

PROJET REGIONAL DE Santé
Champagne-Ardenne
2012-2016

| Avril 2012 |

| SROMS |

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE

- Volet Addictologie 3
- Volet Personnes Âgées 56
- Volet Personnes Handicapées 131

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Avant propos sur le schéma régional d'organisation médico-sociale

Un nouvel outil au sein de la politique de santé

La loi Hôpital Patient Santé et Territoires (HPST) a prévu dans le cadre du Projet Régional de Santé l'élaboration d'un Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale. (SROMS)

Le SROMS de Champagne-Ardenne, premier exercice du genre dans le champ médico-social a été bâti avec les acteurs concernés dans le respect de la démocratie sanitaire avec une recherche de transversalité.

Ce schéma est, comme son nom l'indique, régional. Les établissements et services médico-sociaux étant financés conjointement avec les conseils généraux, le SROMS a donc été établi au regard des schémas départementaux ; ceux-ci partagent des problématiques de prévention, de perte d'autonomie et de handicap, ils impulsent aussi des politiques propres de proximité essentielles dans la vie quotidienne des personnes. L'objectif majeur a été, au travers de ce 1er schéma, de veiller à la réduction des inégalités territoriales en matière d'équipements, d'une part entre les territoires infra départementaux et d'autre part entre les services et les institutions.

Le travail a été participatif et collaboratif. L'élaboration a été menée par des groupes projet associant les Conseils Généraux, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées, l'Education Nationale ainsi que d'autres partenaires, à partir notamment d'auditions des représentants des acteurs de la région du domaine médico-social. Les travaux ont été régulièrement présentés à la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux (COCOR) composée des principaux financeurs ainsi qu'à la commission spécialisée de la CRSA pour les prises en charge et accompagnement médico-sociaux (CSMS). Une réunion mixte (COCOR et CSMS) a permis, en matière de création de places de service et en institution d'arrêter la liste des engagements et de dégager un consensus sur les financements pour les années à venir.

Ce Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale de Champagne Ardenne, qui comprend 3 volets (Personnes Agées, Personnes Handicapées, Addiction), répond principalement aux deux priorités déterminées par le Plan Stratégique Régional de Santé à savoir :

- La nécessité d'une meilleure connaissance continue des besoins
- L'adaptation et la continuité de la prise en charge des personnes âgées et handicapées tout au long de la vie.

Un travail a été également été mené pour dégager des objectifs transversaux avec les 2 autres schémas du PRS à savoir le schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et le Schéma Régional de Prévention (SRP).

Au total, ce premier SROMS, élaboré dans délais contraints, avec des limites apparues notamment dans le recueil des données est certainement imparfait mais constitue une étape prometteur pour l'avenir. Il conviendra de le décliner dans le même esprit qui a prévalu pour sa construction, avec efficacité, dans l'intérêt des personnes en situation de perte d'autonomie et de handicap.

Ce SROMS, établi en partenariat avec les Conseils Généraux, nécessitera un suivi et une évaluation annuelle, avec un rapport d'étape à mi-parcours, soit en 2014.



SCHEMA RÉGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE

VOLET ADDICTOLOGIE

SOMMAIRE

Chapitre 1 – Méthodologie 6

Chapitre 2 - Contexte général de la thématique Addictologie 7

1. Définition des conduites addictives 7

2. Références législatives ou réglementaires 12

3. Les plans et guides nationaux 13

4. Références régionales 13

Chapitre 3 - Diagnostic régional 15

Chapitre 4 – Rappel des priorités et objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé 20

Chapitre 5 - Objectifs opérationnels et plans d'action 22

Objectif opérationnel 1 - Mettre en place le parcours de santé en addictologie 22

1. Développer et organiser la prévention des conduites addictives 22
   1.1 Développer les actions de prévention des conduites addictives en direction des jeunes 23
   1.2 Développer les actions de prévention auprès des femmes enceintes 28
   1.3 Les actions de prévention à l'attention des personnes détenues 29
   1.4 Leviers pour l'acquisition de connaissances et de méthodologie en matière d'éducation à la santé et de promotion de la santé. 30
2. Développer le repérage et la prise en charge précoces des conduites addictives 30
   2.1 Renforcer l'activité des CSAPA en matière de prévention et consultations avancées 31
   2.2 Mobiliser les professionnels de 1ère ligne non spécialisés 31
   2.3 Le repérage et la prise en charge précoce dans le milieu hospitalier 32
3. L'accès aux soins 33
   3.1 La prise en charge ambulatoire 33
   3.2 La prise en charge médico-sociale 34
   3.3 Déterminer les parcours de soins pour le patient détenu 34
   3.4 Conforter la filière de soins hospitalière dont la psychiatrie en addictologie 35

Objectif opérationnel 2 - Développer les structures de soins adaptées aux besoins des usagers du territoire, notamment des populations vulnérables. 36

1. Territoire Nord 39
   1.1 Marne-Est 39
   1.2 Marne-Ouest 39
   1.3 Ardennes 40
2. Territoire Sud 41
   2.1 Aube 41
   2.2 Haute-Marne 42

Objectif opérationnel 3 - Mettre en place une coordination des professionnels de santé concernés pour permettre un parcours global de prise en charge pour chaque patient. 44

1. Placer le réseau Addica au centre du dispositif d'animation et d'articulation des acteurs : favoriser la culture du travail en réseau (en lien avec le SROS ambulatoire) 44
2. Partenariat et coordination santé / justice 45
3. Intégrer l'addictologie dans l'activité du réseau périnatalité 47

Objectif opérationnel 4 - Piloter la mise en œuvre du schéma et son animation territoriale 48

1. Remettre en place la Commission Régionale d'Addictions comme espace de coordination/ régulation 48
2. Réinstaller des comités de suivi départementaux des traitements de substitution 48
3. Développer la commission de coordination des CSAPA et des CAARUD 49
4. Mettre en place une coordination des professionnels sur les territoires là où une dynamique existe, afin de permettre un parcours global de prise en charge des addictions pour chaque patient 49

5. Améliorer l'efficience de la prise en charge des addictions 49

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi 50

Objectif opérationnel 1 - Mettre en place le parcours de santé en addictologie..... 50
1. Développer et organiser la prévention des conduites addictives..... 50
2. Développer le repérage et la prise en charge précoces des conduites addictives..... 52
3. L'accès aux soins 53

Objectif opérationnel 2 - Développer les structures de soins adaptées aux besoins des usagers du territoire, notamment des populations vulnérables. 54

Objectif opérationnel 3 - Mettre en place une coordination des professionnels de santé concernés pour permettre un parcours global de prise en charge pour chaque patient..... 54

Objectif opérationnel 4 - Piloter la mise en œuvre du schéma et son animation territoriale 55

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.

Selon les cas, l'encadré comprendra :

- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 – Méthodologie

Pour le volet Addictologie, l'équipe projet était constituée :

- De Mathilde HENRY – ARS - Direction du Secteur Médico-Social / Responsable du service allocation de ressources et contractualisation)
- De Stéphanie HUE – ARS - Délégation Territoriale de la Marne – Chef du service action territoriale)
- De Isabelle ROLLAND – ARS - Délégation Territoriale de la Marne – Service action territoriale
- De Sabrina LAUVAUX – ARS - Direction du Secteur Médico-Social / Service allocation de ressources et contractualisation

Le groupe projet, réuni mensuellement et sollicité par écrit régulièrement, en plus des personnes de l'équipe susmentionnée, était constitué de représentants des différents services de l'ARS afin d'assurer la transversalité :

- Jessica COLLIAUX – ARS – Direction de l'Offre de Soins / en charge du volet psychiatrie du SROS
- Yann HEMON – ARS – Direction de la Santé Publique – Service Prévention et Promotion de la Santé
- Laurent TONZO – ARS - Direction de l'Offre de Soins / Service Régulation / en charge du financement des Missions d'Intérêt Général (MIG) des Centres Hospitaliers telles les ELSA (équipes de liaison et de soins en addictologie) et les consultations hospitalières d'addictologie.
- Marielle TRABANT – ARS – Référente Détenus
- Y était également associé un expert sur la thématique des Addictions : Docteur Alain RIGAUD - Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne (EPSM Marne) et Président de l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie)

Les auditions se sont quant à elles déroulées à deux niveaux :

- Départemental : l'équipe projet et le service Action Territoriale de la Délégation concernée rencontrait le CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et le CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues) du département. ;

  Pour le département de la Marne, le CSAPA du Centre Hospitalier de Châlons a été auditionné seul compte tenu de son territoire d'intervention sur le Sud du Département. Pour le Nord du Département (Reims, Epernay), a été également auditionné lors de la réunion CSAPA/CAARUD le PEPS (Pôle d'Education et de Prévention pour la Santé) du Centre Hospitalier d'Epernay.
  Lors de l'audition en Haute-Marne, l'ADPJ 52 (Association départementale prévention jeunesse) a été également invitée de par son rôle actif sur la prévention des addictions auprès des jeunes du département.
- Régional : une audition réunissant l'ensemble des CSAPA a été réalisée pour travailler avec eux sur la coordination que nous pouvions attendre des CSAPA.

Par ailleurs, ont été également été auditionnés :

- le réseau ADDICA (Réseau Addictions précarité CHAMPAGNE ARDENNE) ;
- le Dr Laugier de l'Unité Mobile Addictions et Psychiatrie Marne Sud à l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne (EPSM Marne).

Chapitre 2 - Contexte général de la thématique Addictologie

La région Champagne Ardenne fait partie des régions françaises où les conséquences sanitaires et sociales liées aux conduites addictives représentent un problème majeur de santé publique. Face à ce constat, les acteurs (institutions , collectivités, professionnels, associations…), se mobilisent en mettant en place des programmes d'actions dans les domaines de la prévention, du soin et de l'accompagnement.

Le plan national 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions a offert une opportunité de donner un élan à la prise en compte de cette priorité de santé publique dans notre région.

L'articulation de l'offre de soins du secteur sanitaire, du secteur médicosocial et de la médecine de ville est un élément essentiel des orientations de ce plan et des textes qui organisent l'ensemble du dispositif de prise en charge et d'accompagnement.

Le 1er schéma régional médico-social et sanitaire en addictologie 2008-2011 a ainsi représenté une étape fondamentale dans la construction d'une politique régionale cohérente de lutte contre les addictions.

Au cours de ces dernières années, le dispositif de prise en charge a été structuré dans le secteur médico-social et des actions de prévention ont été réalisées chaque année dans le cadre de la politique régionale de santé.

Le volet addictologie du schéma régional d'organisation médico-sociale a donc été élaboré dans cet esprit, à la recherche d'une mutualisation renforcée et d'une complémentarité des acteurs de la région.

Ce schéma synthétise et coordonne les orientations médico-sociales, ainsi que les articulations à renforcer ou mettre en œuvre avec le domaine sanitaire, ambulatoire et de la prévention en vue de renforcer la filière du parcours de soins du patient.
Ainsi, les orientations du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) définissent notamment les axes de l'organisation des filières hospitalières et le schéma régional de prévention rappelle les orientations en termes d'éducation à la santé sur cette thématique[1].

Ce document représentera, pour les cinq prochaines années, un document de référence pour guider l'ensemble des acteurs vers un véritable projet régional de prise en charge des personnes présentant des conduites addictives.

1. Définition des conduites addictives

De nombreuses définitions ont été proposées à partir de différentes disciplines allant de la biologie et la psychologie jusqu'à la sociologie, en passant par le cognitivo-comportementalisme, la psychopathologie, la psychanalyse, la psychiatrie, etc. La plus rigoureuse reste celle d'A. Goodman. Celui-ci définit l'addiction comme suit : « *processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* » (Cf. : ANNEXE I).

[1] Ces deux schémas d'organisation sont deux autres composantes du Projet Régional de Santé (PRS) au même titre que le schéma régional d'organisation médico-sociale.

Autrement dit :

"L'addiction se caractérise par :

- ***l'impossibilité répétée de contrôler un comportement ;***
- ***la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.***

***Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne*".**

L'addiction, qu'elle soit comportementale ou à des substances psychoactives, traduit la perte du contrôle des mécanismes naturels :
- d'une part, de la recherche du plaisir et d'évitement de la souffrance ;
- et, d'autre part, de la bonne gestion des émotions, que celles-ci soient positives ou négatives.

Il en résulte que l'on peut distinguer, sur le plan clinique et nosographique et à partir des critères diagnostiques de Goodman, les 2 types d'addictions suivants :

- ***L'addiction aux substances psychoactives*** qui est un "cœur de cible" restreint aux véritables **comportements d'abus et de dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives.**

  Cette précision nécessite de rappeler ce que sont les **différents comportements de consommation de substances psychoactives.** La communauté scientifique distingue :
  - **L'usage :** usage expérimental, occasionnel, récréatif, festif, voire régulier. Il n'est pas synonyme de risque nul. Celui-ci est seulement considéré comme acceptable pour l'individu et la société.
  - **Le mésusage,** lui-même sous-divisé en 3 catégories :

    L'usage à risque : la consommation n'est pas encore associée à un quelconque dommage, médical, psychologique ou social, mais est susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme. L'augmentation du risque est due à la quantité consommée et/ou à une consommation dans des situations à risque, que le risque soit *individuel* (précocité de l'initiation, conduites d'excès, autotraitement, association à d'autres substances…) ou *situationnel* (grossesse, conduite automobile ou de machines...).
    L'usage nocif : défini par la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et correspondant en partie à la catégorie de « l'abus » définie par le DSM-IV, cet usage désigne la consommation répétée d'une substance malgré l'apparition de dommages sanitaires, professionnels, familiaux ou sociaux, sans qu'elle réponde complètement aux critères de la dépendance.
    La dépendance qui se traduit par l'impossibilité de s'abstenir de consommer, souvent par une tolérance au produit et, lorsqu'il existe une dépendance physique, par l'existence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation.

- ***Les addictions comportementales : elles sont multiples : le jeu pathologique, les troubles des*** conduites alimentaires, les comportements compulsifs répétés, de type achats compulsifs, la cyberaddiction, l'addiction sexuelle, l'addiction aux sports, etc. jusqu'à l'addiction au travail !

Nous retiendrons comme définition de l'addiction la focalisation sur un objet d'intérêt unique (ou très prévalent), devenu un véritable besoin plus qu'un désir, et la poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives sur la vie sociale ou affective ou sur la santé. Il faut donc considérer **que le comportement devient pathologique lorsque le sujet continue de s'y adonner bien que les conséquences néfastes l'emportent sur le plaisir obtenu.**
Les conséquences négatives des addictions comportementales ou des substances psychoactives peuvent apparaître immédiatement ou de manière différée, en lien avec la répétition du comportement, et s'observer soit sur le plan biologique et médical (toxicité), soit sur le plan du comportement et des relations (nocivité), ou sur les deux. Les conduites addictives constituent de ce fait à la fois un problème et un déterminant de santé publique.

Enfin, le comportement addictif s'inscrit dans un contexte individuel (notamment psycho-dynamique et familial) et environnemental (notamment culturel et socio-économique) qui lui donne sens et lui confère une fonction adaptative pour le sujet. Il peut prendre forme d'une véritable focalisation de l'existence, dans ses dimensions biologiques mais aussi psychologiques et sociales. Il ne se réduit donc pas à une simple perte de contrôle.
Les professionnels de santé retiennent aussi que les conduites addictives ne sont compréhensibles qu'à travers un modèle écologique qui fait intervenir trois types de facteurs interagissant étroitement entre eux : la personne, son environnement et le produit consommé (ou l'objet de la conduite addictive).
Cette approche ne préjuge donc pas d'une étiologie particulière. Elle renvoie à une détermination plurifactorielle (cf. infra) en termes de facteurs de risques, de vulnérabilité et de protection tant sur le plan biologique et génétique que psychologique, environnemental et social.
D'une façon générale, toute intervention visant à modifier ces conduites, tant pour les prévenir que pour en réduire les dommages ou pour en permettre le changement et l'arrêt, doit donc se déployer sur ces trois domaines de manière adaptée.

Addictions et troubles mentaux

L'addiction se distingue de l'aliénation mentale dans la stricte mesure où la perte du contrôle du comportement, chez l'addict, ne porte que sur un comportement privilégié et respecte le libre arbitre dans les autres champs de l'existence. Pour autant, les conduites addictives, en tant que comportement dont la maîtrise échappe au sujet, entretiennent une proximité avec le champ de la santé mentale et de la psychiatrie :

- d'une part et en amont en lien avec les facteurs psychologiques voire psychopathologiques et, le cas échéant, les comorbidités psychiatriques primaires qui favorisent leur émergence puis leur pérennisation,
- d'autre part et en aval, du fait des dommages induits d'ordre cognitif et/ou psychopathologiques qui peuvent aller jusqu'au développement de comorbidités psychiatriques secondaires, et dont la gravité se conjuguent le cas échéant à l'évolution de la comorbidité psychiatrique primaire.

Les conséquences de la prise en compte de la notion d'addiction sur l'organisation du dispositif de prévention, de soin et d'accompagnement, de recherche, d'enseignement et de formation

- La notion d'addiction et la clinique des conduites addictives mettent en valeur le fait que leur développement, tant sur le plan sociétal que sur celui des pratiques individuelles, s'appuie sur des déterminants communs. Un même potentiel évolutif conduit à concevoir des stratégies d'intervention et de soins communes, et donc à organiser sur le plan sanitaire et social un dispositif en addictologie cohérent et bien identifié pour les mettre en œuvre.
- Compte tenu de la nature des déterminants et conséquences des conduites addictives, ainsi que de leurs rapports avec la vie sociale, la santé mentale et la médecine somatique, ce dispositif doit s'appuyer sur des compétences pluridisciplinaires et se déployer de manière transversale à l'organisation sanitaire et sociale.
- Les patients souffrant d'une conduite addictive présentent habituellement des **problèmes multiples** qui imposent **une prise en charge** particulière**, multidisciplinaire, globale et intégrée**, fonction de la sévérité de la conduite et de la gravité des complications et co-morbidités. Cette approche complexe impose une organisation spécifique.
- La prise en charge des conduites addictives est encore actuellement très organisée autour des stades les plus graves, c'est-à-dire **de la dépendance**. Il apparaît très important de développer une organisation permettant **de répondre aussi aux stades précoces,** dont les objectifs de soins peuvent être très différents de ceux définis pour les stades les plus graves.
- Les structures addictologiques doivent désormais ne pas se limiter à la prise en charge des seules dépendances. Elles doivent également s'intéresser à l'ensemble du continuum des conduites addictives et proposer des modalités de prise en charge différentes et adaptées aux différents comportements de consommation.
- Les **objectifs de prise en charge** des personnes présentant des conduites addictives peuvent être **très différents** selon leur stade d'évolution : repérage et intervention brève, abstinence, substitution, réduction des risques…

- La prise en charge de ces personnes est réalisée par **des intervenants venant d'horizons différents** et de formations différentes : champ médico-social ou sanitaire, médical (psychiatres ou somaticiens) et non médical. Cette diversité est une richesse mais constitue aussi une source **d'hétérogénéité des pratiques**.
- **Le dispositif actuel s'est historiquement construit à partir des produits** consommés et en fonction des problèmes posés (d'abord l'alcool, les drogues illicites depuis une trentaine d'années, le tabac depuis une quinzaine d'années et plus récemment encore le cannabis…), **de l'intérêt personnel** de certains chefs de service, mais aussi en fonction des **opportunités locales**. Il est de ce fait **hétérogène et éclaté**, comprenant des structures sanitaires, médico-sociales, associatives. Leurs moyens sont très différents (unités ou service pour les plus importants, simples lits dédiés dans un service de spécialité le plus souvent).
- Il repose encore souvent sur la motivation de tel ou tel, et **sa pérennité n'est pas assurée**.

  L'avantage d'un tel dispositif dans sa diversité est de proposer aux patients des portes d'entrée et des modalités de suivi différentes. Mais il manque de lisibilité et probablement d'efficacité.
- Il existe un **continuum entre prévention et soins**, et ce sont souvent les mêmes acteurs qui interviennent dans ces deux champs, d'où la **nécessité d'une coordination** et d'une réflexion intégrée.

Les particularités de la prise en charge des troubles graves des conduites alimentaires (TGCA)

L'appartenance des Troubles Graves des Conduites Alimentaires (TGCA) au groupe des conduites addictives et l'organisation de leur prise en charge dans le dispositif spécialisé en addictologie fait régulièrement débat. Les experts s'accordent à penser que les TGCA appartiennent à la catégorie des addictions sans drogues ou addictions comportementales et que leur prise en charge appelle des compétences en addictologie : Ils doivent toutefois considérer :

- *chez les adolescentes et jeunes filles anorexiques* : les déterminants d'ordre psychopathologique et psychiatrique ainsi que les conséquences somatiques pour affirmer que leur prise en charge doit être assurée, selon la forme clinique, soit dans des unités psychiatriques pour adolescents ("Maison des adolescents"), soit dans des services d'endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition ayant développé une compétence spécifique, soit encore avec le concours des deux selon les moments évolutifs ;
- *chez les adultes présentant des conduites boulimiques ou des hyperphagies avec obésité morbide* : les conséquences nutritionnelles, métaboliques et plus globalement médicales pour assurer leur prise en charge dans des services d'endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition ayant développé une compétence spécifique. Les facteurs psychologiques et psychopathologiques doivent également être intégrés, pour adjoindre à cette compétence spécifique des compétences psychiatriques.

Complexité des addictions[2]

La notion d'addiction est très vaste, ce qui interroge sur son périmètre. **Celui-ci s'appréhende sur au moins 3 plans** :

1) **Le degré ou la sévérité de la perte de contrôle** si bien que *la notion d'addiction dépasse celle de comportement de dépendance pour inclure des expressions partielles précédant l'installation de la dépendance.* Ainsi s'observe un continuum allant de l'usage à risque à la dépendance, en passant par l'usage nocif.

2) **L'objet du comportement addictif** : tout objet étant susceptible d'entrer dans une conduite humaine vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne, il est difficile d'appuyer sur le type d'objet en cause la définition de la notion d'addiction en général et le diagnostic d'une conduite en particulier. Il reste que les objets les plus privilégiés sont les substances psychoactives et le jeu en tout premier lieu, les conduites alimentaires en second lieu, mais aussi un certain nombre de conduites plus que des objets proprement dits. Il en est de même des comportements compulsifs répétés, dont tous ne sont pas à confondre avec les comportements de dépendance.

[2] Extraits du Livre Blanc de l'Addictologie de la Fédération Française d'Addictologie (juin 2011)

3) **la pluralité et la diversité des déterminants** des conduites addictives qui sont de 3 ordres :

- **les facteurs propres aux substances psychoactives** (effet psychoactif et ses caractéristiques variant avec les substances, pouvoir addictogène et nocivité immédiate et différée), **et/ou à l'expérience addictive (**jeu excessif ou pathologique, anorexie, boulimie, etc.) ;

- **les facteurs environnementaux** : facteurs historiques, culturels et sociétaux, facteurs socio-économiques et professionnels, précarité, législation et réglementation, disponibilité et accessibilité des produits, etc.

- **les déterminants individuels de la vulnérabilité/protection** d'ordre biologique (constitutionnel et génétique), psychologique (antécédents familiaux et personnels, organisation de la personnalité et psychopathologie, difficultés actuelles) et socio-économique (stress professionnel, précarité réelle ou ressentie, etc.).

Il convient également de considérer que **les conduites addictives**, en tant que comportement dont la maîtrise échappe au sujet, **sont à distinguer :**

- d'une part et en amont **des facteurs psychologiques voire psychopathologiques**, et le cas échéant des comorbidités psychiatriques primaires, qui favorisent l'émergence de ces conduites, voire leur pérennisation ;

- d'autre part et en aval **des dommages induits** somatiques, cognitifs et surtout psychopathologiques jusqu'aux comorbidités psychiatriques secondaires, et de l'évolution, le cas échéant, d'une comorbidité psychiatrique primaire.

Mais il est bien évident que ces problèmes doivent aussi être pris en compte.
De ce fait, l'addictologie, considérée au sens large, est une discipline médico-psycho-sociale transversale dont l'objet est l'ensemble des conduites susceptibles d'être considérées comme addictives, au-delà des seules conduites de dépendance aux substances psychoactives.

