques. Le SSIAD intervient à domicile ou dans des établissements non médicalisés.	ARS	<u>AM</u> - 100 %	Prescription médicale puis décision du gestionnaire
SAAD (PH)	C : L. 312-1-I-7° CASF et L.129-1 C. du Travail RT : D.312-6 CASF	Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile interviennent auprès de personnes handicapées avec des prestations de services ménagers ou d'aide pour les activités de la vie quotidienne, concourant ainsi au soutien à domicile, à la préservation de l'autonomie et d'activités sociales.	PCG	Usager ou <u>PCH</u>	Décision du gestionnaire + évaluation MDPH si PCH

Etablissements et services pour personnes handicapées	textes de référence	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement	Orientation
SPASAD (PH)	C : L. 312-1-I-7° CASF RT : D. 312-7 CASF	Les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile assurent à la fois les missions d'un SSIAD et d'un SAAD.	ARS + PCG	AM (pour les soins) + règles applicables aux SAAD.	Décision du gestionnaire + évaluation MDPH si PCH + prescription médicale
B 3 Etablissements					
MAS	C : L.312-1-I-7° CASF et R.344-1 et 2 A : L.344-1 ss CASF RT : D.. 344-5-1 à R.344-5-16 et ss.CASF + D.344-5-1 à D.344 - 5 -16 pour handicap lourd et complexe	Les Maisons d'Accueil Spécialisées reçoivent des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de la vie et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.	ARS	AM : PJ (ou DG si CPOM)	Décision CDAPH
FAM	C : L.312-1-I-7° CASF RT : D.. 344-5-1 à R.344-5-16 et ss.CASF + D.344-5-1 à D.344 - 5 -16 pour handicap lourd et complexe	Les Foyers d'Accueil médicalisé reçoivent des personnes inaptes à toute activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante, ainsi que d'une médicalisation sans toutefois justifier une prise en charge complète par l'assurance maladie.	ARS + PCG	AM : forfait soins + Usager (ou CG aide sociale à l'hébergement) : tarif hébergement et accompagnement à la vie sociale.	Décision CDAPH
Foyers	C : L.312-1-I-7° CASF A : L.313-1 ss CASF T : L.314-1 ss CASF	Foyer d'hébergement: non médicalisé, il reçoit toute personne handicapée adulte travaillant en milieu ordinaire, en ESAT, entreprise adaptée ou accueillie en SAJ. Foyer de vie ou occupationnel: Accueille des personnes adultes dont le handicap ne leur permet plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé, mais ont une autonomie physique et intellectuelle suffisante pour se livrer à des activités quotidiennes et participer à une animation sociale.	PCG	Usager + CG (aide sociale à l'hébergement)	Décision CDAPH

Etablissements et Services pour personnes âgées	textes de référence	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement	Mode d'admission
C : Classification A : Autorisation T : Tarification RT : Règles Techniques				AM : assurance maladie CG: Conseil général	
A Etablissements					
EHPAD	C : L.312-1- I-6 °CASF A et T : L.313--3 et L.313-12 et L.313-12-1 CASF. RT : D.312-156 et ss. R.313-1 et ss CASF	Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes assurent aux résidents l'hébergement, la restauration, l'entretien et les soins nécessaires.	PCG + ARS	Hébergement : Usager ou <u>CG</u> (aide sociale à l'hébergement) + APL possible Dépendance : Usager (Ticket Modérateur = GIR 5 et 6) ou aide sociale à l'Hébergement + <u>CG</u> = GIR 1 à 4 Soins : AM	Décision du directeur de l'EHPAD + PCG
EHPA Maisons de retraite non médicalisées.	C : L.312-1- I-6 °CASF A et T : L.313- 3, L.313-12 et L.313-12-1- CASF. RT :R.313-1 et ss. + texte APA à domicile: L.232-5 CASF	Les établissements d'hébergement pour personnes âgées autonomes (EHPA) assurent aux résidents l'hébergement, la restauration, l'entretien. Si nécessaire, la prise en charge de la dépendance est assurée selon le mode de l'APA à domicile. Les résidents font appel aux personnels médicaux et paramédicaux à titre individuel.	PCG	Usager ou <u>CG</u> (aide sociale à l'hébergement) + APL possible	Décision du directeur de l'EHPA + PCG (si ASH)
EHPA Logements - Foyers	C : L.312-1- I-6 °CASF et L.633 - 1 à L.633-5 du Code de la construction et de l'habitation. T : L.313-12-1 bis CASF + texte APA à domicile : L.232-5 CASF	Les logements - foyers sont des EHPA au sens du CASF, destinés au logement collectif à titre de résidence principale de personnes âgées non dépendantes, dans des immeubles comportant à la fois des locaux privés et des locaux communs destinés à la vie collective.	PCG si habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'Aide sociale.	Usager ou <u>CG</u> (aide sociale à l'hébergement) + Allocation logement ou APL. + <u>AM</u> en cas de Forfait soins courants.	Décision du directeur du FL + PCG (si ASH)