Réponses diversifiées et complémentaires[3]

Ainsi, les notions d'addiction et d'addictologie, en s'appuyant sur une **approche plurifactorielle** voire transdisciplinaire de la vulnérabilité, appellent des **stratégies pluri- et trans-disciplinaires** pour leur prise en charge.

Par là même, elles appellent une **définition des missions, objectifs et stratégies :**

- **de chaque catégorie d'acteurs impliqués, professionnels ou non** ;
- **de chaque catégorie de structures impliquées dans la prévention, les soins et les accompagnements.**

Au-delà de l'organisation territoriale du dispositif addictologique et de la formation des acteurs concernés, apparaissent ainsi deux enjeux plus difficiles à décrire et à mettre en place, mais pourtant parfaitement complémentaires. Ces deux enjeux, qui sont la clé de la qualité des soins et de l'efficience du dispositif, sont :

- **le parcours de soin des patients ;**
- **la coordination de l'ensemble des acteurs de cette offre de soins.**

Le parcours de soin du patient implique de fournir à un patient donné, à un moment donné de sa trajectoire, la meilleure réponse possible à l'ensemble de ses besoins, à la fois sur le plan technique et économique et ce, quelle que soit la porte d'entrée du patient. Cela renvoie à la nécessité d'une évaluation complète et à la mobilisation des partenaires les plus à même d'apporter la meilleure réponse. Il implique aussi d'assurer à un patient dont l'état est éminemment évolutif, une circulation fluide dans les différents maillons du dispositif impliquant, de la part des partenaires concernés,

[3] Extraits du Livre Blanc de l'Addictologie de la Fédération Française d'Addictologie (juin 2011)

connaissance mutuelle, coordination, échanges d'information, réévaluation régulière du patient… à travers des partenariats formalisés.

Ces notions sont indissociables de celle de la coordination de l'offre de soins qui fait référence à la pratique en réseau, quelle qu'en soit la forme, permettant notamment :

- une meilleure connaissance des missions et compétences des autres partenaires, de formation et d'horizons divers ;
- l'acquisition d'une culture et de formations communes permettant de mieux se comprendre ;
- le partage d'outils communs de repérage, de diagnostics, de prise en charge ;
- l'échange des pratiques ;
- l'échange d'informations, si possible à partir d'un outil commun formalisé ;
- l'évaluation des pratiques et des soins.

2. Références législatives ou réglementaires

Le volet « addictologie » du SROMS s'inscrit dans le cadre d'orientations européennes présentées dans le « plan d'action drogues 2009-2012 ». Issu de la stratégie antidrogue de l'Union Européenne 2005-2012, ce plan vise à offrir un niveau élevé de protection, de bien-être et de cohésion sociale par la prévention et la réduction de la consommation de drogues.

Dans ce contexte, les orientations nationales ont été précisées depuis de nombreuses années par des lois (la Loi Evin du 10 janvier 199 1, la loi relative à la politique de santé publique du 09 août 2004, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires), des plans (plan de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie 2008-2012, plan de prise en charge des addictions 2007-2011, plan cancer 2005-2007 et plan périnatalité 2005-2007…) et un dispositif réglementaire assez conséquent qui détermine les outils de prévention, sanitaires, médico-sociaux et sociaux à disposition des acteurs de cette politique.

Le contexte réglementaire en addictologie s'est par ailleurs fortement enrichi ces dernières années, tant dans le domaine sanitaire que médico-social (cf. ci-après).

Les décrets 2007-877 du 14 mai 2007, 2008-87 du 24 janvier 2008 et la circulaire DGS du 28 février 2008 précisent les missions, le financement et le fonctionnement des Centres de Soins et d'Accompagnement en Addictologie (CSAPA).

L'organisation d'une commission régionale addictions et l'élaboration d'un schéma régional médico-social d'addictologie sont également prévues par les textes.

L'organisation des soins en addictologie a été définie par la circulaire DGS/DHOS du 16 mai 2007, complétée par la circulaire DHOS du 26 septembre 2008. Par ailleurs, les décrets 2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 et la circulaire DHOS du 3 octobre 2008 complètent ce contexte dans le domaine des soins de suite et de réadaptation.

Ces textes précisent la notion de filière hospitalière :
La filière hospitalière, le dispositif gradué, basé sur le court séjour, les équipes de liaison, les consultations hospitalières, l'hôpital de jour et les soins de suite et de réadaptation (SSR).

Rappel des principaux textes réglementaires dans le domaine médico-social
Décret 2007-877 du 14 mai 2007 : missions des CSAPA
Décret 2008-87 du 24 janvier 2008 : fonctionnement et financement des CSAPA
Circulaire DGS du 28 février 2008 : mise en place des CSAPA et des schémas régionaux médicosociaux d'addictologie

Rappel des principaux textes réglementaires dans le domaine de l'organisation des soins en addictologie
Circulaire DGS/DHOS du 16 mai 2007 : organisation du dispositif de prise en charge et de soins

Circulaire DHOS du 26 septembre 2008 : filière hospitalière de soins
Décret 2008-376 du 17 avril 2008 : conditions techniques de fonctionnement des SSR
Décret 2008-377 du 17 avril 2008 : conditions d'implantation des SSR
Circulaire DHOS 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets d'avril 2008 (SSR)

3. Les plans et guides nationaux

Les politiques de santé liées aux conduites addictives font l'objet de plans spécifiques sur lesquels le volet « addictologie » du SROMS doit s'appuyer en tant qu'outil de planification. Il vient ainsi compléter le corpus préexistant.

Parmi ces plans, il convient de citer :

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008 -2011
La politique publique française en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies s'organise autour de 5 grands axes :

- la prévention, la communication et l'information ;
- l'application de la loi ;
- les soins, l'insertion sociale, la réduction des risques ;
- la formation, l'observation et la recherche ;
- l'international.

Le plan 2007-2011 sur la « Prise en charge et la Prévention des addictions » du Ministère de la Santé
Dans son axe 3 sont exposées les orientations du plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, afin d'assurer une complète cohérence des orientations nationales. Aussi cet axe 3 comprend-il les 6 priorités suivantes :

- améliorer l'organisation de la prise en charge des addictions dans les établissements de santé ;
- mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux ;
- articuler davantage l'offre de soins en ville avec les secteurs sanitaire et médico-social ;
- développer la prévention ;
- renforcer la formation des professionnels en addictologie ;
- coordonner davantage la recherche en addictologie.

Le plan Cancer 2009-2013
Les dispositions précises du 2nd Plan Cancer 2009-2013 sont reprises au regard de la stratégie mise en place pour lutter contre le tabagisme : rendre plus difficile l'accès au tabac, faire appliquer l'interdiction de vente au moins de 18 ans, faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac, aider à l'arrêt du tabac, lutter contre le tabagisme des jeunes et des femmes enceintes.

Le plan périnatalité
En complément, le plan périnatalité 2005-2007 a organisé la mise en place d'un entretien individuel du quatrième mois afin d'initier un dialogue plus précoce permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents. Il sera aussi l'occasion d'aborder les questions relatives aux éventuels comportements à risque de ces futurs parents. Issu des préconisations de ce plan et conçu pour les professionnels, le guide « Alcool et grossesse, parlons-en » a été édité par le ministère de la Santé, en Juin 2011.

4. Références régionales

En tant que support de planification, le schéma régional d'addictologie 2008 – 2011 est venu compléter le corpus préexistant, avec lequel il doit être en cohérence.

Il a permis d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population et a donné lieu à un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale et de l'offre hospitalière.

Ce bilan a permis de déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale, notamment les perspectives de création ou de transformation des structures et équipements.

Le Schéma Régional d'Addictologie doit, par ailleurs, préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et définir les critères d'évaluation des actions à mettre en œuvre.

La cohérence qui doit être établie entre le SRA, le Programme Régional de Santé Publique (PRSP) et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) a amené les autorités compétentes à établir un document unique qui tient compte des orientations à adopter sur le champ du médico-social et du sanitaire.

Un comité de pilotage, dénommé Commission Régionale d'Addictologie, a été constitué conformément aux orientations de la circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008, afin de poser le cadre méthodologique pour la réalisation du schéma et dessiner les principales orientations dans lesquelles son contenu doit s'inscrire.

Chapitre 3 - Diagnostic régional

Le présent diagnostic vient compléter celui mené dans le cadre de l'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé.

La Champagne Ardenne fait partie des six régions françaises où la mortalité est la plus forte. Cette surmortalité est marquée par les conséquences et facteurs de risque liées à l'usage de produits addictifs (alcool, tabac…) et est nettement plus marquée chez les hommes.

Taux comparatif [1] de mortalité générale sur la période 2005-2007
(Pour 1 000 habitant(e)s)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Hommes	10,38	9,42	9,75	9,99	9,84	8,95
Femmes	8,86	8,24	8,15	8,73	8,40	7,96

Source : INSERM, CépiDC, Exploitation ORSCA

Du point de vue de la mortalité prématurée (avant 65 ans, soit près de 30% des décès), la situation de la région est particulièrement préoccupante pour les cancers ou les maladies liées à la consommation excessive d'alcool ou de tabac.

Taux comparatifs de mortalité des hommes et des femmes en 2005-2007 (p. 100 000 habitant(e)s)
Source : INSERM, CépiDC, Exploitation ORSCA

Hommes	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Maladies de l'appareil circulatoire	**277,79*** **	237,25	235,76	**246,75***	**247,27*** **	229,47
Tumeurs	**350,37*** **	**315,67*** **	**341,89*** **	330,18	335,51	308,11
dont cancer du poumon	**99,46*** **	**82,92***	**91,63*** **	76,3	**88,67*** **	73,59
dont cancer des VADS	**34,32****	24,55	27,83	25,44	28,12	26,06
Causes extérieures de traumatismes	81,55	78,32	**85,19*** **	**93,75*** **	**83,64*** **	73,94
dont accidents de la circulation	10,80	**17,04***	**15,69****	**18,92***	**15,32*** **	12,11
dont suicides	30,30	30,24	**30,18***	**33,36***	**30,47*** **	25,47
Maladies de l'appareil digestif	**51,44****	45,28	**47,58***	40,66	**46,88*** **	41,52
Maladies de l'appreil respiratoire	**77,1*** **	52,35	**63,24***	**72,39****	**64,93*** **	57,19
Mortalité générale	**1037,64*** **	**941,97*** **	**974,58*** **	**998,87*** **	**983,94*** **	**894,63**
Maladies liées au tabac	**211,3*** **	**173,09*** **	**186,12****	174,92	**186,64*** **	164,4
Maladies liées à l'alcool	**62,82*** **	50,38	**55,6*** **	50,83	**55,16*** **	46,49

Femmes	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Maladies de l'appareil circulatoire	**290,14*** **	**260,01***	244,22	**276,53****	**262,46****	245,18
Tumeurs	204,93	201,49	200,61	200,93	201,75	199,53
dont cancer du poumon	21,45	**14,61****	17,67	22,09	18,42	19,59
dont cancer du sein	41,71	36,59	38,84	34,29	38,18	35,71
dont cancer des VADS	3,97	3,51	5,05	4,30	4,35	4,99
Causes extérieures de traumatismes	46,03	41,88	48,72	50,62	46,74	46,18
dont accidents de la circulation	3,39	4,74	4,97	5,12	4,55	3,72
dont suicides	9,38	8,37	10,6	7,43	9,37	8,81
Maladies de l'appareil digestif	**40,99***	32,68	37,47	38,25	**36,98****	33,5
Maladies de l'appreil respiratoire	**58,27***	43,07	49,91	54,37	50,48	48,63
Mortalité générale	**885,6*** **	**824,29***	814,96	**872,68*** **	**840,39*** **	795,68
Maladies liées au tabac	**98,22*** **	**80,37*** **	79,51	86,88	84,69	79,82
Maladies liées à l'alcool	11,76	11,07	**14,57***	13,46	12,92	11,4

En Champagne Ardenne, le taux de mortalité prématurée pour les 3 principales causes de décès liées à l'alcool (cirrhoses du foie, psychose alcoolique et cancers des voies aérodigestives supérieures) est nettement plus élevé que le taux national.
La Champagne Ardenne est la première région de France pour les surmortalités par cancer de la trachée, des bronches et des poumons (conséquences tabagiques), et la cinquième région pour les cirrhoses et cancers du foie.

C'est le département des Ardennes qui a les plus mauvais indicateurs en termes de décès prématurés liés à ce type de pathologies, suivi par la Marne.
En corrélation, on constate que la part des accidents corporels avec alcool est deux fois plus élevé e dans les Ardennes ou dans la Marne qu'en France métropolitaine.

Les grandes tendances en terme de conduites addictives

En France, 41,3 millions des personnes âgées de 12 à 75 ans ont été usagers d'alcool au cours de l'année et 35,5 millions usagers de tabac. En 2010, 8,8 % de français de cette même tranche d'âge étaient usagers réguliers d'alcool (en baisse au regard des 9,7 millions en 2007) et 13,4 millions de tabac (pour 11,8 millions en 2007).
Selon cette même étude OFDT 2 010[4], et en comparaison avec l'étude de 2007, le nombre de consommateurs de produits illicites est en nette augmentation. Ainsi, 13,4 millions de français de 11 à 75 ans avaient expérimenté le cannabis (pour 12,4 millions en 2007) ; l'expérimentation de la cocaïne concernant 1,5 millions de français (pour 1,1 millions en 2007), de l'ecstasy 1,1 millions (pour 900 000 en 2007) et de l'héroïne 500 000 personnes (pour 360 000 en 2007).

L'extrapolation à la Champagne Ardenne des données épidémiologiques disponibles donne une approximation minimale des usages et consommations des principaux produits. Ainsi, 266 000 champardennais sont des fumeurs quotidiens, 74 000 sont des buveurs excessifs et 30 000 des alcoolo-dépendants. On peut estimer que plus de 1 500 personnes sont des consommateurs dépendants au cannabis et plus de 700 personnes sont héroïnomanes. Ces chiffres sont sous évalués.
En étudiant différentes données représentatives des consommations actuelles d'alcool, de tabac, de produits illicites et de produits de substitution en Région Champagne Ardenne (données OFDT), on constate que les indicateurs sont supérieurs à la moyenne nationale en ce qui concerne l'alcool et les drogues illicites.
S'il est constaté une baisse de l'usage régulier d'alcool par les jeunes, il apparait au contraire une nette augmentation des usages ponctuels sévères, ce qui traduit une évolution des comportements d'alcoolisation identique aux tendances nationales.
La part des jeunes ayant un usage régulier d'alcool est de 10 %, soit un point au dessus de la moyenne nationale. De même, la proportion des jeunes ayant un usage quotidien du tabac est légèrement supérieure à la moyenne nationale. (Enquête escapad 2008)
La part des jeunes consommant du cannabis est comparable au taux national.
Les tendances régionales montrent donc une baisse des consommations d'alcool, de tabac et de cannabis alors que les niveaux d'expérimentation des produits psychoactifs illicites hors cannabis ont quant à eux augmenté.
Il est à noter que les consommations de substances psycho-actives concernent la population quelque soit le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, ou le statut professionnel.

La région marque surtout sa différence en termes de consommation de subutex, avec 32,2 boites vendues pour 100 habitants de 20 à 39 ans, contre 23,7 pour la France, ce qui place la région au cinquième rang par rapport à l'ensemble des régions de France. Il faut souligner la forte surconsommation des produits de substitution de la région, malgré un ralentissement du taux de vente depuis 2 ans.

[4] Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies – www.ofdt.fr

	Ardennes	Aube	Marne	Haute Marne	France métropolitaine
Vente de subutex*	32,5	33,8	27,3	47	23,8
Taux de croissance des ventes	-7,6	19,3	-10,5	10,6	2,8
Vente de méthadone*	66,6	51,9	50,1	149,6	44,4
Taux de croissance des ventes	18,81	13,4	8,74	1,3	-2,02
Décès par surdose (pour 100 000 hab de 20 à 39 ans)	1,5	1,3	1,3	9,4	1,7

**(taux pour 1000 habitants de 20 à 39 ans) - enquêtes ofdt- iliad année 2009*

A contrario, les ventes de Méthadone ont progressé dans la région, le taux régional restant très supérieur à la moyenne nationale, notamment en Haute Marne où l'on peut constater une augmentation de plus de 500% des ventes de méthadone entre 2004 et 2009.

Les addictions sans produit

Les addictions sans drogue, aussi appelées addictions comportementales ou sans produit, sont encore à la marge des enquêtes statistiques portant sur les conduites addictives. En effet, la dépendance à une substance psycho active est évaluée assez facilement de façon expérimentale alors que dans le cas des addictions sans drogue, il n'existe pas de dispositif expérimental permettant les mêmes mesures. Néanmoins, il est admis que le champ des addictions sans drogue est vaste : jeu pathologique, boulimie, anorexie, sexualité compulsive, efforts intensifs, kleptomanie…

Les addictions sans produit sont donc dans une phase de reconnaissance mais qui n'est pour l'instant pas concrétisée par une bonne perception empirique et statistique du sujet.

Quelques repères sur l'activité des services de police, de gendarmerie et judicaire en matière d'addictions

Le taux d'interpellations en Champagne Ardenne est nettement supérieur au taux national en ce qui concerne l'ivresse sur la voie publique.

La part d'interpellations pour ivresse publique est de plus de 5 points supérieure au chiffre national (24,7 pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans dans la région contre 19,1 en France), dans un contexte d'augmentation générale. On constate que ce taux est largement influencé par les départements des Ardennes et de la Marne, qui se positionnent au 9ème rang des départements français. La région se positionne au 2ème rang des régions françaises pour les accidents corporels dans un contexte d'alcoolisation.

Le taux d'interpellations pour usage de cannabis dans la région est inférieur de 9 points au taux national, respectivement 40,5 en région pour 49 en France pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans. La région a suivi l'évolution observée au niveau national.

	Ardennes	Aube	Marne	Haute Marne	France métropolitaine
Taux	50,9	35,4	37,4	43,5	49

De même, le taux d'interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy en Champagne Ardenne est supérieur au chiffre national, respectivement 9,2 pour 6,7 pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans.

Mais le taux de croissance régional d'interpellations est deux fois inférieur au taux français, ceci dans un contexte de forte augmentation de la consommation.

Cette fois, la Haute-Marne enregistre un nombre d'interpellations 2 fois et demi plus élevé que celui de la Marne. Il faut tempérer ces chiffres par le fait qu'ils sont avant tout représentatifs de l'activité des services de police et que les évolutions temporelles et disparités géographiques doivent s'interpréter au travers des politiques menées au plan national et régional.

Chapitre 4 – Rappel des priorités et objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé

(Extraits du PSRS)

Les cinq domaines stratégiques retenus en Champagne-Ardenne sont :

- Handicap et vieillissement
- Risques sanitaires
- Périnatalité et petite enfance
- Maladies chroniques et leurs déterminants
- Santé mentale (incluant la souffrance psychique, la question des addictions et la santé des jeunes)

Pour chacun des 5 domaines stratégiques, les priorités ont été dégagées en fonction des critères suivants :

- ampleur et sévérité du problème en Champagne-Ardenne (appréciés sur la base d'éléments objectifs et/ou à dire d' expert, par exemple le nombre de personnes concernées par une pathologie ou une exposition, la prévalence et l'incidence d'une pathologie…),
- capacité de l'ARS à mettre en œuvre les objectifs (compétence de l'ARS, faisabilité, capacité à intervenir efficacement),
- possibilité de mesurer les effets attendus (objectifs quantifiables) et de suivre les effets obtenus.

Ainsi au total, 15 priorités de santé ont été déterminées, et chacune des priorités a été déclinée en objectifs.

Les objectifs ont été classés a postériori :

- en objectifs spécifiques, lorsqu'ils visaient directement l'un des 5 domaines d'action ;
- en objectifs généraux, lorsqu'ils avaient une portée plus large.

L'analyse des objectifs généraux a fait émerger des enjeux transversaux, c'est-à-dire, communs aux propositions faites par les 5 groupes thématiques.

Ces objectifs généraux ont fait l'objet d'un classement par enjeu transversal.

Pour la région Champagne-Ardenne, l'enjeu majeur porte sur la démographie des professionnels de santé.

Il est suivi par un autre enjeu revêtant une importance particulière : le développement de l'accompagnement et le soutien aux aidants.

Santé mentale, addictions, santé des jeunes

Priorité 1 : Prévention, repérage et prise en charge précoce de la souffrance psychique, des conduites addictives et des troubles psychiatriques.

Objectifs spécifiques :

- Promouvoir des programmes de renforcement des facteurs de protection contre la souffrance psychique et les conduites addictives en population générale.
- Renforcer et pérenniser les programmes de prévention primaire et de repérage précoce de la souffrance psychique et des troubles mentaux à tous les âges de la vie et des conduites addictives en direction des populations vulnérables.

- Former les professionnels non spécialisés à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des usagers et de leur famille vers les dispositifs d'évaluation et de soins adaptés.

Priorité 2 : Promotion d'un dispositif de soins accessible, gradué et territorialisé.

Objectifs spécifiques :

- Décrire et faire connaître l'offre de prise en charge territoriale en santé mentale et dans le champ des addictions.
- Développer les structures de soins adaptées aux besoins des usagers du territoire, notamment des populations vulnérables.
- Organiser le dispositif de soins en évaluant les besoins en centres d'expertise et en définissant clairement leurs missions et leur articulation avec les centres de proximité.

Priorité 3 : Décloisonnement et coordination effective entre les acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes.

Objectifs spécifiques :

- Sur les territoires de proximité mettre en place une coordination des professionnels de santé concernés pour permettre un parcours global de prise en charge pour chaque patient.
- Favoriser la culture du travail en réseau :
  - en mettant en place des formations continues pluri-professionnelles de proximité,
  - en adaptant la formation initiale des professionnels pour qu'ils s'approprient la culture du travail en réseau.
- Fixer des objectifs de partenariat aux opérateurs de terrain par l'intermédiaire de conventions et en faire un critère de sélection puis d'évaluation des actions financées.

L'analyse des priorités et objectifs par domaine d'action stratégique a fait émerger plusieurs autres enjeux transversaux :

- Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé ;
- Développer la coordination, l'articulation, les réseaux ;
- Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge ;
- Développer la prévention tout au long de la vie ;
- Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé ;
- Garantir le respect des droits des usagers ;
- Favoriser la coordination avec les autres politiques publiques.

Tous ces enjeux renvoient à l'amélioration de la performance du système de santé en Champagne-Ardenne.

Chapitre 5 - Objectifs opérationnels et plans d'action

Objectif opérationnel 1 - Mettre en place le parcours de santé en addictologie

1. Développer et organiser la prévention des conduites addictives

Entre 2007 et 2010, des actions de prévention des addictions ont été régulièrement financées par le Groupement Régional de Santé Publique puis par l'Agence Régionale de Santé dans le cadre d'appel à projets prévention.

Pendant cette période, 119 subventions ont ainsi été accordées pour un montant total de 743.485 €.

Néanmoins, il est important de noter que ces chiffres correspondent aux actions qui ont été définies par les promoteurs comme entrant dans la thématique « addiction » et qui ont donc été enregistrées comme telles dans les bases de données de l'ARS. Or, il existe d'autres portes d'entrée dans l'appel à projets prévention permettant de demander des subventions pour des actions visant à lutter contre les addictions, à savoir les actions visant la santé des élèves (Plan santé scolaire) et des personnes les plus démunies (PRAPS).

Ainsi, pour ce qui concerne le Plan Santé Scolaire, environ une vingtaine d'actions visant les additions, portées par des établissements scolaires ou des associations, ont été financées.

Les actions de prévention des addictions sont portées par tous types de promoteurs : l'Assurance Maladie, des mutuelles complémentaires, des associations culturelles et sociales, des associations d'éducation à la santé généraliste ou spécialisées dans les addictions, des associations familiales, des association d'insertion et orientation des jeunes, des associations sportives, des communes (notamment des centres communaux d'action sociale), des établissements scolaires, universitaires, des structures d'hébergement social et médico-social, des hôpitaux…

Ces actions se distinguent de la simple information sur les dangers d'une conduite, dans la mesure où elles utilisent des méthodes éducatives de prévention des conduites à risques et de promotion de la santé. Elles interviennent tant en amont d'un comportement à risque qu'en aval, pour apprendre à gérer ce comportement et/ou à en diminuer les conséquences.

Ainsi, le champ de la prévention couvre-t-il les actions visant à :

1. éviter ou, a minima, retarder la première consommation ou conduite addictive (prévention primaire qui vise un public sain).
   Pour être efficace, des actions doivent être menées sur tout type de public mais avec une approche spécifique en fonction du public visé. Ainsi les actions doivent-elles être pensées et menées au regard du public spécifique qui sera visé (jeunes / adultes, jeunes scolarisés / déscolarisés…).

2. repérer le comportement à risque et accompagner l'arrêt de la consommation ou de la conduite addictive (prévention secondaire) : c'est dans ce cadre qu'interviennent les CSAPA (cf. point 2 sur le repérage et la prise en charge).

3. réduire les conséquences sanitaires et sociales de l'addiction (prévention tertiaire visant plus spécifiquement à empêcher les complications ou les rechutes et concerne notamment l'éducation thérapeutique du patient).

Quel que soit le niveau de prévention, une action ne peut être efficace que si elle cible des populations bien déterminées en amont, afin d'intervenir le plus efficacement possible (professionnels sociaux, médico-sociaux et de santé, jeunes consommateurs ou non, en milieu scolaire, jeunes déscolarisés et en situation précaire, personnes poursuivies ou condamnées, personnes incarcérées, salariés d'une entreprise…). A chaque type de public correspondra un type d'action.

1.1 Développer les actions de prévention des conduites addictives en direction des jeunes

La prévention des conduites addictives concerne tout type de publics, jeunes et moins jeunes.
Une politique de prévention menée sur un public jeune (enfants, adolescents) permettra d'obtenir de meilleurs résultats et notamment d'éviter la première consommation ou le premier comportement à risque qui pourra déboucher ensuite sur un comportement addictif.
En effet, certains traits de caractère ont été identifiés comme des facteurs de risque de survenue d'un abus ou d'une dépendance. On peut notamment citer la faible estime de soi, l'autodépréciation, la timidité, les réactions émotionnelles excessives, la difficulté à résoudre les problèmes interpersonnels, phénomènes souvent rencontrés pendant l'adolescence.
Aussi, pour être efficace, la prévention en direction des jeunes doit être développée dès le plus jeune âge, notamment par le biais du développement des compétences psycho-sociales et par des actions de prévention spécifiques qui devront être poursuivies à chaque étape du parcours de vie du jeune.
En outre, l'approche préventive doit considérer la vie quotidienne des jeunes dans tous ses aspects : scolarité, loisirs, famille… Dans chacun de ces espaces peuvent se développer des conduites de consommation à risque.
Enfin, pour être pertinente et efficace, la politique de prévention doit prendre en compte l'interaction de ces différents secteurs, ce qui implique une coordination entre les différents acteurs. Il faut donc privilégier un dialogue interprofessionnel qui soit producteur de nouvelles façons d'agir, de cadres communs d'action.

1.1.1 La prévention des addictions en milieu scolaire et universitaire

Il existe de nombreuses actions et programmes nationaux ou régionaux visant la prévention des addictions en milieu scolaire et universitaire ;

On peut notamment citer le « *Guide d'intervention en milieu scolaire sur les conduites addictives* » et le dispositif « *Université sans tabac* ».

- ***Guide d'intervention en milieu scolaire***

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 confirme la politique de prévention menée au sein des établissements dans le cadre du précédent plan 2004-2008, en prévoyant que **tous les jeunes doivent bénéficier au cours de leur scolarité d'une éducation à la prévention des pratiques addictives** portant sur le tabac, l'alcool, le cannabis et les autres substances licites ou illicites.

Afin de faciliter la mise en place des séances de prévention, la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) et le Ministère de l'Education Nationale : DGESCO (Direction Générale d'Enseignement SCOlaire), aidés de nombreux partenaires institutionnels, ont élaboré un guide d'intervention en milieu scolaire, communément appelé « *Guide MILDT/DESCO* », pour la prévention des conduites addictives à l'usage d'intervenants, aussi bien internes qu'externes aux établissements scolaires. Cet outil permet d'organiser la prévention des conduites addictives sur l'ensemble de la scolarité, du CM2 à la terminale.

Ce guide intègre les principes de la prévention à l'école, prioritairement fondés sur le développement des compétences psychosociales permettant aux élèves de faire des choix éclairés et responsables.

Cet ouvrage propose :

- des connaissances d'ordre général permettant de mieux comprendre le phénomène des conduites addictives des adolescents ;
- des pistes pour mettre en œuvre la politique de prévention dans les établissements scolaires ;

- des informations complémentaires présentées sous la forme d'un dossier documentaire : fiches thématiques sur les produits, les données épidémiologiques sur la consommation de drogues, l'éducation à la santé et les programmes de prévention en milieu scolaire ainsi que des exemples de projets de prévention de différents partenaires.

Le programme est téléchargeable sur le site internet de la MILDT.

Son utilisation par les établissements scolaires pourra être accompagnée méthodologiquement.

- ***Dispositif « Université sans tabac »***

Le dispositif « *Université sans Tabac* » est une suite logique de l'action « *écoles sans tabac* » issue du Plan Cancer 2005-2007. Il se caractérise par le fait qu'il met l'étudiant et sa santé au centre des préoccupations et qu'il lui propose d'être un acteur de prévention.

Cette action existe depuis 2006 et se déploie sur tous les sites champardennais de l'Université de Reims Champagne-Ardenne.

Il offre aux étudiants et aux personnels qui le souhaitent une assistance personnalisée et un suivi assuré par un tabacologue pour entamer une démarche d'arrêt du tabagisme.

1.1.2 La prévention des addictions en milieu sportif

L'adolescence est un âge initiatique pouvant correspondre simultanément, pour certains, à la découverte des produits addictifs et au démarrage d'un sport en club.

Il peut donc être envisagé d'utiliser ce biais pour aborder la question des produits, d'autant plus que les consommations excessives ont des conséquences sur les performances sportives.

Le partenariat entre l'Agence Régionale de Santé et la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) de Champagne-Ardenne devra être renforcé, notamment en ce qui concerne la labellisation « sport-santé » des clubs de sport.

Le terrain commun sur lequel les deux institutions peuvent se rencontrer en matière de lutte contre les addictions concerne :

- d'une part, les addictions aux substances : la lutte contre le tabac, l'alcool et la consommation de substances psycho-actives, puisque ces comportements ont des conséquences immédiates sur la pratique sportive,

- d'autre part, les troubles du comportement : les contraintes de poids observées dans les disciplines qui exigent certaines morphologies, une minceur dans les sports esthétiques ou artistiques (gymnastique, danse, natation synchronisée) ou un poids corporel strict (lutte, boxe, sports à catégorie de poids), entretiennent une préoccupation excessive vis-à-vis du poids ou de l'image corporelle.
  S'y ajoutent les situations de gestion du stress compétitif, les troubles de l'humeur liés aux défaites sportives ou rencontrées lors de blessures qui peuvent fragiliser la personne et induire un comportement alimentaire avec de nombreux phénomènes d'insatisfaction et de compensation.

- enfin, la lutte contre les conduites dopantes, c'est-à-dire l'usage d'un médicament, d'une substance chimique ou d'un procédé, défini et prohibé par les codes spécifiques du sport, destiné à accroître artificiellement et provisoirement les capacités physiques.
  A priori, cette définition ne laisse pas percevoir de lien avec les addictions. Néanmoins, de nombreuses substances utilisées à des fins de dopage possèdent des propriétés psycho-actives, pouvant entraîner une addiction sévère. Chez le sportif amateur, le recours aux médicaments (légaux) est souvent une porte d'entrée dans une conduite dopante ou addictive qui peut découler vers la prise d'autres produits.

1.1.3 La prévention des addictions au sein des accueils de loisirs et centres de vacances

Les animateurs de centres de loisirs et de vacances peuvent jouer un rôle essentiel dans la prévention en matière d'addiction. Néanmoins, l'animateur est souvent, vis-à-vis des jeunes qu'il encadre, dans une situation de proximité en termes d'âge et de centres d'intérêt mais également, en termes de consommation, voire de surconsommation. L'animateur peut parfois même se trouver dans des difficultés similaires à celles vécues par les jeunes qu'il encadre.

Pour pouvoir jouer un rôle de préventeur, l'animateur doit donc développer des compétences qu'il pourra acquérir grâce à des formations sur les effets des produits psycho-actifs et les réglementations en vigueur. C'est au cours de sa formation au Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur (BAFA) et au Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur (BAFD) que le futur animateur ou directeur doit être sensibilisé à la prévention des conduites addictives. Le niveau d'information devra ensuite être entretenu dans le cadre de la formation continue.

Les connaissances acquises en prévention des addictions doivent ensuite être intégrées dans le projet pédagogique que l'animateur travaille avec l'équipe d'encadrement. L'action de prévention doit faire partie intégrante, être un fil rouge du projet pédagogique et des activités qui en découlent.

Concernant la délivrance des brevets d'aptitude aux fonctions d'animateur et de directeur, l'autorité compétente est la DRJSCS. Il conviendra donc de renforcer le partenariat ARS / DRJSCS afin de consolider l'approche préventive des addictions dans le programme du brevet.

En revanche, concernant les projets pédagogiques des centres de loisirs et de vacances, un partenariat pourra être créé entre l'ARS et les différents intervenants parmi lesquels les collectivités territoriales compétentes.

1.1.4 La prévention des addictions dans le cadre familial

Ce paragraphe vise le rôle des familles, et tout particulièrement des parents, dans la prévention des addictions.

Les adultes, et tout particulièrement les parents, sont les premiers acteurs de la construction de la personnalité de l'enfant et de la prévention des conduites à risques.

Aussi, lors des Assises de la parentalité et de la prévention, organisées par la MILDT les 6 et 7 mai 2010, les experts (épidémiologistes, psychiatres, pédagogues, philosophes, juristes, etc.) ont-ils confirmé la nécessité de conforter les parents et l'entourage dans leur rôle en matière de prévention des conduites à risque des adolescents.

Au niveau national, la campagne "*Contre les drogues, chacun peut agir*" vise directement le rôle des parents et de l'entourage dans la prévention de l'usage de drogues.

Or, le modèle de comportement familial (parents abstinents, consommateurs occasionnels, réguliers, excessifs, abusifs) peut avoir une influence sur le comportement des enfants.

En effet, la famille peut, ou non, favoriser un contexte initiatique de consommation des substances psycho-actives et notamment de l'alcool. Les adultes sont souvent plus inquiets quand un jeune fume son premier joint que quand il boit son premier verre d'alcool et ce particulièrement dans une région viticole comme la Champagne-Ardenne, où la consommation de champagne est banalisée.

Néanmoins, qu'ils favorisent ou non la consommation, les parents se retrouvent souvent désemparés face aux problèmes liés aux consommations à risque de leurs enfants. Il faut donc qu'ils puissent trouver des réponses à leurs questionnements.

Aussi les actions de prévention visant les jeunes doivent-elles intégrer un axe de soutien à la parentalité.

Parmi les actions de sensibilisation auprès des parents pourront ainsi être développés des axes visant les consommations excessives de produits, mais également les addictions sans substance (jeux en réseau, internet…).

1.1.5 La prévention des addictions dans le cadre des dispositifs pour les 16-25 ans

Les missions locales, qui ont pour rôle l'insertion professionnelle des jeunes de 16 à 25 ans, rencontrent un public vulnérable en difficulté scolaire, professionnelle, sociale et parfois familiale, ces difficultés étant un terreau favorable à des conduites à risques. En effet, les situations d'échec scolaire sont considérées comme un facteur de risque de consommations précoces, sans qu'on puisse déduire des études existantes une relation simple de causalité[5].

Parmi les jeunes fréquentant les missions locales, certains sont déjà concernés par des consommations excessives, ce qui peut avoir des conséquences sur leur insertion professionnelle. Ces jeunes doivent donc être repérés et orientés vers les structures médico-sociales spécialisées.

Concernant les jeunes qui n'ont pas de comportement à risque, les missions locales peuvent jouer un rôle de préventeur en délivrant des messages de prévention adaptés, ainsi qu'en montant des actions de prévention sur cette thématique.

Les missions locales peuvent, à cette fin, s'appuyer sur les espaces santé dont elles disposent, ceux-ci étant plus ou moins développés en fonction des professionnels en présence (médecins, psychologues…).
La prévention des conduites addictives doit être intégrée dans les missions de ces structures.

L'Agence Régionale de Santé pourra contractualiser avec les missions locales qui développeraient un projet de santé incluant les conduites addictives.

👁 Cf Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES III.1 DU PRAPS :
III.1 Favoriser la démarche préventive des personnes en situation de précarité.
III.1.1 Promouvoir et développer des actions de prévention et de promotion de la santé adaptées sur les milieux fréquentés par les personnes en situation de précarité, à tout âge de la vie et selon des approches informative et éducative.
Fiche action III.1.1.2 : Mener des actions de prévention et promotion de la santé adaptées aux personnes en situation de précarité et à tout âge de la vie.

OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES IV.1 du PRAPS :
IV.1 Optimiser la prise en charge des personnes en situation de précarité et fluidifier leur parcours.
Objectifs opérationnels et plan d'actions du PRAPS :
IV.1.1 Favoriser une culture commune des professionnels autour des problématiques de la précarité, par le développement des échanges de pratiques et de fonctionnement.
Fiche action IV.1.1.1 Promouvoir les échanges de pratiques entre dispositifs de même nature.

[5] « Alcool, tabac, cannabis… Quelle prévention pour les jeunes en espace de loisirs ? » MILDT / DJEPVA – INJEP 2009

Il ressort de ce qui précède qu'afin d'améliorer la prévention des addictions auprès des jeunes dans la région Champagne-Ardenne, les objectifs à atteindre sont les suivants :

Objectif n° 1	**Faciliter les actions de prévention des conduites addictives des jeunes en milieu scolaire et universitaire, celles-ci devant prévoir un axe visant le soutien à la parentalité**
Objectif n° 2	**Renforcer le partenariat entre l'Agence Régionale de Santé et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, en vue d'inclure la lutte contre les addictions, d'une part dans la démarche de labellisation sport/santé des clubs sportifs, et d'autre part dans la formation (initiale et continue) des animateurs et directeurs de centres de loisirs.**
Objectif n° 3	**Favoriser les actions à destination des jeunes hors milieu scolaire**

👁 Liens avec le Schéma Régional de Prévention - volet Prévention et Promotion de la Santé (PPS)

- « *Définition de la prévention dans les CSAPA, d'un schéma cible sur la population à toucher identifiée par le secteur social*

Chapitre 2 : AXE 1 - La structuration générale de la prévention
1.2. Améliorer la couverture des actions, notamment au plan territorial
1.2.2. Inciter à une ap proche intégrée en proximité « prévention, soins, médico-social et/ou social »

- *Partenariat entre les structures en addictologie et les porteurs de projets de l'appel à projets qui mènent des actions sur le thème des addictions.*

Chapitre 3 : AXE 2 - la promotion de la santé et l'éducation pour la santé
2.2. Faciliter la mise en œuvre des partenariats

- *Coordination des acteurs de la prévention, partenariat entre acteurs de la prévention et de la promotion de la santé (intervenants en milieu scolaire par exemple) et structures spécialisées en addictologie.*

Chapitre 3 : AXE 2 - la promotion de la santé et l'éducation pour la santé
2.2. Faciliter la mise en œuvre des partenariats

- *Formations pluriprofessionnelles et intersectorielles*

Chapitre 3 : AXE 2 - la promotion de la santé et l'éducation pour la santé
2.1. Promouvoir le dével oppement d'actions de PS/EPS efficaces et de qualité en soutenant la professionnalisation et les bonnes pratiques des acteurs (professionnels et non professionnels) et la valorisation des actions à forte valeur ajoutée.

- *Formation des professionnels de première ligne non spécialisés dans le champ des addictions (champ éducatif, professionnels de santé du 1er recours, professionnels sociaux) à l'utilisation des outils de repérage et l'orientation vers le dispositif spécialisé.*

Chapitre 4 : AXE 3 - La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques
3.1. Mobiliser tous les acteurs de proximité, professionnels spécialisés et non spécialisés, autour de la prévention sélective

1.2 Développer les actions de prévention auprès des femmes enceintes

Les messages d'abstinence concernant l'alcool pendant la grossesse, de même que l'usage du tabac et de substances psycho-actives sont non seulement mal compris ou encore relativisés, mais aussi souvent non abordés avec les parturientes par les professionnels de santé, alors que les moyens et outils existent. Ceci a été confirmé lors des auditions régionales réalisées pour la rédaction de ce volet.

Le Plan périnatalité 2005-2007 a mis en place un entretien individuel et/ou en couple au cours du 4ème mois de grossesse. Systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes et/ou aux futurs parents, il a pour objectif de préparer avec elles / eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien doit être l' occasion d'évoquer des questions habituellement peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : la question des addictions et des risques pour l'enfant peut être abordée à ce moment.

- **Alcool et grossesse**

Plusieurs études ont mis en évidence le fait que les personnes présentant des séquelles d'exposition prénatale à l'alcool sont particulièrement vulnérables à un syndrome ultérieur d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à d'autres produits psycho-actifs. L'exposition prénatale à l'alcool apparaît donc comme un facteur prédisposant à l'entrée ultérieure dans la dépendance, indépendamment de l'action péjorative d'un milieu familial « alcoolisé » après la naissance de l'enfant[6].

Un guide intitulé « *Alcool et grossesse, parlons-en* » du Ministère de la Santé est paru en juin 2011. Il est téléchargeable sur le site de la MILDT[7].

Ce guide rappelle que la problématique « Alcool et grossesse » est complexe et concerne tant les professionnels de santé, quels qu'ils soient (libéraux, de PMI, hospitaliers..), que les intervenants sociaux, médico-sociaux, éducatifs, associatifs ou encore les familles. Il assoie la place, la connaissance et la reconnaissance des compétences de chacun de ces acteurs sur le partage de formations et d'outils communs, ces actions pouvant être réalisées localement dans le cadre du réseau de santé périnatalité.

Le guide propose également comme levier le carnet de santé maternité, carnet diffusé par les conseils généraux en début de grossesse, par le biais des services de PMI. Remanié depuis 2007, il comporte des messages de prévention destinés aux femmes enceintes, notamment en ce qui concerne l'interdiction de consommer de l'alcool.

Enfin, ce guide met en avant l'existence d'une plate-forme de ressources nationale sur la thématique « Grossesse et alcool », dénommée SAFFRANCE[8]. Cette structure associative facilite l'organisation de colloques et de formations sur ce thème dans toutes les régions françaises afin que les troubles causés par l'alcoolisation fœtale soient dépistés, reconnus et leurs prises en charge organisées.

- **Tabac et grossesse**

La charte « Maternité sans tabac », qui s'inscrit dans le cadre du réseau « Hôpital sans tabac », a pour objectif de fédérer les établissements hospitaliers publics et privés pour une meilleure coordination des soins par les équipes hospitalières et inter-hospitalières dans la mise en œuvre des recommandations du consensus « grossesse et tabac », la mutualisation des expériences, la formation et les résultats.

Au regard de ce qui précède, et afin d'améliorer la prévention des addictions auprès des femmes enceintes dans la région Champagne-Ardenne, les objectifs sont les suivants :

Objectif n° 4	**Prévenir le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) et les autres troubles liés à une consommation d'alcool pendant la grossesse.**

[6] « Alcool, tabac, cannabis… Quelle prévention pour les jeunes en espace de loisirs ? » MILDT / DJEPVA – INJEP 2009
[7] http://www.drogues.gouv.fr/actualites/detail-actu/article/sortie-du-guide-alcool-et-grossesse-parlons-en/
[8] http://www.saffrance.fr/

Objectif n° 5	**Promouvoir une culture commune aux professionnels des domaines sanitaires, médico-sociaux et sociaux via le Réseau Périnatalité et le Réseau Addica.**
Objectif n° 6	**Renforcer le partenariat avec les conseils généraux**

1.3 Les actions de prévention à l'attention des personnes détenues

Dans le cadre de la mise en œuvre des orientations stratégiques du plan d'actions stratégiques 2010 – 2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) et l'administration pénitentiaire sont incitées à élaborer des stratégies en éducation à la santé et promotion de la santé spécialisées pour les personnes détenues, ainsi qu'à la cohérence des interventions et des intervenants, qui peuvent être multiples.
Des actions de prévention sur les addictions doivent être intégrées dans un projet global de santé pour les personnes détenues, tenant compte des caractéristiques de ces personnes (caractéristiques sanitaires, consommation de tabac, d'alcool et/ou de substances illicites en amont et en aval de la détention, situation de précarité) et intégrant des actions de réduction des risques.

<u>Cf SROS volet Hospitalier – Prise en charge des Personnes Détenues (extraits)</u>

4.2.2 Détecter, prendre en charge et suivre les addictions à l'arrivée, pendant la détention, et en prévision de la sortie

Le repérage des personnes dépendantes, la nécessité de soins adaptés, le suivi en détention, la continuité des soins à la sortie sont les étapes cruciales d'une prise en charge réussie et bénéfique, posée sur une coordination accrue de l'ensemble des intervenants.

La prévention, la réduction des méfaits et l'accompagnement des usagers de substances psycho-actives figurent ainsi parmi les priorités de la santé en milieu carcéral.

Les prises en charge, dont les objectifs et les modalités seront adaptées en fonction du type de conduites addictives et de la durée prévisible de détention, pourront être soit individuelles, soit collectives sous la forme de groupes de parole, ou à médiation, en y associant les psychologues intervenant, favorisant ainsi une démarche de soins partagée et coordonnée.

Sur la réduction des risques

4.2.3.2 : <u>Réduction des risques</u>
Une attention particulière sera portée, dans l'éducation à la santé, aux problématiques liées à **l'alcool**, produit banalisé, voire surinvesti comme signe extérieur de virilité, méconnu comme facteur de risques et de dommages importants, en dehors même d'une dépendance avérée,

Enfin, **l'environnement carcéral est à prendre en compte *(dans son essence même, dans son organisation),* pour conduire les actions de prévention**, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés, et en particulier le personnel pénitentiaire. Par exemple, les conditions de détention *(attente de jugement ou exécution de peine)* influencent la durée de séjour et le renouvellement de la population. Ces éléments déterminent la nécessité de répéter les séances consacrées à un même thème. Les établissements pénitentiaires ont un fonctionnement régulier et structuré, difficilement modifiable. Il s'agit donc d'identifier les moments opportuns où les détenus et les surveillants sont disponibles pour les activités éducatives : il est donc nécessaire de considérer des contraintes propres au milieu carcéral pour en dégager des espaces d'intervention adéquats et favorables.

Ces éléments sont en corrélation avec un des objectifs spécifiques du PSRS de Champagne-Ardenne, qui est de concourir au renforcement et à la pérennisation des programmes de prévention primaire et de repérage précoce des conduites addictives en direction des personnes détenues. »

Objectif n° 7	**Coordination des actions de prévention et de l'intervention des CSAPA en milieu carcéral (en lien avec l'objectif 14)**

1.4 Leviers pour l'acquisition de connaissances et de méthodologie en matière d'éducation à la santé et de promotion de la santé.

Toute personne souhaitant développer une action de prévention des addictions peut se faire assister, notamment par des compétences extérieures :

1. le pôle régional de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé pour ce qui relève de l'apport méthodologique (appui documentaire, ingénierie de projet, formation…) ;
2. des associations de prévention généralistes ou spécialisées pour aborder les questions de santé ;
3. les formateurs anti-drogues de la Police Nationale et de la Gendarmerie pour ce qui touche aux réglementations.

Cette liste n'est pas exhaustive.

2. Développer le repérage et la prise en charge précoces des conduites addictives

La prévention secondaire couvre les actions visant à repérer le comportement à risque et accompagner l'arrêt de la consommation ou de la conduite addictive (cf. page 18).

Les actions de prévention secondaire peuvent également reposer sur l'intervention du milieu associatif par la mise en place, par exemple, d'actions de formation des professionnels de santé au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) ainsi qu'à l'entretien motivationnel.