Etablissements et Services pour personnes âgées	textes de référence	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement	Mode d'admission
USLD	C : L.6111-4 CSP	Les Unités de soins de longue durée accueillent des personnes âgées très dépendantes qui ont besoin d'une surveillance médicale constante, de traitements prolongés et d'un accès à un plateau technique minimum. Les USLD ont fait l'objet au 1.1.2010 d'un réexamen des prestations qui y étaient dispensées: seules les unités dispensant des soins médicaux-techniques importants restent USLD, les autres devenant des EHPAD.	ARS	AM	
B Prise en charge au domicile					
SSIAD (PA)	C :L.312-1- I-6° CASF et D. 312-1 à 312-5	Les Services de Soins Infirmiers à Domicile assurent des prestations de soins infirmiers (soins de base ou techniques et relationnels) auprès de personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes. Le SSIAD intervient à domicile ou dans des établissements non médicalisés.	ARS	AM : 100 %	Prescription médicale puis décision du gestionnaire
SAAD (PA)	C :L.312-1- I-6° CASF et L. 129-1 C.du Travail RT : D.312-6 CSAF.	Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile interviennent auprès de personnes âgées avec des prestations de services ménagers ou d'aide pour les activités de la vie quotidienne, concourant ainsi au soutien à domicile, à la préservation de l'autonomie et d'activités sociales.	PCG	Usager ou APA - fonds d'action sociale des caisses.	Décision du gestionnaire sur orientation de l'équipe d'évaluation CG(si APA).
SPASAD (PA)	C : L. 312-1-I- 6° CASF RT : D. 312-7 CASF	Les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile assurent à la fois les missions d'un SSIAD et d'un SAAD	ARS + PCG	AM (pour les soins) + règles applicables aux SAAD	Prescription médicale + Décision du gestionnaire (orientation par équipe d'évaluation CG si APA)

Etablissements et services pour personnes rencontrant des difficultés spécifiques	textes de référence	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement
	C : Classification A : Autorisation T : Tarification RT : Règles Techniques			AM : Assurance maladie
ACT	C : L.312-1-9° CASF T : L314 -3-3 RT : D.312-154 et D.312-155 CASF (issus du décret du 3 octobre 2002)	Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) fonctionnent sans interruption. Ils hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.	ARS	Forfait journalier qui n'excède pas 10% du forfait fixé en application de l'article R174-5 CSS. 95% AM
LHSS	C : L.312-1-9° CASF T : L314-3-3 RT : D.312-176-1 à D.312-176-4 CASF (issus du décret du 17 mai 2006)	Les lits halte soins santé assurent un hébergement et une prise en charge médico-sociales aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation , n'est pas compatible avec vie à la rue.	ARS (suite à appel à projet national)	dotation globale AM
LAM (structure expérimentale)	arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité	Les lits d'accueil médicalisés sont des structures expérimentales qui constituent une modalité de prise en charge globale de personnes majeures sans domicile fixe, atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre, nécessitant une prise en charge médicale et sociale adaptée sans limitation de durée.	Le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, la ministre de la santé et des sports et la ministre du logement	dotation globale AM
CAARUD	Loi du 9 août 2004 C : L.312-1-9° CASF T : L314-3-3 RT : R.3121-33-1 du code de la santé publique (CSP)	Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues assurent l'accueil, l'information, l'aide à l'accès aux soins et aux droits de personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou à celles dont les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs.	ARS	dotation globale AM