Le RPIB est une technique qui permet, au cours d'une consultation, d'évoquer la problématique de l'alcool chez les patients buveurs excessifs, de façon systématique, et de les amener à prendre conscience des risques encourus en vue de les inciter à un changement de comportement.

Quant à l'entretien motivationnel, il consiste en une approche de relation d'aide. Tel que décrit par William R. Miller, c'est *« une méthode de communication à la fois directive et centrée sur la personne, ayant pour objectif d'aider les changements de comportement en renforçant les motivations intrinsèques par l'exploration et la résolution de l'ambivalence »*[9]. Par le biais du dialogue et de l'empathie, le consultant va essayer d'amener le patient à changer de comportement, par exemple à abandonner ou à diminuer son comportement à risque.

Enfin, la prévention tertiaire intervient en aval de la maladie afin d'en limiter ou d'en diminuer les conséquences et d'éviter les rechutes. Les actions de prévention tertiaires sont menées au sein des CSAPA, des structures sanitaires et des CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues), notamment par la dispensation de traitements de substitution et par la distribution de matériel stérile.

[9] MILLER W.R., ROLLNICK S., *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*, Guilford Press, 1994

2.1 Renforcer l'activité des CSAPA en matière de prévention et consultations avancées (à mi-chemin entre la prévention et le médico-social)

Consultations Jeunes Consommateurs

Le "P" de prévention est à la frontière / l'interface entre intervention collective de promotion de la santé et prise en charge individuelle, les missions d'interventions précoces font partie des missions des CSAPA.

Il faut encourager l'intervention des CSAPA dans les lieux d'hébergements d'urgence et de réinsertion (CHRS, Accueil de jour, CADA) ou partenaires sociaux : cela rejoint le "P" du CSAPA et les consultations avancées, et plus largement la notion d'intervention précoce qui comprend le travail avec les travailleurs sociaux et leur formation.

Objectif n° 8	**Favoriser l'intervention des CSAPA dans les lieux d'hébergements d'urgence et de réinsertion ou partenaires sociaux**

2.2 Mobiliser les professionnels de 1ère ligne non spécialisés (médecins généralistes, médecins du travail, gynéco-obstétriciens, sages-femmes, pharmaciens, dentistes, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, …)

> **👁 Cf SROS volet ambulatoire**
> ***Objectif général III* : Développer la coordination, l'articulation, les réseaux**
> 1. Les réseaux de santé
>
> ***2.1 Soutenir les réseaux de santé pour déployer la politique régionale de santé auprès des différents acteurs***
> Le réseau(x) addictions, précarité, diabète est conforté sur son volet « addictions » et ses missions devront se conformer aux orientations du schéma régional d'organisation médico-sociale

> **👁 Cf SROS volet hospitalier – Périnatalité**
> **B. Le plan d'action en périnatalité**
> ***3. Améliorer les prises en charge des femmes enceintes, des jeunes mères et des nouveau-nés***
> **3.3 Ciblage des grossesses à risque médical et/ou social**
>
> « Les femmes enceintes vulnérables (notamment les femmes souffrant de pathologies chroniques, psychiatriques, ou d'addictions, et/ou en situation de handicap et/ou de précarité) doivent pouvoir être repérées, orientées et prises en charge, en liaison avec les acteurs de ville (notamment les médecins libéraux, sages-femmes libérales) ou les acteurs médico-sociaux (notamment les services de Protection Maternelle et Infantile ou les établissements d'accueil pour personnes handicapées).
> Les dispositions du volet addictologie du Projet Régional de Santé et du volet santé mentale du SROS doivent être prises en compte par les acteurs de la périnatalité.
> L'action du réseau périnatal de Champagne-Ardenne s'inscrit dans ces dispositions. »

Les professionnels de 1ère ligne, acteurs de proximité, ont un rôle pivot dans le repérage, l'évaluation, l'accompagnement et l'orientation des personnes présentant des conduites addictives.

Ainsi, les médecins généralistes, les pharmaciens ou les professionnels paramédicaux (infirmiers…) ont des contacts fréquents avec leur patient, mais le motif de l'addiction est rarement celui invoqué. Le

fort lien de confiance qui unit, le plus souvent, un patient à ces professionnels de santé de proximité favorise le dialogue sur les comportements addictifs.

Le médecin généraliste dispose d'outils médicamenteux afin de mettre en place un sevrage, une substitution ou un accompagnement ambulatoire. Pour faciliter l'action des médecins, des processus d'intervention standardisés facilement applicables ont été étudiés.

Ces professionnels de santé de proximité peuvent s'appuyer sur des formations et sur les réseaux. Ils jouent un rôle essentiel dans le dispositif RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève), interviennent et s'appuient sur les réseaux.

Enfin, ces professionnels de 1er recours, en lien avec les professionnels assurant le suivi des femmes enceintes (sages-femmes, obstétriciens…), sont impliqués dans la prévention du SAF (Syndrome d'alcoolisation fœtale).

Le professionnel non spécialisé doit être sensibilisé à la problématique des addictions et disposer d'un certain nombre d'outils de repérage et d'intervention précoce au travers de :

- la formation initiale, continue et validante.

- la formation au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB).

Par le biais de réunions de formation / coordination organisées par le réseau Addica, celui-ci doit favoriser la formation et la coordination des professionnels de santé de 1er recours et les professionnels sociaux sur les thématiques de la prise en charge des conduites addictives. Lors de ces formations/coordinations, le RPIB doit être développé.

L'articulation entre les professionnels sur cette thématique, le développement des outils type RPIB doit être portée par le réseau ADDICA et le réseau Périnatalité pour les professionnels de la périnatalité.

Rappel (cf. page 24)

Objectif n° 5	**Promouvoir une culture commune aux professionnels des domaines sanitaires, médico-sociaux et sociaux via le Réseau Périnatalité et le Réseau Addica.**

2.3 Le repérage et la prise en charge précoce dans le milieu hospitalier

👁 cf. SROS volet hospitalier – médecine/chirurgie
Chapitre 6 : Eléments de transversalité
H. Prise en charge des personnes souffrant d'addictions
Objectifs opérationnels
Permettre le repérage, l'orientation et la prise en charge précoce des personnes souffrant d'addictions.

Plan d'actions
- Participer aux actions du réseau ADDICA
- Développer le rôle des professionnels de santé dans le repérage (RPIB) des addictions
- Soutenir le rôle central des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (EHLSA)

Le plan 2007-2011 du Ministère de la Santé sur la prise en charge et la prévention des addictions préconise tout d'abord la mise « *en place de consultations et d'équipes de liaison en addictologie (ELSA) dans les hôpitaux dotés d'une structure d'urgence* ».

L'ELSA a pour mission (définie par la circulaire DHOS du 8 septembre 2000) de repérer les patients en difficulté pendant leur hospitalisation et de les orienter dans le parcours de soins afin qu'ils trouvent une réponse appropriée.

Le rôle des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) est essentiel puisqu'elles assurent :
- l'intervention directe auprès des patients,
- la formation du personnel des établissements de santé, dont ceux des urgences. Si la formation est réalisée par des prestataires externes, celle-ci doit toujours se faire en lien étroit avec l'ELSA.

Grâce à ces équipes spécialisées, *« les patients présentant des conduites addictives doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée, quel que soit le type ou la gravité de leur addiction ou leur point d'entrée dans l'hôpital. Les différents lieux de prise en charge doivent être visibles de tous, patients et professionnels de santé et accessibles en tous points du territoire ».*

Le plan préconise également la mise en place de consultations spécialisées en tabacologie, alcoologie, toxicomanie et addictions sans substance. En dehors des consultations tabacoliques développées sur la région, les autres addictions restent à ce jour peu développées.

Objectifs concernant le repérage précoce en milieu hospitalier

Objectif n° 9	**Mettre en place un dispositif entre l'entrée aux urgences et la sortie du patient (afin qu'il ne sorte pas de l'hôpital avant qu'ait pu être déterminé s'il est ou non dépendant)**
Objectif n° 10	**Améliorer le fonctionnement et la lisibilité des ELSA pour qu'elles puissent intervenir aux urgences après les dégrisements afin de repérer un mésusage de l'alcool. Envisager conjointement l'intervention des CSAPA (médico-social), en lien avec les ELSA, pour mieux faire connaître les structures de prise en charge médico-sociale.**
Objectif n° 11	**Formaliser la coordination entre ELSA et Unités psychiatriques d'Hospitalisation Temporaire de 72h, dans le cadre de l'évaluation somatique à chaque entrée.**

3. L'accès aux soins

3.1 La prise en charge ambulatoire

Compte tenu des contacts fréquents liés à la proximité et du lien de confiance qui unit, le plus souvent, le malade et son professionnel de santé, les professionnels de 1er recours ont un rôle important, à la fois dans le repérage, dans l'orientation et dans la prise en charge des addictions de leurs patients.

Ainsi convient-il de renforcer l'implication des professionnels de 1er recours dans la prise en charge des addictions :

- en précisant le rôle de premier recours des médecins généralistes en termes d'objectifs d'intervention et en favorisant leur coordination avec les acteurs spécialisés ;
- en encourageant le développement de consultations avancées d'addictologie au sein des Maisons de Santé Pluridisciplinaires ou des cabinets libéraux afin de permettre un accueil pluridisciplinaire.

Objectif n° 12	**Favoriser le développement de consultations avancées en addictologie au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, des pôles de santé et centres de santé**

3.2 La prise en charge médico-sociale

Objectif n° 13 **Développer une offre d'hébergement rattaché aux CSAPA**

Le CSAPA avec hébergement assure une prise en charge médico-sociale. Selon le projet thérapeutique, des modalités de court, moyen ou long séjour peuvent être mises en œuvre :

1. Le court séjour avec des structures d'urgence ou de transition ;
2. Le moyen et le long séjour avec des appartements thérapeutiques relais, des centres thérapeutiques résidentiels, des réseaux de familles d'accueil ;
3. Les communautés thérapeutiques[10].

Les CSAPA avec hébergement s'adressent à des personnes addictes ayant besoin d'un cadre structuré ainsi qu'un éloignement temporaire, une rupture avec leur environnement habituel.

3.3 Déterminer les parcours de soins pour le patient détenu

Toutes les études montrent la forte prévalence des addictions chez les personnes à leur entrée en détention. Les personnes détenues présentant un problème d'addiction doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée à leurs besoins, durant la période de détention mais aussi à leur sortie.

Le pilotage de la prise en charge des addictions en détention doit être adapté afin que la coordination de cette activité soit portée par l'UCSA en charge de la prise en charge sanitaire globale des détenus et de la délivrance de médicaments. Cette coordination doit permettre de repérer les besoins individuels et d'adapter la réponse des différents intervenants, ainsi que de préparer la continuité de la réponse en termes de prise en charge à l'intérieur et hors de la prison.

Pour ce faire, en fonction des besoins, un renforcement des interventions des CSAPA se trouvant à proximité des établissements pénitentiaires et identifiés comme intervenant privilégié au sein de cet établissement pourra être envisagé.

Objectif n° 14 **Améliorer la coordination des acteurs et des actions visant la prise en charge des addictions en milieu carcéral (en lien avec l'objectif 7)**

SROS – Prise en charge des personnes détenues

Chapitre 1 : Cadre général

1.1 Présentation de la thématique

Nombre d'acteurs de la santé peuvent avoir à prendre en charge une personne détenue : médecins et personnels soignants de l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA), du Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de rattachement, médecin psychiatre, psychologue, chirurgien-dentiste, milieu associatif… Pour cette raison, la coordination de l'ensemble de ces intervenants est un pré-requis essentiel pour permettre aux personnes détenues d'être prises en charge au même titre que les personnes à l'état de liberté, à partir de l'UCSA et/ou de son médecin coordonnateur.

[10] Cf Annexe 5 CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

3.4 Conforter la filière de soins hospitalière dont la psychiatrie en addictologie

SROS hospitalier – Psychiatrie

4) OBJECTIFS OPERATIONNELS ET PLANS D'ACTION

F/ Prise en charge des personnes souffrant de conduites addictives :

- Assurer une prise en charge adaptée, continue et de proximité pour les personnes ayant des conduites addictives, afin d'assurer la fluidité des parcours entre les différents dispositifs.
- Conforter les filières hospitalière et hospitalo-universitaire de soins en addictologie.

Objectif opérationnel 2 - Développer les structures de soins adaptées aux besoins des usagers du territoire, notamment des populations vulnérables.

Actuellement la région Champagne-Ardenne est dotée de nombreuses structures de prise en charge des addictions, celles-ci sont réparties de la manière suivante.

Structures Médico-sociales :

Celles-ci résultent des orientations du précédent Schéma Régional Addictologie et sont pour la plupart très récentes. L'objectif des 5 prochaines années est de consolider ces structures existantes :

- CSAPA des Ardennes composé du CSST – CMA 08 et de l'ANPAA 08
- CSAPA de l'Aube, composé de l'ANPAA 10, l'ALT 10 et l'Association Revivre Foyer Aubois
- CSAPA CAST Reims pour la toxicomanie
- CSAPA Haute-Marne
- CSAPA du centre hospitalier de Châlons en Champagne
- CSAPA ANPAA Reims pour l'alcool et le tabac
- CAARUD Marne, Ardennes, Aube et Haute-Marne

Structures Sanitaires :

SROS PSYCHIATRIE

- Organisation du circuit de l'urgence et prise en charge des urgences psychiatriques

CHAPITRE 4 – OBJECTIFS OPERATIONNELS ET PLAN D'ACTION
Titre 2 – Organisation du circuit de l'urgence et prise en charge des urgences psychiatriques
Sous-titre 2 – Plan d'action
E. Formalisation des liens entre unités de 72h et Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)
Les établissements concernés contribueront à la mise en œuvre des dispositions du volet « addictologie » du SROMS – PRS : « Formaliser la coordination entre ELSA et [unités de 72h], dans le cadre de l'évaluation somatique [réalisée] à chaque entrée ».

- Prise en charge des personnes souffrant de conduites addictives

CHAPITRE 4 - OBJECTIFS OPERATIONNELS ET PLANS D'ACTION
Titre 6 – Prise en charge de personnes souffrantes de conduites addictives
Sous-titre 1 - Objectifs opérationnels
Assurer une prise en charge adaptée, continue et de proximité pour les personnes ayant des conduites addictives, afin d'assurer la fluidité des parcours entre les différents dispositifs.
Assurer la coordination des soins entre les 3 pôles définis par le rapport RASCAS et leur qualité par le développement du travail en réseau (médecine de ville, secteur médico-social spécialisé en addictologie et secteur hospitalier).

Conforter les filières hospitalière et hospitalo-universitaire de soins en addictologie.

Améliorer les prises en charge conjointes en cas de comorbidités induites ou concomitantes, particulièrement avec la psychiatrie.

Sous-titre 2 - Plan d'action

A) Inscription de l'addictologie dans les projets médicaux des établissements

Les établissements de santé, notamment les établissements ayant une activité en psychiatrie, intégreront un volet addictologie à leur projet médical d'établissement pour définir le parcours du patient et permettre une meilleure utilisation transversale des moyens déjà existants.

B) Identification de lits dédiés aux sevrages (niveaux I et II de la filière hospitalière en addictologie)

Au niveau de premier recours (niveau I de la filière hospitalière en addictologie), des lits dédiés aux sevrages simples seront identifiés et au besoin créés dans chaque établissement de santé autorisé à l'activité de psychiatrie, ainsi que dans chaque établissement de santé disposant d'une équipe de liaison en addictologie.

Au niveau de recours infra-régional (niveau II de la filière hospitalière en addictologie), des lits dédiés aux sevrages complexes seront identifiés et au besoin créés au minimum sur les sites de Reims, Charleville-Mézières et Troyes. Cette identification se fera sur la base d'un cahier des charges préalablement élaboré par l'ARS. Les lits troyens seront destinés à accueillir des patients des départements de l'Aube et de la Haute-Marne. Ces lits pourront être regroupés au sein d'un pôle ou d'une des structures internes (unité fonctionnelle, service…) d'un pôle. Dans un premier temps, l'identification de lits dédiés aux sevrages simples pourra représenter une étape intermédiaire avant l'identification de lits dédiés aux sevrages complexes.

Les établissements MCO au sein desquels seront identifiés des lits de sevrage devront être adossés à un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et/ou à un établissement de santé autorisé à l'activité de psychiatrie.

C) *Création d'une unité hospitalière d'addictologie (Niveau III)*

Au sein du pôle de recours régional sera créée une unité hospitalière d'addictologie de niveau III. Cette unité sera une structure de recours et de référence régional(e). Elle assurera, en plus des missions relevant du niveau II (sevrages complexes notamment), des missions d'enseignement et de formation, de recherche, d'innovation et de coordination régionale.

D) *Filière de prise en charge des troubles graves des conduites alimentaires*

Une réflexion plus particulière pourra être menée sur l'organisation de la filière de prise en charge –pluridisciplinaire – des troubles graves des conduites alimentaires, et sur son articulation avec la filière de soins en addictologie.

E) *Intégrer l'addictologie dans l'activité du réseau périnatal de Champagne-Ardenne*

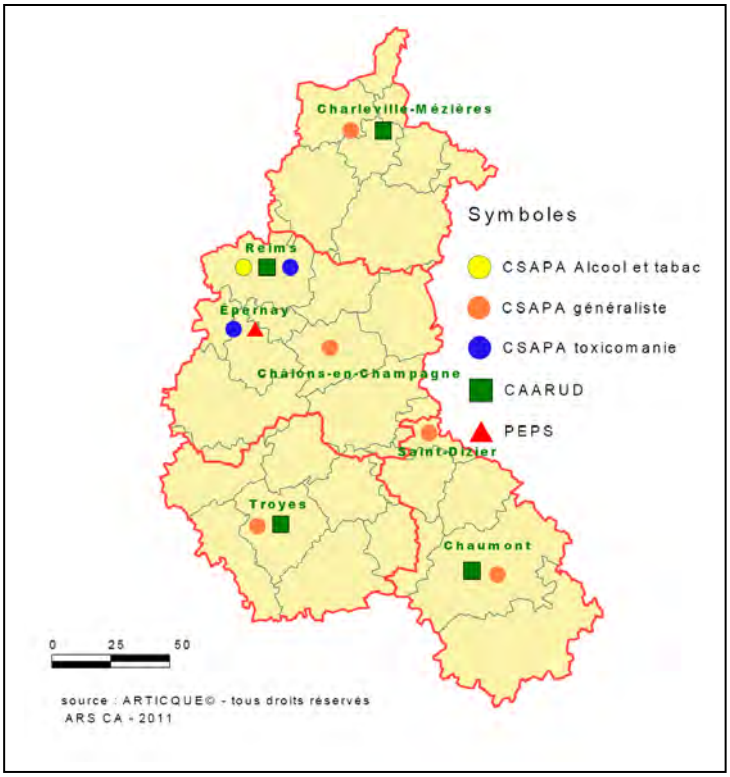
Coordonner l'action des équipes médico-sociales et sanitaires d' addictologie au sein des maternités, des CAMSP, des services somatiques et des services de la PMI par voie de conventions afin, notamment :
- d'assurer la sensibilisation des équipes de ces services / structures au repérage des conduites addictives chez les mères durant la grossesse et en post-partum ;
- de prévenir les dommages liés à l'alcoolisation fœtale ;
- et lorsque le besoin en aura été identifié, d'organiser l'intervention de professionnels de l'addictologie auprès des jeunes mères / parents.

Autre intervenant :

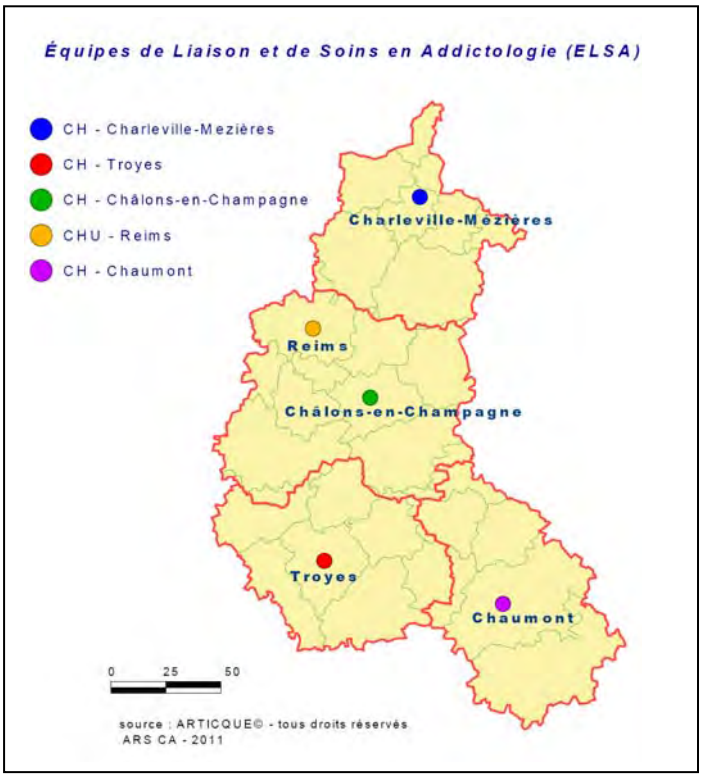
- Le Pôle d'Education et de Prévention pour la Santé (PEPS) du centre hospitalier d'Epernay

L'objectif est d'améliorer la couverture territoriale de la région Champagne-Ardenne afin d'aider toutes les populations touchées par une problématique d'addictions. Il est nécessai re que ce di spositif de prévention, d'accompagnement et de soin soit accessible à t ous les usagers, notamment aux populations vulnérables ou isolées.

Sites apportant une offre médico-sociale spécialisée en addictologie (Hors consultations avancées)



Centres hospitaliers dotés d'Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie autorisées



L'organisation de la prise en charge se fait de manière graduée et territorialisée. Elle se décline de la façon suivante :

1. Territoire Nord

1.1 Marne-Est

Le CSAPA du centre hospitalier de Châlons en Champagne est un CSAPA généraliste qui doit prendre en charge toutes les formes d'addictions.

Les territoires de 1er recours de Suippes/Mourmelon-le-Grand, Vienne-le-Château /Sainte-Menehould, Pargny-sur-Saulx/ Vitry-le-François et Châlons-en-Champagne/Saint Memmie doivent être couverts par le **CSAPA du CH de Châlons en Champagne**.

Pour se faire, il propose, en complément de son activité au sein du CH de Châlons en Champagne, des consultations avancées :

- à Sainte Ménéhould : dans les locaux du CCAS, avec un transfert à moyen terme au centre hospitalier de Sainte Ménéhould ;
- à Suippes : au sein de la Maison des Associations ;
- à Vitry le François : son intervention devra se coordonner avec la réponse apportée par les équipes de l'EPSMM et du CH de Vitry le François.

Les projets de développement des implantations locales sont à définir et à porter de façon solidaire et complémentaire avec les acteurs locaux (médecins en particulier mais aussi municipalités, associations, acteurs sociaux….). Il conviendra de formaliser l'intervention et l'offre médico-sociale sur Vitry le François par le bais d'une convention entre le CSAPA de Châlons-en-Champagne et le CH de Vitry le François.

Objectif n° 15	**Améliorer la couverture des territoires de premier recours par les CSAPA et les CAARUD de la région**
Objectif n° 16	**Améliorer l'articulation entre les structures médico-sociales, sanitaires et ambulatoires**
Objectif n° 17	**Améliorer la coordination des interventions des CSAPA en maison d'arrêt et pour les personnes sous main de justice**

Objectifs spécifiques au territoire Marne-Est

- Améliorer l'intervention du CSAPA de Châlons en Champagne sur le territoire du Vitryat
- Renforcer la communication sur le territoire du Vitryat en vue d'une visibilité accrue et d'un accès plus facile pour les usagers.

1.2 Marne-Ouest

Les territoires de 1er recours Montmirail/Sézanne, Vertus/Epernay, Reims/Tinqueux, Ay/Dizy et Mareuil-le-Port/Dormans sont eux couverts :

- par le **CSAPA CAST 51** qui étend ses champs d'action sur la ville de Reims et la ville d'Epernay pour la problématique de la toxicomanie.
- par le **CSAPA-ANPAA 51** spécialisé en alcool/tabac/cannabis et addictions sans substance qui intervient sur les villes de Reims et de Fismes par le biais d'une consultation au sein du cabinet médical de Fismes (une demi journée par semaine) et de consultations avancées auprès des structures sociales et des associations caritatives.

La plateforme d'accueil commune CAST/ANPAA51 doit apporter aux primo-demandeurs de soins l'information, l'accueil pluridisciplinaire et l'orientation sur Reims sur l'ensemble de la problématique addictive.

Sur le secteur d'Epernay, **le PEPS d'Epernay** accueille et accompagne du public sur les thématiques alcool, tabac et cannabis via des consultations sur place au sein du Centre Hospitalier d'Epernay (des liens privilégiés existent avec les urgences et les services de gastroentérologie et de médecine générale et interne du centre hospitalier Auban Moël d'Epernay).

Ce type d'intervention relève des missions d'un CSAPA et d'une ELSA, à ce jour non formalisés, non autorisés et non financés.

Compte tenu du territoire, le PEPS répond à un besoin. Ses interventions doivent être formalisées par le biais de conventions avec les CSAPA autorisés rémois afin d'organiser cette complémentarité.

L'équipe de l'EPSMM de Châlons en Champagne, unité de traitement des addictions (Edelweiss), intervient via son unité mobile sur ce territoire sous forme de consultations avancées, notamment au centre hospitalier de Sézanne. Des consultations ont lieu également au centre hospitalier d' Epernay en lien avec le PEPS. Il faudra prévoir une coordination formalisée et une complémentarité entre les CSAPA autorisés et l'EPSMM.

Le CAARUD 51 intervient essentiellement sur la ville de Reims au sein de la structure, les éducateurs accompagnent également les usagers vers les partenaires extérieurs dans le cadre d'une réinsertion sociale.

Objectif n° 15	**Améliorer la couverture des territoires de premier recours par les CSAPA et les CAARUD de la région**
Objectif n° 16	**Améliorer l'articulation entre les structures médico-sociales, sanitaires et ambulatoires**
Objectif n° 17	**Améliorer la coordination des interventions des CSAPA en maison d'arrêt et pour les personnes sous main de justice**

Objectifs spécifiques au territoire Marne-Ouest

- Formalisation de l'intervention et l'offre médico-sociale sur Epernay (développer la convention entre le CSAPA de l'ANPAA 51 et le PEPS)
- Formalisation des interventions du PEPS en tant qu'ELSA
- Renforcement du partenariat entre le PEPS, l'EPSMM et les équipes des CSAPA
- Couverture de tous les territoires de premier recours par les CSAPA et les CAARUD
- Développement par le CAARUD 51 de son unité mobile pour couvrir les secteurs de Sézanne, Montmirail, Vitry le François et Epernay.

Des améliorations devront être apportées à ce maillage déjà existant pour garantir un meilleur accès aux usagers. En effet, des besoins particuliers ont été relevés au niveau des relais CSAPA dans le bassin Sézannais.

1.3 Ardennes

Le CSAPA des Ardennes, qui regroupe le CSST – CMA 08 et l'ANPAA 08, travaille en lien conventionné avec le centre hospitalier Belair. D'autres conventions ont été passées avec les pharmaciens ainsi que la Maison d'Arrêt de Charleville-Mézières. Des consultations avancées sont réalisées à Sedan, Vouzier, Rethel, Revin, Bogny-sur-Meuse, Fumay ainsi qu'au niveau de la communauté de communes de la Thiérache Ardennaise. Le grand nombre de consultations avancées permet de faciliter le travail en réseau avec les acteurs et partenaires sanitaires et sociaux.

Le CAARUD 08 YOZ intervient dans la ville de Givet et Revin, à domicile ou dans des bars ou festivals. Par le biais d'un camping-car, une équipe mobile réalise des consultations avancées dans les villes de Sedan, Vouziers et Rethel.

A Charleville-Mézières, les consultations ont lieu au sein de la structure d'accueil du CAARUD. Une équipe de rue composée d'un infirmier et d'un travailleur social intervient également dans la ville.

Afin d'organiser de façon optimale le travail entre les structures d'addictologie, des rencontres sont mises en place entre le CAARUD 08 et le CSAPA 08.

Objectif n° 15	**Améliorer la couverture des territoires de premier recours par les CSAPA et les CAARUD de la région**
Objectif n° 16	**Améliorer l'articulation entre les structures médico-sociales, sanitaires et ambulatoires**
Objectif n° 17	**Améliorer la coordination des interventions des CSAPA en maison d'arrêt et pour les personnes sous main de justice**

Objectifs spécifiques aux Ardennes

- L'amélioration passe avant tout par une stabilisation des missions proposées par le CSAPA 08 et le CAARUD 08 et par un renforcement des liens entre le sanitaire et le médico-social.

2. Territoire Sud

2.1 Aube

Le CSAPA de l'Aube, qui regroupe 3 acteurs (l'ANPAA 10, ALT 10 et l'Association Revivre Foyer Aubois), a une activité importante sur les antennes de la ville de Troyes et en centre de détention. Des interventions ont aussi lieu en dehors des locaux, au sein de plusieurs territoires de 1er recours. Le CSAPA de l'Aube propose ainsi des consultations avancées dans les villes d'Arcis sur Aube, de Bar sur Aube, de Bar sur Seine, de Romilly sur Seine et d'Aix en Othe. Ces interventions ont lieu dans des locaux mis à disposition par les centres hospitaliers et avec l'aide du Conseil Général de l'Aube.

La coordination de ces consultations avancées par le CSAPA n'est pas suffisamment développée à ce jour.

Le CAARUD de l'Aube intervient essentiellement dans l'agglomération Troyenne grâce au « bus contact santé » qui réalise 3 sorties par semaine le soir en centre ville.

Objectif n° 15	**Améliorer la couverture des territoires de premier recours par les CSAPA et les CAARUD de la région**
Objectif n° 16	**Améliorer l'articulation entre les structures médico-sociales, sanitaires et ambulatoires**
Objectif n° 17	**Améliorer la coordination des interventions des CSAPA en maison d'arrêt et pour les personnes sous main de justice**

Objectifs spécifiques au territoire aubois

Améliorer l'articulation entre les structures médico-sociales et hospitalières

- Par le conventionnement et la réelle articulation des interventions au sein du centre hospitalier de Romilly/Seine.
    - Les projets de développement des implantations locales sont à définir et à porter de façon solidaire et complémentaire par les 3 acteurs du CSAPA :

- Il faut pour chaque projet pouvoir compter sur l'implication réelle et concrète des acteurs locaux : médecins en particulier, mais aussi municipalités, associations, acteurs médico-sociaux, etc.

- En s'appuyant sur les consultations avancées encore existantes. Le CSA PA a un rôle de coordination à assurer.

2.2 Haute-Marne

Le CSAPA de Haute-Marne est situé à Chaumont et à Saint-Dizier.

Il intervient par ailleurs sous forme de consultations avancées :
- de médecin : à l'hôpital de Joinville ;
- de psychologues : au sein des CH de Langres et de St-Dizier ;
- de travailleurs sociaux : à la Maison d'Arrêt de Chaumont, dans différents établissements sociaux ou d'insertion du département, et d'une manière générale sur tous les lieux de vie des usagers (y compris à domicile).

Le CAARUD Le Phare de Haute-Marne a trois « antennes » qui sont pour le moment disponibles sur le département. Le siège principal proposant toutes les missions d'un CAARUD est basé sur Chaumont.

Les antennes sont :

- Rolampont : L'échange de matériel se fait au domicile d'un usager relais.
- Langres : Un local non chauffé, sans eau chaude, est devenu un lieu de stockage pour le matériel qui est distribué par une bénévole résidant à Langres.
- Joinville : Un local est alloué gracieusement par la Mairie. Une permanence est effectuée le jeudi après-midi par le coordinateur et une infirmière.

Des difficultés sont à noter concernant le maillage territorial en Haute-Marne. Il faudra envisager des consultations avancées du CSAPA sur le territoire de Chalindrey par exemple.

Une autre difficulté évidente du département de la Haute-Marne est la désertification médicale, d'autant plus en zone rurale. Dans ces conditions, le travail de partenariat entre les médecins généralistes et les structures d'addictologie tels que le CSAPA ou la CAARUD devient quasi inexistant et le relais ne se fait plus.

Objectif n° 15	**Améliorer la couverture des territoires de premier recours par les CSAPA et les CAARUD de la région**
Objectif n° 16	**Améliorer l'articulation entre les structures médico-sociales, sanitaires et ambulatoires**
Objectif n° 17	**Améliorer la coordination des interventions des CSAPA en maison d'arrêt et pour les personnes sous main de justice**

<u>Objectifs spécifiques au territoire haut-marnais</u>

- Couverture par le CSAPA de Haute Marne du territoire de Langres
- Mise en place de programmes d'échange de seringues en pharmacie, notamment en milieu rural, dans les communes dans lesquelles le CAARUD ne se rend pas.

<u>Améliorations Régionales</u> :

Il est nécessaire de développer les niveaux I et II au sein des structures hospitalières pour permettre une meilleure prise en charge des usagers et une articulation opérationnelle entre le sanitaire et le médico-social.

SROS - Psychiatrie
4) OBJECTIFS OPERATIONNELS ET PLANS D'ACTION
F/ Prise en charge des personnes souffrant de conduites addictives
b. Identification de lits dédiés aux sevrages (niveaux I et II de la filière hospitalière en addictologie

Objectif opérationnel 3 - Mettre en place une coordination des professionnels de santé concernés pour permettre un parcours global de prise en charge pour chaque patient.

👁 *SROS* - volet ambulatoire

III / Objectif général : Développer la coordination, l'articulation, les réseaux
2. Les réseaux de santé
Objectifs opérationnels
Conforter et mutualiser les réseaux de santé existants en région
Soutenir les réseaux de santé, relais pour déployer la politique régionale de santé auprès des différents acteurs
Plans d'action
Mettre en conformité les objectifs et la stratégie des réseaux de santé avec les objectifs du projet régional de santé
Le réseau(x) addictions, précarité, diabète est conforté sur son volet « addictions » et ses missions devront se conformer aux orientations du schéma régional d'organisation médico-social.
Inciter les professionnels de santé du 1er recours à s'inscrire dans cette dynamique, à utiliser les outils existants (référentiels, formation, partage de données

1. Placer le réseau Addica au centre du dispositif d'animation et d'articulation des acteurs : favoriser la culture du travail en réseau (en lien avec le SROS ambulatoire)

Le réseau Addica doit renforcer ses actions de coordination sur l'ensemble du territoire champardennais. Il doit également toucher l'ensemble des professionnels de 1ère ligne non spécialisés (médecins généralistes, médecins du travail, gy néco-obstétriciens, sages-femmes, pharmaciens, orthophonistes, dentistes, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, …).

Addica doit promouvoir le RPIB au plus grand nombre de professionnels de 1ère ligne non spécialisés et les informer sur les prises en charge possibles.

Le maillage territorial des interventions d'Addica doit être suffisant pour proposer à l'ensemble des professionnels de 1ère ligne des actions de coordination.

Par ailleurs, Addica doit promouvoir l'utilisation de l'outil Ornicare, espace collaboratif qui permet :

a. de garantir le meilleur parcours de soins,
b. d'aider la concertation et la prise de décision,
c. de rendre le patient acteur de sa santé (Ornicare permet aux usagers d'accéder à leurs dossiers).

Cet outil est né de la volonté en Champagne-Ardenne de mettre à la disposition des professionnels de santé un seul et unique espace de coordination pour simplifier les transmissions d'informations et éviter d'en perdre. La promotion de cette plateforme d'échanges doit permettre une meilleure communication entre tous les professionnels de santé prenant en charge des patients confrontés à des difficultés liées aux addictions.

Objectif n° 18	**Mettre le réseau Addica au centre du dispositif d'animation et d'articulation des acteurs**

2. Partenariat et coordination santé / justice

La loi du 31 décembre 1970 réprime la production, la vente, la consommation de toute substance classée comme stupéfiant et est inscrite au code pénal et au code de santé publique. Cette loi permet aux parquets de considérer l'usager comme un malade et de lui proposer une mesure alternative aux poursuites, **injonction thérapeutique** ou **mesure complémentaire d'obligation de soins**, en garantissant l'anonymat et la gratuité des prises en charge.
Malgré la diversification des produits consommés et l'amélioration des connaissances sur la dangerosité des drogues, la loi de 1970 n'a pas été modifiée et reste une des plus dures d'Europe en matière de pénalisation de l'usage.

Dans les faits, une succession de textes a orienté la politique des tribunaux en incitant les parquets à diversifier les réponses judiciaires en privilégiant les mesures d'orientation vers le soin, d'injonction ou d'obligation de soin selon le degré de dépendance et le produit consommé.

La loi de mars 2007 a par exemple instauré une nouvelle mesure prononcée directement par les parquets en direction des usagers simples : « *le stage de sensibilisation aux dangers des usages de stupéfiants* », obligatoire et payant, à visée sanitaire et pédagogique. Ce stage, alternative aux poursuites ou peine complémentaire, s'adresse aux mineurs et aux majeurs.
Pour les usagers dépendants, un classement avec orientation vers les structures de soin reste préconisé par la justice. Ainsi, en région Champagne Ardenne, il convient de noter qu'en fonction des structures CSAPA, la file active est composée de 40 à 60% de personnes sous main de justice.
Ceci peut se traduire par des difficultés d'accès aux soins pour l'ensemble des patients, et par la mise en difficulté des équipes soignantes quant à la réponse apportée aux malades.

En effet, la justice et la santé ont des pratiques professionnelles différentes. Le SPIP accueille les personnes en soins obligés sous mandat judiciaire alors que les CSAPA les reçoivent par le biais du volontariat (système de la demande et de l'offre de soins). Le temps pénal ne se calque pas sur le temps médical.

Ainsi, les personnes sous main de justice avec obligation de soins en addictions peuvent subir un double suivi à la fois judiciaire et social au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) et médico-psycho-social en Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), avec deux équipes qui n'ont pas le même fonctionnement ni la même finalité et ne s'articulent pas ou peu.

Objectifs d'amélioration :

- Développer les relations santé/justice et communiquer sur les pratiques professionnelles afin de mieux se connaître et partager des valeurs professionnelles communes au-delà du secteur d'activité.
- Mettre en place des protocoles de fonctionnement entre équipe SPIP et CSAPA.
- Rechercher la concordance des objectifs de sécurité publique et de santé sans confondre les interventions sanitaires, sociales ou répressives. Chaque secteur doit garder son indépendance afin de conserver une lisibilité et une efficacité.
- Adapter l'offre de soins au contexte : certains aménagements sont à prévoir en termes de pratique professionnelle. Il faut travailler avec le consentement.
- Favoriser le travail en équipe transdisciplinaire : un soutien clinique est indispensable.
- Développer les formations professionnelles à l'égard des acteurs de la santé et de la justice.
- Développer les passerelles entre milieu ouvert et fermé (détention).

Objectif n° 19	**Mise en place d'un groupe de travail sur les addictions au sein de la commission santé / Justice**
Objectif n° 20	**Création de protocoles de fonctionnement entre SPIP et CSAPA (en lien avec l'objectif 17)**

👁 *SROS - Prise en charge des personnes détenues*

4.2 Articuler les prises en charge sanitaire, médico-sociale, sociale et judiciaire

4.2.1 Organiser les relations

La prise en charge d'une personne détenue fait intervenir une multitude d'acteurs, à des étapes différentes du parcours de soins, de façon ponctuelle ou répétée :

- les personnels des UCSA, du SMPR, des CSAPA, de l'UHSI, des UHSA de l'UMD, et des établissements autorisés à l'activité de psychiatrie pour les soins,
- les personnels de l'administration pénitentiaire,
- les personnels des SPIP,
- les personnels des Caisses Primaires d'Assurance Maladie,
- les personnels de la justice…

4.2.1.1 : Le Comité de coordination

Le **comité de coordination**, prévu par le code de la santé publique, présidé par le directeur général de l'ARS ou son représentant, institué au sein de chaque établissement pénitentiaire, sera réuni au minimum une fois par an, et au cas par cas en fonction des besoins. Sa principale mission est d'assurer le suivi des protocoles d'organisation et de fonctionnement formalisés entre chaque établissement de santé (*UCSA et soins psychiatriques*) et chaque établissement pénitentiaire.[11]

Il est nécessaire au vu du nombre d'intervenants à un instant donné, d'y associer une pluralité d'acteurs : outre l'établissement pénitentiaire et l'équipe de l'UCSA-SMPR, l'établissement de santé, les intervenants médico-sociaux (*CSAPA)*, les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (*SPIP*), et l'Assurance maladie y seront associés.

En fonction des sujets abordés, d'autres acteurs pourront rejoindre ponctuellement ce comité.

4.2.1.2 : La Commission santé-justice

Avec la création de l'ARS, la **commission santé-justice**, présidée par le Directeur général de l'ARS, doit permettre de définir les priorités d'actions à un niveau régional. Cette commission associe, outre l'ARS, le préfet de région ou son représentant, les procureurs généraux et les présidents des cours d'appel *(la Champagne-Ardenne dépendant des deux cours d'appel de Reims et de Dijon)*, le Directeur Interrégional des Services Pénitentiaires (*DISP*), la Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale (*DRJSCS)* et la Protection Judiciaire de la Jeunesse (*PJJ)*. Là encore, en fonction des thématiques abordées, la commission pourra être complétée d'autres participants.

La Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU) doit s'intégrer dans les pratiques de collaboration entre l'Administration pénitentiaire et les équipes soignantes (*soins somatiques et psychiatriques*), en respectant les valeurs de chacun. La participation de l'équipe soignante à la CPU n'est d'ailleurs pas totale : seule une participation au sein de la commission en lien avec le suicide est souhaitée.

Les informations qui pourront être échangées doivent être strictement nécessaires au message à communiquer, par exemple, une précaution particulière sans dévoiler le résultat (*sérologie*). Il s'agit de communiquer une indication de l'adaptation nécessaire de la prise en charge.

Il est important de pouvoir favoriser **l'échange des bonnes pratiques, valoriser et capitaliser les expériences**, permettant outre une facilitation des actions au quotidien, une prise en charge de qualité de la personne détenue, et une fluidification de son parcours, de l'entrée en détention, en passant par l'incarcération, et en prévision de sa sortie.

[11] *Ces protocoles sont en cours d'actualisation du fait notamment des lois pénitentiaire et Hôpital, Patients, Santé, Territoires de 2009, et de leurs décrets d'application.*

3. Intégrer l'addictologie dans l'activité du réseau périnatalité

La prise en charge des femmes enceintes souffrant de conduites addictives suppose un repérage précoce par les professionnels de la périnatalité et une prise en charge en collaboration avec les équipes des structures d'addictologie. Les conduites addictives durant la grossesse entrainent des risques pour la mère et pour le fœtus. Ces grossesses à risque supposent une prise en charge pluridisciplinaire médico-psychosociale et la coordination de ce suivi par une sage femme spécifiquement formée.

L'objectif est d'améliorer les compétences de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes abusant de substances psycho-actives et de leurs enfants, et de valoriser le travail multidisciplinaire et en réseau, afin de favoriser la prévention des complications périnatales et d'améliorer le pronostic de ces femmes, de leurs enfants et des familles.

Cf. Objectif 5 du présent schéma.

cf. SROS – psychiatrie
4) OBJECTIFS OPERATIONNELS ET PLANS D'ACTION
F/ Prise en charge des personnes souffrant de conduites addictives
e- Intégrer l'addictologie dans l'activité du réseau périnatal de Champagne-Ardenne
Coordonner l'action des équipes médico-sociales et sanitaires d'addictologie au sein des maternités, des CAMSP, des services somatiques et des services de la PMI par voie de conventions afin, notamment : - d'assurer la sensibilisation des équipes de ces services / structures au repérage des conduites addictives chez les mères durant la grossesse et en post-partum ; - de prévenir les dommages liés à l'alcoolisation fœtale ; - et lorsque le besoin en aura été identifié, d'organiser l'intervention de professionnels de l'addictologie auprès des jeunes mères / parents.

Objectif opérationnel 4 - Piloter la mise en œuvre du schéma et son animation territoriale

1. Remettre en place la Commission Régionale d'Addictions comme espace de coordination/ régulation

Le Plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 établi par le Ministre de la Santé le 15 novembre 2006 prévoit la création d'une Commission Nationale des Addictions (CNA) et l'installation, dans chaque région, d'une Commission Régionale des Addictions (CRA).
Les CRA ont été mises en place par la circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

Rôle de la CRA
La commission est une instance de concertation, d'échanges et d'information sur le suivi des politiques publiques, du dispositif de prise en charge et des pratiques professionnelles en matière d'addictions.
Elle a pour rôle de favoriser une meilleure articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social, associatif et la médecine de ville, en vue de mettre en œuvre une politique régionale coordonnée et planifiée en addictologie..
Elle devra veiller à la mise en œuvre du schéma.

Composition de la commission
La CRA est composée d'acteurs concernés par l'addictologie en tant que personnalités qualifiées ou en tant que représentants institutionnels.
Ainsi, elle doit être composée de l'ARS, de représentants de l'Etat, de l'assurance maladie, des structures médico-sociales, des établissements de santé, des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, des collectivités locales, des associations et des usagers.
Les membres sont désignés pour une durée de cinq ans.

Fonctionnement de la commission
La Commission Régionale Addiction de Champagne-Ardenne s'est réunie jusqu'à la création de l'Agence Régionale de Santé, sous la présidence du Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales.
Depuis la création de l'ARS, cette commission n'a pas été réactivée. Il conviendra donc de la remettre en place afin qu'elle soit l'espace de coordination des addictions sur la région Champagne Ardenne.
Cette commission sera déclinée en sous-groupes de travail composés d'experts pour la rendre opérationnelle.

2. Réinstaller des comités de suivi départementaux des traitements de substitution

Un arrêté du 7 mars 1994 créait la commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie. Cette commission avait pour mission de suivre l'évolution de l'utilisation de la méthadone pour la prise en charge des toxicomanes et d'étudier le cadre d'utilisation de tout autre produit de substitution (abrogé par arrêté du 26 octobre 2006 relatif à la création et à la composition de la « commission addictions »).

Puis des comités de suivi départementaux des traitements de substitution ont été créés par la circulaire du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés, afin d'apporter leur appui à l'organisation de la prescription et de la délivrance des médicaments de substitution et de conseiller les professionnels et partenaires impliqués dans ces comités.

Il conviendrait aujourd'hui de remettre ces comités en place afin de réunir les acteurs de la réduction des risques et des traitements de substitution de la région Champagne-Ardenne, à savoir les

structures d'addictologie (CSAPA, CAARUD), les médecins prescripteurs, les pharmaciens, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (afin de limiter les doubles prescriptions), le Service Médico Psychologique Régional (SMPR), la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires, le CEIP-A (Centre d'Evaluation et d' Information sur la Pharmacodépendance) ainsi qu'un représentant des Unités de consultations et de soins ambulatoires (pour clarifier la mise en œuvre de la substitution en milieu carcéral).

Ces comités pourraient s'intégrer à la CRA.

3. Développer la commission de coordination des CSAPA et des CAARUD

- Mise en place d'axes de travail commun entre les CSAPA.
- Politique de communication régionale (pour les acteurs en 1ère ligne et population en général) pour faire connaitre les CSAPA et leurs missions (rôle de pivot de proximité).
- Une réflexion devra être menée pour pérenniser cette mission de coordination.

4. Mettre en place une coordination des professionnels sur les territoires là où une dynamique existe, afin de permettre un parcours global de prise en charge des addictions pour chaque patient

Cette coordination sera facilitée par les services des délégations territoriales départementales de l'ARS, qui ont pour mission d'assurer l'animation territoriale dans les domaines de la prévention et du médico-social.
Dans le cadre de la déclinaison du PRS, la prise en charge des addictions pourra être intégrée aux projets de santé des territoires par le biais des programmes territoriaux de santé ou des contrats locaux de santé qui visent à mettre en œuvre les priorités de santé communes de l'ARS, des élus locaux et des représentants institutionnels sur un territoire donné.