Etablissements et services pour personnes rencontrant des difficultés spécifiques	textes de référence	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement
CSAPA	C : L 312-1-9° CASF T : L314-3-3 RT : D312-153 CASF D.3411-1 à D3411-9 du CSP	Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie s'adressent à des personnes qui sont dans une relation de dépendance à l'égard des drogues, de l'alcool, des médicaments ou d'une pratique (jeux, anorexie/boulimie...) ainsi qu'à leur entourage. Ils proposent un accueil, une information, une évaluation médicale, psychologique et sociale. Ils assurent également une prise en charge médicale et psychologique en contribuant notamment à la réduction des risques. Ils peuvent	ARS	dotation globale AM
Communauté thérapeutique (structure expérimentale)	C : L312-1-12° Circulaire DGS/MILDT/SD6B/2006/462 du 24/10/2006	La communauté thérapeutique est une structure d'hébergement qui s'adresse à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psycho actives, dans un objectif d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale. Elle s'inscrit dans un réseau de prise en charge sanitaire et sociale. Les communautés thérapeutiques ont été mises en place en tant qu'établissement expérimental et ne pourront devenir des CSAPA que sous réserve d'une évaluation.	ARS	dotation globale AM

Glossaire des sigles et acronymes

AAH	Allocation adultes handicapés
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADL / IADL	Activities of daily living / instrumental activities of daily living
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AIS	Actes infirmiers de soins
AJ	Accueil de jour
ALD	Affection de longue durée
AMI	Actes médicaux infirmiers
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANR	Agence nationale de la recherche
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CAMSP	Centre d'action médico sociale précoce
CARRUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDCPH	Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
CFA	Centre de formation d'apprentis
CG	Conseil général
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLIS	Classe d'intégration scolaire
CMP	Centre médico psychologique
CMPP	Centre médico psycho-pédagogique
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODERPA	Comité départemental des retraités et personnes âgées
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CPO	Centre de pré orientation
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRA	Centre de ressources autisme
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
CROSMS	Comité régionale de l'organisation sociale et médico-sociale
CRP	Centre de réinsertion professionnel
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention de l'addictologie
CSP	Code de la santé publique
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EREA	Etablissement régional d'enseignement adapté
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
ETP	Equivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FH	Foyer d'hébergement
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FO	Foyer occupationnel

GALAAD	Outil « gérontologie approche logistique pour une aide à l'analyse et à la décision »
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale ou médico-sociale
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité en Santé
HCSP	Haut Conseil en Santé Publique
HPST	Loi Hôpital, patients, santé et territoires
HT	Hébergement temporaire
IDEL	Infirmier diplômé d'Etat libéral
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico-éducatif
IMPRO	Institut médico professionnel
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRES	Institut de recherche en santé publique
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LHSS	Lit halte soins santé
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
OGD	Objectif global de dépenses
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONFRIH	Observatoire nationale sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
ORS	Observatoire régional de la santé
PAI	Plan d'aide à l'investissement (de la CNSA)
PASA	Pôle d'activité et de soins adaptés
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PHV	Personnes handicapées vieillissantes
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PLH	Plan local de l'habitat
PLS	Prêt locatif social
PMI	Protection maternelle et infantile
PQE	Programme qualité efficience
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRITH	Programme régional d'insertion des travailleurs handicapés
PRS	Projet régional de santé
PSGA	Plan solidarité grand âge
PSRS	Plan stratégique régional de santé
REBECA	Remontée des budgets exécutoires et des comptes administratifs
SAAIS	Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire
SAFEP	Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce
SAISEHPAD	Saisie des conventions tripartites des EHPAD
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SELIA	Saisie en ligne des installations et des autorisations
SESSAD	Service d'accompagnement et de soins à domicile
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROMS	Schéma régional de l'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional de l'organisation des soins
SSEFIS	Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Service de soins de suite et de réadaptation
SRP	Schéma régional de prévention

TED	Troubles envahissants du développement
UERS	Unité d'évaluation de reclassement et d'orientation sociale
UHR	Unité d'hébergement renforcée
ULIS	Unités localisées pour l'inclusion scolaire
USLD	Unité de soins de longue durée