Objectif n° 21 **Mise en place de commissions de coordination en addictologie**

5. Améliorer l'efficience de la prise en charge des addictions

Objectif n° 22 **Recherche de l'efficience au sein du système de santé participant à la prise en charge des addictions**

- Evaluation des structures spécialisées en addictologie
- Convergence des coûts de prise en charge

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi

Objectif opérationnel 1 - Mettre en place le parcours de santé en addictologie

1. Développer et organiser la prévention des conduites addictives

Objectifs spécifiques relatifs à la prévention des addictions chez les jeunes

	OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
1	**Faciliter les actions de prévention des conduites addictives des jeunes en milieu scolaire et universitaire, celles-ci devant prévoir un axe visant le soutien à la parentalité**	**Renforcement des liens ARS / Education Nationale dans le cadre du diagnostic initial des besoins et du suivi des actions**	- **Nombre d'actions de prévention financées sur la thématique addiction et sur l'axe parentalité** - **Nombre de personnes touchées** - **Nombre de produits abordés**
2	**Renforcer le partenariat entre l'Agence Régionale de Santé et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), en vue d'inclure la lutte contre les addictions, d'une part dans la démarche de labellisation sport/santé des clubs sportifs, et d'autre part dans la formation (initiale et continue) des animateurs et directeurs de centres de loisirs.**	- **Renforcement des liens ARS / DRJSCS** - **Commission de coordination des politiques publiques de santé**	**Intégration de la thématique addiction dans la convention ARS / DRJSCS**
3	**Favoriser les actions à destination des jeunes hors milieu scolaire**	**Renforcement des liens ARS / Missions locales développant un projet de santé visant les addictions**	- **Nombre d'actions de prévention financées sur la thématique addiction** - **Nombre de personnes touchées** - **Nombre de produits abordés**

Objectif spécifique relatif à la prévention des conduites addictives avant et pendant la grossesse

	OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
4	**Prévenir le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) et les autres troubles liés à une consommation d'alcool pendant la grossesse.**	**Réseaux Périnatalité et Addica**	- **Nombre de formations au RPIB « alcool et grossesses » organisées** - **Nombre de personnes touchées** - **Organisation d'un évènement sur la thématique « Grossesse et alcool »**
5	**Promouvoir une culture commune aux professionnels des domaines sanitaires, médico-sociaux et sociaux via le Réseau Périnatalité et le Réseau Addica.**	**Réseaux Périnatalité et Addica**	**Nombre d'actions de formations et de colloques communs aux différents professionnels**
6	**Renforcer le partenariat avec les conseils généraux**	**Réseaux Périnatalité et Addica**	- **Diffusion des carnets de santé maternité** - **Nombre d'actions de prévention développées au sein des PMI**

Objectif spécifique relatif à la prévention des conduites addictives à l'attention des personnes détenues

	OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
7	**Coordination des actions de prévention et de l'intervention des CSAPA en milieu carcéral (en lien avec l'objectif 14)**	**Mise en place de groupes de travail régionaux justice / UCSA / CSAPA**	**Mise en place et organisation des CSAPA référents**

2. Développer le repérage et la prise en charge précoces des conduites addictives

Renforcer l'activité des CSAPA en matière de prévention et consultations avancées (à mi-chemin entre la prévention et le médico-social)

	OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
8	**Favoriser l'intervention des CSAPA dans les lieux d'hébergements d'urgence et de réinsertion ou partenaires sociaux**	- **Articulation ARS / DDCSPP / DRJSCS** - **Rapprochement des structures sociales et médico-sociales**	- **Nombre d'interventions** - **Nombre de réunions communes** - **…**

Le repérage et la prise en charge précoce dans le milieu hospitalier

	OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
9	**Mettre en place un dispositif entre l'entrée aux urgences et la sortie du patient (afin qu'il ne sorte pas de l'hôpital avant qu'ait pu être déterminé s'il est ou non dépendant)**	**RPIB**	- **Nombre de conventions structures sanitaires / médico-sociales** - **Nombre de formations**
10	**Améliorer le fonctionnement et la lisibilité des ELSA pour qu'elles puissent intervenir aux urgences après les dégrisements afin de repérer un mésusage de l'alcool. Envisager conjointement l'intervention des CSAPA (médico-social), en lien avec les ELSA, pour mieux faire connaître les structures de prise en charge médico-sociale.**	**Evaluation du dispositif des ELSA**	**Nombre d'interventions communes**
11	**Formaliser la coordination entre ELSA et Unités psychiatriques d'Hospitalisation Temporaire de 72h, dans le cadre de l'évaluation somatique à chaque entrée.**	**CPOM et projet d'établissement**	**Convention UPHT / ELSA**

3. L'accès aux soins

La prise en charge ambulatoire

	OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
12	**Favoriser le développement de consultations avancées en addictologie au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, des pôles de santé et centres de santé**	**Projet de santé**	**Nombre de MSP, pôles de santé et centres de santé intégrant la problématique addictive**

La prise en charge médico-sociale

	OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
13	**Développer une offre d'hébergement rattaché aux CSAPA**	**Appel à projets médico-social**	- **Nombre de projets déposés** - **Nombre de places octroyées**

Déterminer les parcours de soins pour le patient détenu

	OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
14	**Améliorer la coordination des acteurs et des actions visant la prise en charge des addictions en milieu carcéral (en lien avec l'objectif 7)**	**Coordination entre l'UCSA et les CSAPA**	- **Nombre d'intervention des CSAPA** - **Nombre de réunions de coordination entre UCSA et CSAPA**

Objectif opérationnel 2 - Développer les structures de soins adaptées aux besoins des usagers du territoire, notamment des populations vulnérables.

	OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
15	**Améliorer la couverture des territoires de premier recours par les CSAPA et les CAARUD de la région**	- **Projet d'établissement** - **CPOM** - **Animation territoriale de l'ARS**	**Couverture du territoire**
16	**Améliorer l'articulation entre les structures médico-sociales, sanitaires et ambulatoires**	**Coordination des structures existantes**	**Conventions signées**
17	**Améliorer la coordination des interventions des CSAPA en maison d'arrêt et pour les personnes sous main de justice**	**Commission Santé / Justice**	**Nombre de réunions de coordination**

Objectif opérationnel 3 - Mettre en place une coordination des professionnels de santé concernés pour permettre un parcours global de prise en charge pour chaque patient.

Placer le réseau Addica au centre du dispositif d'animation et d'articulation des acteurs : favoriser la culture du travail en réseau (en lien avec le SROS ambulatoire)

	OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
18	**Mettre le réseau Addica au centre du dispositif d'animation et d'articulation des acteurs**	**Convention ARS / Addica**	**Développement de l'espace collaboratif ORNICARE**

Partenariat et coordination santé / justice

	OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
19	**Mise en place d'un groupe de travail addictions au sein de la commission santé / Justice**	**ARS (animation)**	**Nombre de réunions du groupe de travail opérationnel**
20	**Création de protocoles de fonctionnement entre SPIP et CSAPA**	**Commission Santé / Justice**	**Protocoles**

Objectif opérationnel 4 - Piloter la mise en œuvre du schéma et son animation territoriale

	OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
21	**Mise en place d'instances de coordination en addictologie**	**ARS (animation)**	- **Mise en place de la commission régionale d'Addictions** - **Mise en place de comités de suivi départementaux des traitements de substitution** - **Mise en place de la commission de coordination CSAPA / CAARUD**

Amélioration de la prise en charge des addictions

	OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
22	**Recherche de l'efficience au sein du système de santé participant à la prise en charge des addictions**	**Evaluation des structures spécialisées en addictologie**	**Convergence des coûts de prise en charge**



SCHEMA RÉGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE

VOLET PERSONNES AGÉES

SOMMAIRE

Chapitre I - Contexte général 59

1- Méthodologie 59
1.1 - Le groupe projet 59
1.2 - La définition des territoires 59
1.3 - Les auditions 59
1.4 - La concertation avec les Conseils Généraux 60

2- Références législatives et réglementaires – Plans nationaux 61
2.1 - Références législatives et réglementaires 61
2.2 - Le Plan Alzheimer et sa déclinaison 64
2.3 - Références documentaires 65

Chapitre 2 : Diagnostic régional 66

1- Une population Champardennaise vieillissante 66
1.1 - La population âgée en Champagne Ardenne 66
1.2 - Evolution de la population de référence en EHPAD 68
1.3 - Les revenus des Champardennais 69
1.4 - Un manque de connaissance continu des besoins 69
1.5 - Une offre médico-sociale inégalement répartie 71
1.6 - Les places habilitées à l'aide sociale (HAS) départementale 73
1.7 - Proportion des institutions médicalisées (EHPAD) et du maintien à domicile (SSIAD + Accueil de Jour (AJ) + Hébergement Temporaire (HT)) par rapport à l'offre globale 73
1.8 - L'offre en hébergement 74
1.9 - L'offre en services de soins infirmiers à domicile 77

2- La déclinaison régionale du Plan Alzheimer 79
2.1- Les structures de répit 79
2.2 - La prise en charge en établissement 83

3- La qualité de la prise en charge et la coordination 88
3.1 - Les risques de dégradation de l'autonomie 88
3.2 - Les soins bucco-dentaires en EHPAD 88
3.3 - Les troubles de l'audition 88
3.4 - La déficience visuelle chez les personnes âgées 89
3.5 - L'iatrogénie médicamenteuse 90
3.6 - Les défaillances de coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social 90

4 - Les attentes des acteurs de terrain 91

Chapitre 3 : Les objectifs opérationnels du SROMS 92

1- Rappel des priorités et objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) 92

2- Déclinaison des priorités et objectifs spécifiques du PSRS en objectifs opérationnels et plans d'actions 93
2.1 - Objectif opérationnel n°1 et plan d'action 93
2.2 - Objectif opérationnel n°2 et plan d'action 95
2.3- Objectif opérationnel n°3 et plan d'action 102
2.4 - Objectif opérationnel n°4 et plan d'action 109
2.5 - Objectif opérationnel n°5 et plan d'action 113

ANNEXES volet personnes âgées 121

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.
Selon les cas, l'encadré comprendra :

- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre I - Contexte général

1- Méthodologie

Le volet « personnes âgées » du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) s'articule autour de 5 objectifs opérationnels :

1. La mise en place d'un observatoire dans le domaine des personnes âgées :
2. La volonté de disposer d'une offre d'équipements médicalisés adaptée à l'évolution des besoins et des moyens ;
3. La déclinaison du Plan Alzheimer 2008 – 2012 ;
4. La promotion de l'efficience au sein des Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) en favorisant le développement des démarches qualités.
5. La coordination des réponses autour de la personne âgée

Pour réaliser ces travaux, l'Agence Régionale de Santé (ARS) s'est appuyée sur un groupe projet associant les Conseils Généraux (CG), le réseau RéGéCA, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et l'ARS et ses Délégations Territoriales Départementales (DTD).

Par ailleurs, des auditions de professionnels de terrain et d'associations représentatives ont été organisées, permettant d'alimenter les travaux pendant la phase de diagnostic.

Enfin, des réunions ont été organisées « *en interne* », entre les trois directions métiers de l'ARS (directions du secteur médico-social (DSMS), de l'offre de soins (DOS) et de la santé publique (DSP), afin d'identifier les actions transversales à intégrer au sein des schémas et/ou programmes respectivement portés par chacune de ces directions[12].

1.1 - Le groupe projet

La composition du groupe projet est précisée en annexe 1.

Le groupe projet s'est réuni mensuellement sur le mode de la participation et de la concertation. Chacun des acteurs a participé à la collecte des informations nécessaires au diagnostic partagé. Les CG et les DTD ayant en particulier contribué à la vérification des donnés recensées.

1.2 - La définition des territoires

Dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées, il est nécessaire de tenir compte du critère de proximité justifiant le recours à une échelle infra-départementale dans la définition des territoires.

Les territoires infra-départementaux retenus correspondent, pour la prise en charge institutionnelle, aux territoires gérontologiques des CG et, pour les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), à leur zone d'intervention actuelle. Il est à noter que l'ensemble des communes de la région est couvert par les SSIAD.

1.3 - Les auditions

Une large concertation a été menée durant les mois d'avril et mai 2011. Des membres du groupe projet ont auditionné des professionnels et associations représentatives sur la base d'un questionnaire

[12] Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) est porté par la DSMS, le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) par la DOS et le Schéma Régional de Prévention (SRP) par la DSP.

d'entretien. Ce questionnaire a été transmis en amont aux personnes et structures auditionnées afin de recenser leurs attentes ou difficultés en matière de :

6. *prise en charge médico-sociale* : adaptation de l'offre d'équipements et de services, répartition territoriale, prise en charge spécifique de la maladie d'Alzheimer, difficultés d'accès aux dispositifs sanitaires et médico-sociaux, difficultés rencontrées avec le secteur libéral ;
7. *coordination* : difficultés rencontrées ;
8. *prévention* : actions de prévention et d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) à mettre en place ou à renforcer..

Le questionnaire prévoyait également des zones d'expression libre pour chacun des trois domaines, et invitait par ailleurs les répondants à identifier une priorité d'action favorisant le maintien à domicile des personnes âgées.

Le questionnaire d'audition et la liste des auditionnés sont joints en annexe 2.

1.4 - La concertation avec les Conseils Généraux

Plusieurs réunions de concertation ont été organisées entre les CG et l'ARS pour arrêter une définition commune des critères et orientations concernant les offres d'équipement ou de répit relevant d'un financement conjoint.

L'article L.1434-12 alinéa 2 du Code de la santé publique (CSP) prévoit que le SROMS est établi au regard des schémas départementaux arrêtés par les CG de la région pour les établissements et services pour personnes âgées et adultes handicapés, ainsi que pour les structures expérimentales.

Le SROMS et les schémas départementaux doivent s'articuler entre eux.

Le SROMS a pour objectif d'identifier les besoins spécifiquement régionaux tandis que les schémas départementaux assurent l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité.

*L*es schémas départementaux et le SROMS ont des périmètres propres. Les compétences partagées avec le Conseil général portent notamment sur la programmation de dispositifs cofinancés : *hébergement médico-social et structures de répit.*

2- Références législatives et réglementaires – Plans nationaux

2.1 - Références législatives et réglementaires

2.1.1 - Textes généraux

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

2.1.2 - Évaluations interne et externe des établissements et services médico-sociaux

- **Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale : institue l'évaluation interne et externe des établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) (Cf. article L.312-8 du CASF infra).

- **Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007** fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
  Ce décret dispose que « *l'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse* » et précise que l'évaluation interne et l'évaluation externe portent sur le même champ. Il souligne plus particulièrement que l'évaluation doit porter sur l'effectivité des droits des usagers et les conditions de réalisation du projet de la personne, notamment « *la capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes* ».

- **Article L.312-8 du CASF** : « L*es établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations sont communiqués [tous les cinq ans] à l'autorité ayant délivré l'autorisation.*[13]»

2.1.3 - Qualité des prescriptions médicamenteuses

Article D312-158 du CASF : décrit les missions du médecin coordonnateur en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). C'est notamment sur ce médecin que repose l'amélioration de la qualité des pratiques et prescriptions médicamenteuses.

Le point 6° dudit article précise que le médecin coordonnateur « *contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la santé de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique* [14]».

[13] http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000023755010&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20111203&fastPos=5&fastReqId=1091317827&oldAction=rechCodeArticle
[14] http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024535122&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20111203&oldAction=rechCodeArticle

2.1.4 - Prise en charge à domicile : Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et Hospitalisation A Domicile (HAD)

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

Articles D.312-1 à D.312-5 du CASF : « *Conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 [du CASF, les SSIAD] assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :*

1° De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;
2°De personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ;
3°De personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L. 312-1 ou présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

Ces services interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 [du CASF] et dans les établissements mentionnés aux I bis, II et III de l'article L. 313-12 [du même code].

Les interventions sont assurées par :

1° Des infirmiers qui exercent les actes relevant de leur compétence, organisent le travail des aides-soignants et des Aides Médico-Psychologiques (AMP) et assurent, le cas échéant, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux ;
2° Des aides-soignants qui réalisent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie correspondant à leur formation et des aides médico-psychologiques ;
3° Des pédicures-podologues, des ergothérapeutes et des psychologues, en tant que de besoin.

Le [SSIAD] doit comprendre un infirmier coordonnateur.

Les fonctions de l'infirmier coordonnateur comprennent :
1° Les activités de coordination du fonctionnement interne du service, notamment :
a) L'accueil des personnes mentionnées à l'article D. 312-1 [du CASF] et de leur entourage ;
b) L'évaluation des besoins de soins de ces personnes au moyen de visites à leur domicile, afin d'élaborer et de mettre en œuvre les projets individualisés de soins ;
c) La coordination des professionnels mentionnés [plus haut].

[…]

Les infirmiers et pédicures-podologues libéraux peuvent exercer au sein d'un [SSIAD], sous réserve d'avoir conclu une convention avec l'organisme gestionnaire de ce service.

Cette convention comporte au moins les éléments suivants :

1° L'engagement du professionnel exerçant à titre libéral à respecter le règlement de fonctionnement et le projet de service respectivement mentionnés aux articles L. 311-7 et L. 311-8 ;
2° Les modalités d'exercice du professionnel au sein du service, visant à garantir la qualité des soins et notamment :
a) Sa collaboration avec l'infirmier coordonnateur ;
b) La tenue du dossier de soins des personnes auprès desquelles il intervient ;
c) Sa contribution à l'élaboration du relevé prévu au second alinéa de l'article D. 312-5-1.

Le praticien-conseil du régime d'assurance maladie dont relève l'assuré est informé par l'organisme gestionnaire du [SSIAD], dans un délai de cinq jours ouvrables, de toute admission dans le service. Il reçoit alors copie de la prescription établie par le médecin de l'assuré. Il est également informé des modifications apportées au traitement et de toutes les prolongations de prise en charge au-delà du trentième jour et tous les trois mois ensuite.[15] »

[15] http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006906273&idSectionTA=LEGISCTA000006198642&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20111203

Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)

Article D.312-6 du CASF : « *Conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1, les services d'aide et d'accompagnement à domicile agréés au titre de l'article L. 129-1 du code du travail, qui interviennent auprès des personnes mentionnées à l'article D. 312-1, concourent notamment :*

1° Au soutien à domicile ;
2° A la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ;
3° Au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Ils assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les services de soins infirmiers à domicile
Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale.
La personne morale gestionnaire du service est responsable du projet de service mentionné à l'article L. 311-8, notamment de la définition et de la mise en œuvre des modalités d'organisation et de coordination des interventions.[16] »

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile

Article D.312-7 du CASF : « *Les services qui assurent, conformément aux dispositions des 6° et 7° de l'article L. 312-1, les missions d'un service de soins à domicile et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement sont dénommés services polyvalents d'aide et de soins à domicile.*

L'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur la base d'une évaluation globale des besoins de la personne, est conduite par une équipe pluridisciplinaire composée des personnels mentionnés précédemment et coordonnée par un personnel salarié du service.[17] »

Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, notamment les établissements d'HAD

Article D.6124-306 du Code de la Santé Publique (CSP) : « *L'admission d'un patient dans un établissement d'hospitalisation à domicile, ainsi que sa sortie, sont prononcées par le responsable de cet établissement après avis du médecin coordonnateur mentionné au quatrième alinéa. L'admission est effectuée dans les limites de la capacité autorisée de l'établissement.*

Afin de garantir la sécurité des patients et la coordination des soins, tout établissement d'hospitalisation à domicile dispose d'un système de communication à distance permettant, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, y compris les dimanches et jours fériés, d'assurer une liaison permanente entre les patients, leurs familles et les personnels mentionnés à l'article D. 612-308 [Cf. infra]. »

Article D. 6124-308 du CSP : « *Le nombre et la qualification des personnels médicaux, auxiliaires médicaux, personnels de rééducation ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les établissements d'hospitalisation à domicile sont appréciés par le directeur général de l'agence régionale de santé, en fonction de la nature et du volume d'activité effectués, de la fréquence des prestations délivrées et de leurs caractéristiques techniques*

[16] http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006198702&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20111203
[17] http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006198703&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20111203

Un médecin coordonnateur organise le fonctionnement médical de l'établissement. Il veille notamment à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux besoins des patients et à la bonne transmission des dossiers médicaux et de soins nécessaires à la continuité des soins.
Les personnels mentionnés aux précédents alinéas peuvent être salariés de l'établissement, salariés de toute personne morale ayant passé convention avec cet établissement ou d'exercice libéral lorsque les personnels susmentionnés sont habilités à pratiquer ce mode d'exercice. Ils sont tenus de respecter le règlement intérieur [de l'établissement].

Parmi les personnels mentionnés au premier alinéa [du présent article], tout établissement d'hospitalisation à domicile dispose en permanence d'au moins un agent pour six patients pris en charge. Cet agent est selon les cas un auxiliaire médical ou un agent relevant des personnels de rééducation.

Le personnel exprimé en équivalent temps plein, autre que les médecins, exerçant dans l'établissement susmentionné est constitué au moins pour moitié d'infirmiers ou d'infirmières.

Quelle que soit la capacité autorisée de l'établissement, un cadre infirmier assure la coordination des interventions des personnels non médicaux. L'établissement comporte en outre au moins un cadre infirmier pour trente places autorisées. »

Article D. 6124-309 : « *Les établissements d'hospitalisation à domicile sont tenus d'assurer la permanence et la continuité des soins, y compris les dimanches et les jours fériés.*

Ils garantissent aux patients qu'ils prennent en charge leur transfert, en cas de nécessité, dans un établissement de santé accueillant en permanence des patients dans les disciplines de médecine et de chirurgie.

Dans le cas où l'établissement d'hospitalisation à domicile ne relève pas d'un établissement comportant les disciplines susmentionnées, il est tenu de conclure une convention avec un autre établissement de santé doté de telles disciplines. ».

2.2 - Le Plan Alzheimer et sa déclinaison

- Plan Alzheimer 2008-2012.

- Circulaire n°291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer et notamment le cahier des charges pour la création d'un espace de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer.

- Circulaire n°195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan et notamment le cahier des charges annexé et la grille de sélection.

- Instruction interministérielle N°DGAS[18]/2C/DHOS[19]/DSS[20]/2010106 du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social du plan Alzheimer.

- Instruction DHOS du 23 février 2010 relative aux modalités de déploiement et de financement des Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) dans le secteur sanitaire.

- Circulaire DGCS[21] n°78 du 25 février 2010 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

- Circulaire n°177 du 31 mai 2010 relative à la campagne budgétaire 2010 des établissements de santé.

[18]DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
[19]DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
[20]DSS : Direction de la Sécurité Sociale
[21]DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

- Circulaire n° 179 du 31 mai 2010 relative à la campagne budgétaire Personnes Âgées / Personnes Handicapées (PA/PH) 2010 et fixant la nouvelle procédure de labellisation.

- Circulaire interministérielle n°12 du 13 janvier 2011 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer : déploiement des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA).

- Circulaire DGCS du 17 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 2).

- Circulaire n°103 du 17 mars 2011 relative à la répartition de la contribution de la CNSA au financement des ARS prévue au VI de l'article 85 de la LFSS[22] 2011.

- Circulaire DGCS n°110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 6).

- Circulaire n°160 du 29 avril 2011 relative à la campagne budgétaire PA/PH 2011.

- Circulaire DGCS n°261 du 30 juin 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012.

- Cahier des charges national – Mesure 1b du plan Alzheimer 2008-2012 – Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants familiaux.

- Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA ».

- Accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer : atteintes, freins, et facteurs de réussites, GERONTO-CLEF, mars 2010, étude financée par la CNSA.

2.3 - Références documentaires

Rapports des groupes de travail constitués dans le cadre du débat national sur la dépendance (21 juin 2011) :

- Rapport du groupe de travail n°1 « *Société et vieillissement* »
- Rapport du groupe de travail n°3 « *Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie* »

Rapports du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) :

- Rapport « *Assurance maladie et perte d'autonomie – Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées* », adopté le 23 juin 2011, p.131 : retour sur 6 affections qui touchent particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie (affections du système nerveux, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, maladies et troubles mentaux en médecine en médecine, de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif en médecine et chirurgie) ;
- Rapport « *Vieillissement, longévité et assurance maladie* », adopté le 22 avril 2010.

Conférence de presse du Conseil de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), « *Pour une politique de prévention au service de l'autonomie* », 27 avril 2011.

Rapport sur l'hospitalisation à domicile, IGAS[23], Novembre 2010.

[22] LFSS ; Loi de Financement de la Sécurité Sociale
[23] IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

Chapitre 2 : Diagnostic régional

Le diagnostic régional présenté ci-après a été conduit en étroite collaboration avec les services des conseils généraux.
Il s'appuie sur des données populationnelles de l'INSEE[24], sur un recensement de l'offre médico-sociale dans chacun des territoires infra-départementaux déterminés par les Conseils Généraux, ainsi que sur des auditions de professionnels et acteurs du secteur personnes âgées et des enquêtes ciblées, menées auprès de l'ensemble des établissements et services médico-sociaux de la région.

1- Une population Champardennaise vieillissante

1.1 - La population âgée en Champagne Ardenne

France			
	Sexe		
Age	Hommes	Femmes	Ensemble
75 ans et +	1 949 246	3 386 886	5 336 136
80 ans et +	1 020 038	2 049 276	3 069 316
100 ans ou +	2 243	12 638	14 881
Tous	30 786 479	32 813 977	63 600 455

Source : Insee, Recensement de la Population 2007 Population totale par sexe et âge

Champagne-Ardenne			
	Sexe		
Age	Hommes	Femmes	Ensemble
75 ans et +	40 966	73 156	114 122
80 ans et +	21 094	43965	65 059
100 ans ou +	81	386	467
Tous	652 781	686 709	1 339 490

Source : INSEE, Projection Omphale

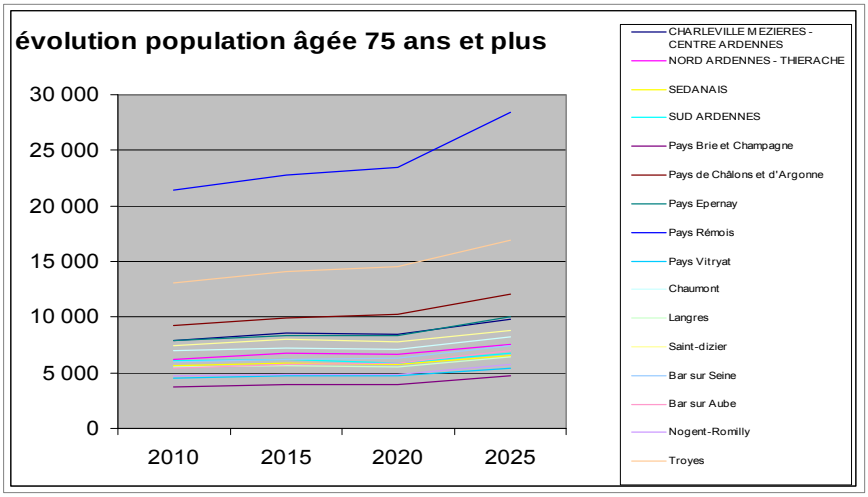
L'indice de vieillissement de la région Champagne-Ardenne est un peu supérieur à celui de la France (67,7 vs 67,4), avec de fortes disparités infra régionales : l'indice est de 84,4 dans la Haute-Marne, 72,2 dans l'Aube, 66,3 dans les Ardennes et de 61,1 dans la Marne.

4 personnes de plus de 85 ans sur 5 vivent à leur domicile, la moitié est seule et un tiers vit dans une commune rurale.

A l'horizon 2030, la population des personnes de 80 ans et plus devrait augmenter de 25%, soit une augmentation de près de 100 000 personnes. Cette évolution fait du maintien de l'autonomie de cette population, un enjeu majeur notamment lorsqu'elle vit à domicile

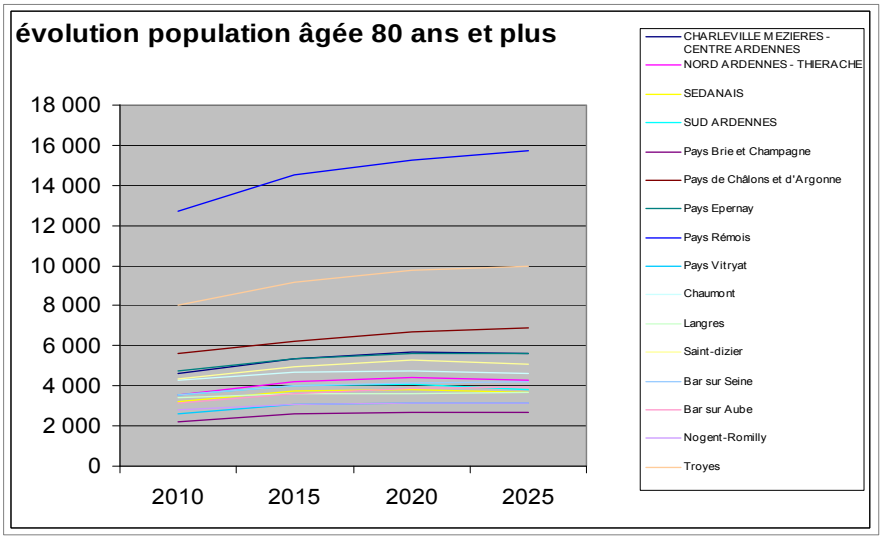
[24] INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Evolution de la population âgée de 75 ans et plus en Champagne-Ardenne entre 2010 et 2025



Source : INSEE – Omphale 2011

Evolution de la population âgée de 80 ans et plus en Champagne-Ardenne entre 2010 et 2025



Source : INSEE – Omphale 2011

1.2 - Evolution de la population de référence en EHPAD

EVOLUTION POPULATION HOMMES + 82 ans et FEMMES + 86 ans

		2010		2015		2020		2025	
		hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
08	Charleville-Mézières – Centre-Ardennes	999	1268	1286	1679	1479	1936	1486	2023
	Nord Ardennes - Thiérache	854	823	1071	1180	1174	1426	1134	1518
	Sedanais	763	843	922	1077	988	1244	1002	1288
	Sud Ardennes	868	896	1028	1212	1079	1415	1034	1437
10	Zone 1 Bar-sur-Seine	927	992	1090	1215	1178	1396	1234	1420
	Zone 2 Bar-sur-Aube	788	877	957	1117	1069	1320	1088	1374
	Zone 3 Romilly-sur-Seine	729	711	805	899	884	985	907	972
	Zone 4 Troyes et agglo	1864	2455	2183	3027	2394	3516	2586	3695
51	Pays Brie et Champagne	546	609	694	778	756	912	751	921
	Pays de Châlons et d'Argonne	1432	1520	1650	1915	1860	2198	1971	2281
	Pays Epernay	1041	1437	1212	1721	1302	1982	1339	2111
	Pays Rémois	2881	3744	3534	4673	3903	5216	4145	5467
	Pays Vitryat	640	654	804	890	881	1082	886	1094
52	Chaumont	1058	1255	1272	1402	1372	1534	1360	1538
	Langres	865	901	964	1145	978	1211	1002	1208
	Saint-Dizier	943	1154	1206	1481	1278	1761	1338	1831
Total		17198	20139	20678	25411	22575	29134	23263	30178

D'après l'enquête menée par le groupe projet auprès des EHPAD, l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 82 ans pour les hommes et de 86 ans pour les femmes.

Selon les projections de la population[25], le nombre de personnes âgées de plus de 82 ans (pour les hommes) et de plus de 86 ans (pour les femmes), ne cessera d'augmenter d'ici 2025.

Ainsi, de 2010 à 2015, la population masculine des personnes âgées va augmenter de 19,58 %, soit 3468 personnes et la population féminine des personnes âgées va augmenter de 26,6 %, soit 5554 personnes.

[25] *INSEE - Omphale 2010*

1.3 - Les revenus des Champardennais

Revenu net moyen par foyer fiscal en 2008

Dépt	Territoires des conseils généraux	Foyers fiscaux en 2008	Revenu net déclaré foyers fiscaux en 2008 (€)	Revenu net moyen par foyer fiscal en 2008 (€)
08	Charleville-Mézières – Centre-Ardennes	53 461	1 076 910 267	20 144
	Nord Ardennes - Thiérache	38 925	715 593 367	18 384
	Sedanais	34 378	627 601 379	18 256
	Sud Ardennes	32 471	638 932 432	19 677
10	Zone 1 Bar-sur-Seine	33 140	796 492 165	24 034
	Zone 2 Bar-sur-Aube	31 748	739 991 087	23 308
	Zone 3 Romilly-sur-Seine	26 348	537 870 866	20 414
	Zone 4 Troyes et agglo	79 187	1 617 606 291	20 428
51	Pays Brie et Champagne	19 849	457 485 157	23 048
	Pays de Châlons et d'Argonne	60 817	1 367 671 243	22 488
	Pays Epernay	46 483	1 347 681 822	28 993
	Pays Rémois	154 787	3 744 384 042	24 191
	Pays Vitryat	25 539	511 677 932	20 035
52	Chaumont	38 224	777 497 176	20 341
	Langres	26 614	520 713 847	19 565
	Saint-Dizier	41 844	771 058 087	18 427
Total		743 815	16 249 167 160	21 846

Source : INSEE, 2008[26].

En 2008, les revenus nets moyens par foyer fiscal variaient de 18.256 € à 28.993 €.

Le département des Ardennes enregistre les niveaux les plus modestes, suivi du département de la Haute-Marne.

Le niveau des revenus nets moyens est une donnée non négligeable au regard du reste à charge pour la personne âgée en établissement.

1.4 - Un manque de connaissance continu des besoins

Mieux connaître les besoins et leur évolution est une priorité pour l'ARS et ses partenaires. De cette connaissance découlera la capacité d'adaptation de la politique régionale en faveur des personnes âgées et par conséquent, une meilleure répartition et une optimisation de l'usage des ressources disponibles.

Certains conseils généraux ont organisé le recueil des données nécessaires à l'identification des besoins de la population des personnes âgées dans leurs départements respectifs, aussi bien en établissement qu'à domicile.
Ces données ne sont pas centralisées au niveau régional.

Au niveau de la prise en charge en institution médicalisée :

Il est nécessaire d'avoir une connaissance régulière des listes d'attente des aînés demandeurs d'une admission en EHPAD afin de contribuer à l'élaboration d'un diagnostic partagé sur la région Champagne-Ardenne et d'adapter l'offre aux besoins des territoires infra-départementaux.

[26] *La diffusion des données communales est soumise au respect des règles sur le secret statistique (moins de 11 foyers fiscaux imposés et /ou a un contribuable qui à lui seul représente 80% de l'impôt). Les données peuvent être manquantes soit parce que la commune a connu une modification territoriale, soit par application des règles du secret statistique. Le revenu net moyen par foyer fiscal pour chaque territoire des conseils généraux a été calculé à partir d'un agrégat de données communales, les communes couvertes par le secret statistiques ne sont donc pas prises en compte.*

Le groupe projet a cependant rencontré une difficulté lorsqu'il a souhaité établir un recensement exhaustif de ces listes d'attente. L'ensemble des départements ne disposant pas de données complètes et actualisées, un questionnement ponctuel et ciblé des EHPAD concernés s'est avéré nécessaire.

Cette démarche, qui reste ponctuelle car réalisée dans le cadre de l'élaboration du présent volet du SROMS, ne pourra se substituer à la mise en œuvre d'une coordination régionale, nécessaire à un suivi harmonisé et partagé des listes d'attente en EHPAD.

A ce jour, les CG de la Haute-Marne et des Ardennes réalisent ce suivi à l'aide de tableaux en consultant régulièrement les gestionnaires des EHPAD et en s'assurant, à travers une opération dite *"de dédoublonnage*", qu'une même personne n'ait été comptabilisée plus d'une fois.

Le Département de l'Aube a quant à lui mis en place une application Web, appelée «WEBEHPAD », qui permet aux gestionnaires de saisir les demandes d'admission. Ces données restent cependant déclaratives, donc incomplètes, et ne sont pas nécessairement "*dédoublonnées*".

Au niveau du maintien à domicile :

La Champagne-Ardenne est une région vaste, faiblement peuplée, avec une empreinte rurale et pour laquelle on constate un vieillissement de la population particulièrement marqué.

L'espérance de vie y est inférieure à celle observée dans le reste de la France

Unité - année	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
			Espérance de vie à la naissance au 1er janvier 2008			
Hommes	74,9	76,5	76,4	75,8	76,0	77,6
Femmes	82,5	83,9	83,9	82,8	83,5	84,4
			Espérance de vie à 60 ans au 1er janvier 2008			
Hommes	20,1	21,2	21,0	21,3	20,9	22,0
Femmes	25,7	26,5	26,6	25,8	26,3	26,9

Source : INSEE estimations de populations et statistiques de l'état civil.

Le territoire champardennais est totalement couvert par les SSIAD. Cependant, les listes d'attente et la lourdeur de certaines situations font que toutes les demandes ne peuvent pas être honorées dans un délai raisonnable.

Des interrogations sur les missions des SSIAD justifieraient la mise en œuvre d'une "vaste enquête d'adéquation", sur un principe d'échantillonnage, et de contrôle de leurs activités. Il s'agirait ainsi d'identifier les missions actuellement remplies par ces services afin :

- d'harmoniser leur fonctionnement ;
- de cerner les dysfonctionnements ;
- de déterminer si leur intervention est toujours adaptée ;
- et de leur permettre d'accomplir les missions qui leur sont dévolues.

Par ailleurs, il est prévu la mise en place d'un mode plus efficient d'allocation des ressources des SSIAD visant à garantir une prise en charge plus ajustée aux besoins des patients sur les territoires.

En effet, depuis 2007, une réflexion sur les modalités de tarification des SSIAD est engagée. Une étude sur les SSIAD et les déterminants de leurs coûts avait en effet fait apparaître que la tarification actuelle n'était pas ajustée aux besoins des patients et qu'elle n'incitait pas à l'intervention auprès des personnes qui nécessitent le plus une prise en charge coordonnée.

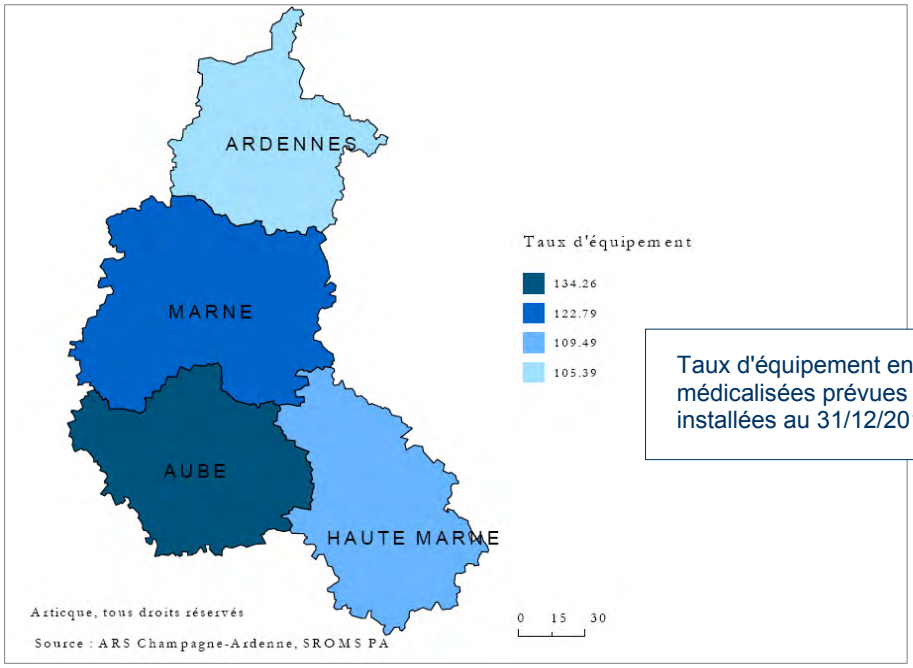
.

1.5 - Une offre médico-sociale inégalement répartie

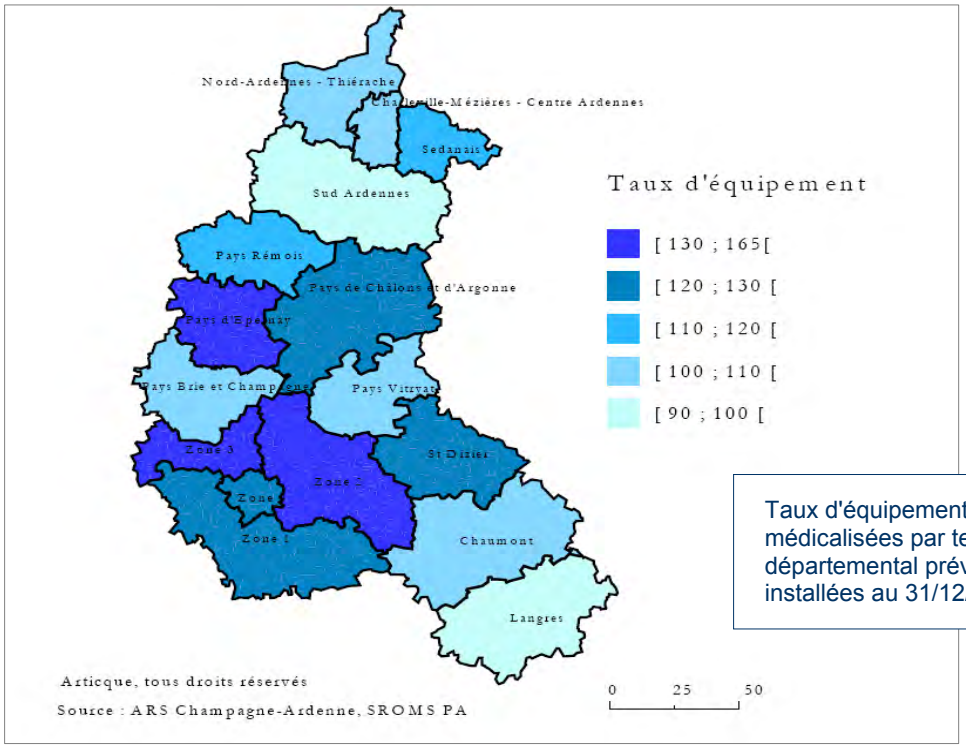
(capacités autorisées, source FINESS)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Etab d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)					
Nombre d'établissements,	26	43	48	22	**139**
Dont établissements avec unité Alzheimer identifiée	11	21	17	9	**58**
Nombre de places "personnes âgées dépendantes"	2329	3157	4692	1814	**11992**
Nombre de places en unité Alzheimer	179	321	434	177	**1111**
Total de places autorisées	2508	3478	5126	1991	**13103**
Unité de soins de longue durée (USLD)					
Nombre de places autorisées	138	170	240	107	**655**
Unité d'hébergement renforcée (UHR)					
Nombre de places autorisées	0	0	0	0	**0**
Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)					
Nombre d'établissements	0	0	0	1	**1**
Nombre de places	0	0	0	14	**14**
EHPA (non médicalisé : foyer-logement, maison de retraite, MARPA, PUV, ...)					
Nombre d'établissements	11	13	32	5	**61**
Nombre de places autorisées	400	487	2062	257	**3206**
Hébergement temporaire					
Nombre de places autorisées	41	33	94	37	**205**
Accueil de jour					
Nombre de places autorisées hors Alzheimer	0	0	4	5	**9**
Nombre de places autorisées identifiées Alzheimer	66	53	133	95	**347**
Nombre total de places autorisées	66	53	137	100	**356**
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)					
Nombre de SSIAD	6	8	16	12	**42**
Nombre de places autorisées (pour personnes âgées)	546	573	900	444	**2463**
Equipe spécialisée Alzheimer à domicile					
Nombre de SSIAD	0	1	1	1	**3**
Nombre de places	0	10	10	10	**30**

Le tableau ci-dessus présente l'intégralité de l'offre médico-sociale régionale. Toutefois, celle-ci est inégalement répartie, les cartes suivantes montrent des variations de taux d'équipement importantes selon que l'observation soit réalisée à un niveau départemental ou infra –départemental.



Taux d'équipement en places médicalisées prévues d'être installées au 31/12/2013



Taux d'équipement en places médicalisées par territoire infra-départemental prévues d'être installées au 31/12/2013

1.6 - Les places habilitées à l'aide sociale (HAS) départementale

Département	Capacité HAS au 31/12/2010	Capacité Installée au 31/12/2010	% des places habilitées à l'aide sociale
Ardennes	1984	2180	91,01%
Aube	2424	3180	76,23%
Marne	3815	4906	77,76%
Haute-Marne	1595	1672	95,39%

dont 69% sur zone Romilly-sur-Seine
dont 69% pays d'Epernay
et 73% pays Rémois

L'habilitation à l'aide sociale permet l'accessibilité de tout EHPAD, de statut public ou privé à but lucratif ou non aux personnes âgées aux revenus modestes.

Le pourcentage de places habilitées à l'aide sociale est particulièrement élevé dans les départements de la Haute-Marne et des Ardennes.

Ce taux est nettement inférieur dans les départements de l'Aube et de la Marne mais il s'agit des départements où les revenus nets moyens par foyer fiscal sont les plus élevés. Ces deux départements précisent cependant que l'offre en places habilitées à l'aide sociale est suffisante au regard de la mobilisation de ces places.

1.7 - Proportion des institutions médicalisées (EHPAD) et du maintien à domicile (SSIAD + Accueil de Jour (AJ) + Hébergement Temporaire (HT)) par rapport à l'offre globale

	ARDENNES		AUBE		MARNE		HTE MARNE		REGION	
PI EHPAD	2 508	79,52%	3 478	84,09%	5 126	82,15%	1 991	77,74%	13 103	81,43%
PI SSIAD	546	20,48%	573	15,91%	900	17,85%	444	22,26%	2 463	18,57%
PI AJ	59		55		120		92		326	
PI HT	41		30		94		34		199	
Total SSIAD+AJ+HT	646		658		1 114		570		2 988	
TOTAL	3 154	100%	4 136	100%	6 240	100%	2 561	100%	16 091	100%

Source : ARS OA/PA (liste des capacités autorisées au 31/10/2011)

1.8 - L'offre en hébergement

Département	Territoire	CAPACITES AUTORISEES						CAPACITES INSTALLEES au 31/12/2010						CAPACITES PREVUES D'ETRE INSTALLEES FIN 2013					
		HP[27] hors alzh	HP unités Alzh	total HP	HT	AJ hors Alzh	AJ Alzh	HP hors Alzh	HP unités Alzh	total HP	HT	AJ hors Alzh	AJ Alzh	HP Hors Alzh	HP Alzh	total HP	HT	AJ hors Alzh	AJ Alzh
Ardennes	**Sedanais**	552	29	581			8	571	15	586				550	29	579			9
	Nord Ardennes	548	63	611	16		20	425		425				548	63	611	16		26
	Centre Ardennes Charleville	737	55	792	19		23	650	18	668	11		12	706	55	761	19		23
	Sud Ardennes	630	32	662	6		8	493	8	501	2		4	525	32	557	6		8
	Total EHPAD + USLD[28]	**2467**	**179**	**2646**	**41**	**0**	**59**	**2139**	**41**	**2180**	**13**	**0**	**16**	**2329**	**179**	**2508**	**41**	**0**	**66**
	Total EHPA[29]	400		400	8			383		383	8			400		400	8		
Aube	**Zone 1 Bar-sur-Seine**	676	26	702	3		2	629	15	644	1			676	26	702	3		2
	Zone 2 Bar-sur-Aube	621	112	733	11		21	522	52	574	8		10	621	112	733	11		21
	Zone 3 Nogent-Romilly	720	36	756	1		3	700	11	711				720	36	756	1		3
	Zone 4 Troyes et agglo	1310	147	1457	15		29	1137	114	1251	9		18	1310	147	1457	15		29
	Total EHPAD + USLD	**3327**	**321**	**3648**	**30**	**0**	**55**	**2988**	**192**	**3180**	**18**	**0**	**28**	**3327**	**321**	**3648**	**30**	**0**	**55**
	Total EHPA	487		487				487		487				487		487			
Marne	**Chalons et Argonne**	1044	54	1098	7	4	29	1020	33	1053			24	1044	54	1098	7	4	30
	Epernay	1021	136	1157	24		14	892	121	1013	24		14	1021	136	1157	24		4
	Vitryat	360	77	437	11		18	323	49	372	2		6	360	77	437	11		18
	Brie et Champagne	364	20	384	5			341	20	361	2			341	20	361	5		
	Rémois	2143	147	2290	47		59	2068	39	2107	18		29	2132	147	2279	47		33
	Total EHPAD + USLD	**4932**	**434**	**5366**	**94**	**4**	**120**	**4644**	**262**	**4906**	**46**	**0**	**73**	**4898**	**434**	**5332**	**94**	**4**	**85**
	Total EHPA	1966	0	1966				1966	0	1966				1966	0	1966			
	Total PUV[30]	96	0	96				48	0	96				96	0	96			
Haute-Marne	**Chaumont**	580	82	662	9		30	433	50	483				580	82	662	9		34
	Langres	482	71	553	10	5	26	398		398				449	71	520	13	5	26

[27]HP : Hébergement Permanent
[28]USLD : Unité de Soins de Longue Durée
[29]EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
[30]PUV : Petite Unité de Vie

	Saint-Dizier	859	24	883	15		36	859	12	871				859	24	883	15		36
	Total EHPAD + USLD	**1921**	**177**	**2098**	**34**	**5**	**92**	**1690**	**62**	**1752**	**0**	**0**	**0**	**1888**	**177**	**2065**	**37**	**5**	**96**
	Total EHPA	257	0	257				257	0	257				257	0	257			
Total général EHPAD + USLD		**12647**	**1111**	**13758**	**199**	**9**	**326**	**11461**	**557**	**12018**	**77**	**0**	**117**	**12442**	**1111**	**13553**	**202**	**9**	**302**

Taux d'équipement en places médicalisées (EHPAD et USLD) au 31/12/2013 en Champagne-Ardenne

Note : les taux d'équipements prennent en compte les places en hébergement temporaire, hébergement permanent, et, lorsque que cela est mentionné (places Alzheimer incluses) hébergement permanent dédié aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Taux d'équipement par territoire infra-départemental
Territoire Sedanais (120,48)
Territoire Sud Ardennes (139,63)
Pays de Brie et Champagne (141,20)
Arrondissement de Chaumont (142,98)
Pays Vitryat (144,10)
Territoire Centre Ardennes (145,66)
Arrondissement de Langres (147,16)
Territoire Nord Ardennes (149,86)
Pays Rémois (155,68)
Zone 4 - Troyes et agglo (160,31)
Taux régional moyen (164,82)
Zone 1 Bar-sur-Seine (176,60)
Pays de Châlons et Argonne (176,72)
Arrondissement de St Dizier (177,72)
Zone 2 – Bar-sur-Aube (204,06)
Pays d'Epernay (221,99)
Zone 3 - Romilly-sur-Seine (247,95)

Département	Taux d'équipement
Ardennes	138,73
Haute-Marne	157,12
Marne	170,42
Aube	185,08

Population cible : taux d'équipement calculé pour 1000 personnes de 80 ans et plus, (*Insee, Omphale 2010*)

Avec pour seuls éléments de comparaison, les taux d'équipement, le département des Ardennes apparait comme étant le plus en retard en offre d'équipement.

Si l'on se réfère au découpage infra départemental, les seuls territoires infra-départementaux des Ardennes ne sont pas les seuls prioritaires puisque, notamment, le territoire de Brie et Champagne arrive en 3ème position.

Il est nécessaire d'utiliser d'autres critères pour affiner les besoins de chacun des territoires infra-départementaux.

1.9 - L'offre en services de soins infirmiers à domicile

Capacités autorisées et devant être installées d'ici le 31/12/2013

SSIAD	Villes	Capacités autorisées	Capacités installées au 31/12/2010	Capacités installées au 31/12/2013
Mutualité Française 08	Charleville-Mézières	175	175	
Résidence Val de Meuse	Givet	30	30	
ADMR	Rethel	66	66	
AASAD[31]	Revin	90	90	
Croix-Rouge Française	Sedan	100	100	
GHSA [32]	Vouziers	85	85	
TOTAL Ardennes		**546**	**546**	**0**
Maison de Retraite	Arcis-sur-Aube	46	46	
Cardinal de Loménie	Brienne-le-Chateau	25	25	
EHPAD	Chaource	30	30	
Centre Hospitalier	Romilly-sur-Seine	100	100	
ADMR	Troyes	194	194	
ASIMAT[33]	Troyes	125	125	
Mutualité Française Aube	Troyes	53	53	
TOTAL Aube		**573**	**573**	**0**
EHPAD	AY	30	30	
SSIAD AFR Chalons rural	Chalons en Champ	41	32	9
CCAS[34]	Chalons en Champ	81	81	
Croix-Rouge Française	Epernay	75	75	
AFR centre ouest marnais	Etoges	45	45	
Hôpital local	Fismes	51	39	12
Hôpital local	Montmirail	25	25	
ADMR	Reims	80	80	
Plateau des 3 piliers	Reims	35	35	
Association Soins Santé Orgeval	Reims	84	84	
Croix-Rouge Française	Reims	140	130	10
Chemin Vert et de l'Europe	Reims	42	42	
Centre Hospitalier	Sainte-Menehould	39	39	
Association Sud-ouest marnais	Sézanne	49	49	
AFR Sud-est Marnais	Vitry le François	47	47	
Centre Hospitalier	Vitry-le-François	36	36	
TOTAL Marne		**900**	**869**	**31**
EHPAD	Arc-en-Barrois	26	26	
Hôpital local	Bourbonne-les-Bains	39	39	
Centre Hospitalier	Chaumont	50	50	
EHPAD	Doulaincourt	40	40	
EHPAD	Fayl-Billot	27	27	
Hôpital local	Joinville	36	36	
Centre Hospitalier	Langres	34	34	
Hôpital local	Montier-en-Der	17	17	
Foyer club Le Lien	Nogent	39	39	
Centre Hospitalier	Saint-Dizier	61	61	
Les Violettes des Berges de la Meuse	Saint-Thiébault	42	39	3

[31]AASAD : Association Ardennaise de Soins A Domicile
[32]GHSA : Groupe Hospitalier Sud-Ardennes
[33]ASIMAT : Association Soins Infirmiers Ménagers Agglomération Troyes
[34]CCAS : Centre Communale d'Action Sociale

Hôpital local	Wassy	33	33	
TOTAL Haute-Marne		**444**	**441**	**3**
Total Champagne-Ardenne		**2463**	**2429**	**34**

Taux d'équipement en places de SSIAD autorisées

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Région
Nb de PA >75 ans	24159	27394	44426	19070	115049
Nb de places	546	570	900	444	2460
Taux d'équipement	22,60	20,81	20,26	23,28	21,38

Territoire d'intervention des SSIAD	Taux d'équipement	Territoire d'intervention des SSIAD	Taux d'équipement
Mutualité+ASIMAT Troyes	15,18	Croix Rouge Epernay	22,32
AFR Centre Ouest Marnais	15,19	Centre Hospitalier Vitry-le-François	22,67
CCAS Châlons	16,19	AFR Châlons Rural	22,83
AFR Sud Est Marnais	16,77	Romilly sur Seine	23,57
St Dizier	16,45	Centre Hospitalier Sainte Ménéhould	24,76
Langres	17,25	Montier en Der	25,22
Chaumont	18,12	Doulaincourt	26,58
Nogent	16,33	Givet	26,7
Charleville	18,21	Joinville	29,31
Maison de retraite Ay	18,71	Bourbonne-les-Bains	32,15
Sedan	19,33	Brienne	33,42
Agglo rémoise	19,52	Vouziers	34,12
Arc en Barrois	19,52	Wassy	34,66
ADMR Reims	20	Chaource	34,76
ADMR Aube	20,03	Hôpital de Montmirail	34,87
Fayl Billot	20,56	Revin	35,28
Rethel	20,57	HL Fismes	37,06
Sézanne	21,11	Arcis sur Aube	43,73
Région	**21,38**	St Thiebault	61,49
Population cible : Taux d'équipement calculé pour 1000 personnes de 75 ans et plus, Insee			

Les taux d'équipement, au niveau départemental, font apparaître la Marne comme présentant un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale.

Si l'on se réfère aux territoires d'intervention des SSIAD, l'agglomération troyenne apparaît comme étant majoritairement sous dotée.

Il est nécessaire d'utiliser d'autres critères pour affiner les besoins de chacun des territoires infra-départementaux.

2- La déclinaison régionale du Plan Alzheimer

2.1- Les structures de répit

2.1.1 - Les accueils de jour et hébergements temporaires (mesure n°1-a)

La maladie d'Alzheimer retentit sur la vie quotidienne et sociale des personnes malades et de leur entourage. En effet, aux troubles de la mémoire et de l'orientation s'ajoutent progressivement des atteintes des autres fonctions intellectuelles, des troubles de la personnalité et enfin l'apparition de troubles physiques qui entraînent une perte d'autonomie. La prise en charge repose alors essentiellement sur l'aidant principal.

La création de structures de répit et d'accompagnement vise à proposer une vie sociale à la personne malade au travers d'activités et de rencontres ;

- offrir à l'aidant un moment de répit indispensable à la poursuite de son accompagnement de la personne malade ;
- proposer un programme d'activités individualisées ayant pour but de maintenir l'autonomie de la personne pour réaliser les actes de la vie quotidienne.

La mesure 1 du plan Alzheimer vise à promouvoir le développement, sur chaque territoire, d'une palette diversifiée de structures de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants en leur garantissant l'accessibilité à ces structures.

L'Accueil de Jour (AJ) propose, dans un espace individualisé et distinct, une prise en charge à temps partiel et pour une durée limitée de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.
L'accueil de jour assure des activités encadrées par du personnel soignant permettant le développement de thérapies non médicamenteuses.

L'Hébergement Temporaire (HT) propose, au sein d'un EHPAD, une prise en charge à temps complet avec hébergement pour une durée limitée de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Le renforcement de l'offre en places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire doit répondre aux conditions suivantes :

- les places supplémentaires en AJ et HT seront créées prioritairement sur les territoires infra départementaux dont le taux d'équipement est inférieur à la moyenne régionale ;
- les capacités des accueils de jour devront répondre aux seuils minimaux arrêtés par le décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 [35] (6 places pour un AJ adossé à un EHPAD et 10 places pour un AJ autonome) ;
- les accueils de jour devront respecter le cahier des charges régional en cours d'élaboration ;
- les AJ devront intégrer les transports.

Depuis 2006, des financements ont été alloués par la CNSA pour permettre la création de places d'AJ et d'HT, ces places sont réparties de la façon suivante au niveau des territoires infra départementaux :

[35] Décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour.

SYNTHESE REGIONALE									
Département des Ardennes **PA + 75 ans : 24 159** **ALD 15 : 1 503**	**Nb ets**	**Capacité EHPAD**	**dont unités Alzheimer**	**Hbgt Temporaire**		**taux d'équipt/ pl autor**	**Accueil de Jour**		**taux d'équipt/ pl autor**
				pl autor	**pl instal**		**pl autor**	**pl instal**	
Territoire Sedanais	7	536	29	0	0	0	9	0	1,73
Territoire Nord Ardennes	9	611	63	16	0	2,76	26	7	4,48
Territoires Sud Ardennes	5	557	32	6	2	1,05	8	4	1,4
Territoire Centre Ardennes Charleville	7	696	55	19	11	2,55	23	18	3,09
TOTAL	**28**	**2 400**	**179**	**41**	**13**		**66**	**29**	
Taux d'équipement départemental				**1,70**			**2,73**		
Taux d'équipement ALD 15				**27,28**			**43,91**		
Département de l'Aube **PA + 75 ans : 27 394** **ALD 15 : 1 907**	**Nb ets**	**Capacité EHPAD**	**dont unités Alzheimer**	**Hbgt Temporaire**		**taux d'équipt/ pl autor**	**Accueil de Jour**		**taux d'équipt/ pl autor**
				pl autor	**pl instal**		**pl autor**	**pl instal**	
Zone 1	9	672	26	3	1	0,53	2	0	0,35
Zone 2	9	703	112	13	10	2,62	19	12	3,83
Zone 3	9	716	36	2	2	0,44	2	2	0,44
Zone 4	16	1 387	147	15	15	1,23	30	30	2,46
TOTAL	**43**	**3 478**	**321**	**33**	**28**		**53**	**44**	
Taux d'équipement départemental				**1,20**			**1,93**		
Taux d'équipement ALD 15				**17,30**			**27,79**		
Département de la Marne **PA + 75 ans : 44 142** **ALD 15 : 3 131**	**Nb ets**	**Capacité EHPAD**	**dont unités Alzheimer**	**Hbgt Temporaire**		**taux d'équipt/ pl autor**	**Accueil de Jour**		**taux d'équipt/ pl autor**
				pl autor	**pl instal**		**pl autor**	**pl instal**	
Pays de Châlons et d'Argonne	10	1 038	54	7	5	0,79	34	25	3,74
Pays de Brie et Champagne	4	361	20	5	2	1,47	0	0	0
Pays d'Epernay	9	1 127	136	24	24	3,14	18	14	1,83
Pays Vitryat	5	437	77	11	2	2,57	18	6	4,21
Pays Rémois	20	2 129	147	47	18	2,35	63	33	2,96
TOTAL	**48**	**5 092**	**434**	**94**	**51**		**133**	**78**	
Taux d'équipement départemental				**2,13**			**3,01**		
Taux d'équipement ALD 15				**30,02**			**42,48**		
Département de la Haute Marne **PA + 75 ans : 19 070** **ALD 15 : 1 142**	**Nb ets**	**Capacité EHPAD**	**dont unités Alzheimer**	**Hbgt Temporaire**		**taux d'équipt/ pl autor**	**Accueil de Jour**		**taux d'équipt/ pl autor**
				pl autor	**pl instal**		**pl autor**	**pl instal**	
Arrondissement de Chaumont	8	622	82	9	4	1,35	29	24	4,21
Arrondissement de Langres	5	488	71	13	2	1,87	30	5	4,29
Arrondissement de Saint-Dizier	9	848	24	15	13	2,12	36	36	5,09
TOTAL	**22**	**1 958**	**177**	**37**	**19**		**95**	**65**	
Taux d'équipement départemental				**1,94**			**4,98**		
Taux d'équipement ALD 15				**32,40**			**83,19**		
Région **PA + 75 ans : 114 765** **ALD 15 : 7 683**	**Nb ets**	**Capacité EHPAD**	**dont unités Alzheimer**	**Hbgt Temporaire**			**Accueil de Jour**		
				pl autor	**pl instal**		**pl autor**	**pl instal**	
Département des Ardennes	28	2 400	179	41	13		66	29	
Taux d'équipement Ardennes				1,70			2,73		
Taux d'équipement ALD 15 Ardennes				27,28			43,91		
Département de l'Aube	43	3 478	321	33	28		53	44	
Taux d'équipement Aube				1,20			1,93		
Taux d'équipement ALD 15 Aube				17,3			27,79		
Département de la Marne	48	5 092	434	94	51		133	78	
Taux d'équipement Marne				2,13			3,01		
Taux d'équipement ALD 15 Marne				30,02			42,48		
Département de la Hte Marne	22	1 958	177	37	19		95	65	
Taux d'équipement Hte Marne				1,94			4,98		
Taux d'équipement ALD 15 Hte Marne				32,40			83,19		
TOTAL	**141**	**12 928**	**1 111**	**205**	**111**		**330**	**216**	
Taux d'équipement régional				**1,79**			**3,02**		
Taux d'équipement ALD 15				**26,68**			**45,16**		

(Capacités autorisées et prévues d'être installées d'ici fin 2013)

2.2.2 - Les plateformes de répit (mesure n°1-b)

La principale conséquence de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée est une détérioration de l'état de santé des proches et une perte majeure de qualité de vie. Plus de 70% des aidants passent plus de six heures par jour à prendre en charge le malade alors qu'une partie d'entre eux a encore une activité professionnelle.

L'un des axes forts du plan Alzheimer 2008-2012 consiste précisément à apporter un soutien accru aux aidants familiaux. La mesure 1 du plan a pour objectif d'offrir « *sur chaque territoire une palette diversifiée de dispositifs de répit correspondant aux besoins et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à ces structures* [36] ».

Toutefois si le besoin de répit s'est imposé comme une évidence, le « répit", lorsqu'il ne consiste qu'en un accueil de la personne malade en AJ, en HT, en institution ou à l'hôpital, n'a pas fait la preuve de son efficacité, sur le fardeau, la dépression, l'anxiété et la santé en général de l'aidant.

Il convient donc d'associer l'accueil de la personne malade à des interventions multidimensionnelles comprenant soutien, conseil, éducation et information. C'est le rôle des plateformes d'accompagnement et de répit.

La plate-forme d'accompagnement et de répit s'appuie sur un AJ de 10 places (autonome ou adossé à un EHPAD, bien implanté sur le territoire et travaillant en réseau avec les partenaires du domicile et du soin). Celle-ci doit intégrer dans son projet de service des activités organisées ainsi qu'un soutien psychosocial pour rendre les personnes malades et leurs aidants conscients et informés de la maladie, des soins, de l'organisation et des comportements liés à la santé et à la maladie.

La plate-forme doit remplir plusieurs missions :
- une mission de communication auprès des partenaires :
- une mission d'écoute et de soutien auprès des aidants ;
- une mission de répit à domicile ;
- une mission auprès du couple aidant/aidé.

La région Champagne-Ardenne étant découpée en 16 territoires infra départementaux, il serait nécessaire de prévoir une plateforme sur chaque territoire mentionné dans le tableau infra.

La plateforme de répit doit toutefois être adossée à un AJ de 10 places. Il convient en conséquence d'identifier les AJ de 10 places ou susceptibles de pouvoir être portés à 10 places par extension non importante.

Ces AJ se répartissent de la manière suivante sur les 16 territoires infra-départementaux de la région :

REPARTITION DES AJ AUTORISES DE PLUS DE 8 PLACES

Département	Etablissement	pl autor	pl instal
Ardennes			
Territoire Sedanais			
Territoire Nord Ardennes	Val de Meuse Givet	10	7
Territoire Sud Ardennes			
Territoire Centre Ardennes Charleville	Grandes Terres Charleville	12	12
Aube			
Zone 1 Bar sur Seine			
Zone 2 Bar sur Aube			
Zone 3 Romilly sur Seine			
Zone 4 Troyes	La Roseraie Bréviandes	8	8
	ASIMAT St André les Vergers	8	8

[36] Plan Alzheimer 2008 – 2012, Mesure n°1 : Développement et diversification des structures de répit, p.14.

Marne			
Pays de Châlons et d'Argonne	RPA Sarrail Châlons	10	10
	R du Parc St Germain la ville	9	9
Pays de Brie et Champagne			
Pays d'Epernay	les 3 Roses Epernay	8	8
Pays Vitryat	Villa Beausoleil Loisy	10	0
Pays Rémois	Wilson CHU Reims	15	15
	Les Parentèles Reims	12	0
	La Montagne de Reims Villers Allerand	14	6
Haute Marne			
Arrondissement de Chaumont	Arc en Barrois	8	8
	CHHM Chaumont	9	8
Arrondissement de Langres	EHPAD CH Bourbonne	10	5
	EHPAD CH Langres	8	0
Arrondissement de Saint-Dizier	CHHM St Dizier	10	10
	EHPAD CH Wassy	8	8

2.2.3 - Formation des aidants (mesure n°2) :

Une des conséquences majeure de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées est souvent, pour les aidants, une perturbation forte de leur vie quotidienne, une souffrance psychologique et une dégradation de leur état de santé. La prise en charge quotidienne des personnes malades est d'autant plus difficile pour les aidants qu'ils n'y ont jamais été formés. Les effacements de la mémoire, les troubles du comportement, les accès de violence sont autant de symptômes que l'aidant ne connaît pas et qu'il ne peut anticiper. De la même façon, il ignore tout des comportements adaptés qui permettront de limiter, autant que faire se peut, certains impacts de la maladie. Il convient donc d'offrir aux familles qui accompagnent un parent atteint d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, des connaissances, en leur apportant des outils essentiels de compréhension, des difficultés du malade, à l'adaptation de l'environnement et au maintien de la relation.

Deux jours de formation (soit 14 heures) sont ainsi proposés à chaque aidant familial.

La formation comprend cinq modules : connaître la maladie d'Alzheimer, les aides, l'accompagnement, communiquer et comprendre, et être l'aidant familial.
L'association France Alzheimer a signé le 24 novembre 2009 une convention avec la CNSA afin d'assurer une première phase de déploiement de ces formations.
L'intervention d'autres opérateurs sera toutefois nécessaire pour pouvoir poursuivre la mise en œuvre de cette mesure et en favoriser l'accès à l'ensemble des aidants familiaux.

Compte tenu de la répartition des 2 500 actions de formation établie au niveau national, au regard du nombre de personnes recensées et/ou traitées en Affection de Longue Durée (ALD) 15[37], la région Champagne-Ardenne peut mettre en place 53 actions d'information et de sensibilisation.

Déclinée au niveau départemental, cette répartition permet d'organiser :
- 10 actions de formation dans les Ardennes ;
- 13 actions de formation dans l'Aube ;
- 22 actions de formation dans la Marne ;
- 8 actions de formation dans la Haute-Marne.

2.2.4 - Les Equipes Spécialisées Alzheimer à Domicile (ESAD) (mesure n°6)

Seules 40% des personnes présentant une atteinte modérée de la maladie vivent à domicile, la maladie d'Alzheimer constituant la principale cause d'entrée en institution.

Actuellement la prise en charge à domicile est trop souvent limitée à des soins du type *nursing* et les personnels intervenant ne sont pas toujours formés à la prise en charge des troubles cognitifs. Or, les

[37]ALD 15 : « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées »

mauvaises pratiques de soins ou de prise en charge peuvent être délétères et accélérer l'évolution de la maladie.

L'équipe spécialisée vise à améliorer ou à préserver l'autonomie de la personne dans les activités de la vie quotidienne par l'apprentissage de stratégies de compensation, l'amélioration de la relation patient-aidant et une adaptation de l'environnement.
Elle s'adresse prioritairement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées diagnostiquées à un stade léger ou modéré de la maladie.
Elle intervient sur prescription médicale (12 à 15 séances) établie par le médecin neurologue, le médecin de la consultation mémoire ou le médecin traitant.

L'ESAD de 10 places peut être porté par un SSIAD de 60 places ou par une structure membre d'une coopération formalisée : SPASAD[38] (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile), GCSMS[39] ou regroupement fédéral, intégrant une capacité minimale de 60 places de SSIAD.

L'équipe est composée de 0,25 ETP[40] d'infirmier coordonnateur, d'1 ETP d'ergothérapeute ou psychomotricien et d'1,5 ETP d'assistant de soins en gérontologie.

Les soins de réhabilitation et d'accompagnement s'appuient sur la mise en situation d'activités thérapeutiques en rapport avec les situations de la vie quotidienne et d'entraînement dans des activités créatrices, d'expression ou des activités de la vie quotidienne.

La circulaire DGCS n°110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 6) détermine – en fonction du nombre total de malades en ALD 15 et/ou traités par un médicament spécifique de la maladie d'Alzheimer en 2007[41] – le nombre d'ESAD nécessaires dans chaque département à échéance 2012.

Ainsi convient-il de créer 10 ESAD en Champagne-Ardenne.

2.2 - La prise en charge en établissement

2.2.1 - La création des Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) (mesure n°16)

Le plan Alzheimer 2008-2012 a l'ambition de créer une filière d'accompagnement global des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Cette filière permettra aux malades et à leurs proches de bénéficier de manière coordonnée d'un ensemble de prestations adaptées à l'évolution de la maladie en s'appuyant notamment sur les SSIAD, les plateformes d'accompagnement et de répit, les MAIA et les EHPAD articulés à des équipes plus spécialisées.

Au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer apparaissent des symptômes psychologiques et comportementaux ou des troubles du comportement. Il peut s'agir d'apathie ou d'agressivité, de comportements d'errance ou d'agitation. Ces troubles sont très importants dans la maladie d'Alzheimer par leur retentissement sur les personnes et leur entourage.

En conséquence, il convient d'adapter l'accueil des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées présentant des troubles sévères du comportement afin d'obtenir une meilleure qualité de vie des personnes et de leur entourage.
Une étude hollandaise récente a permis de démontrer que si, sur un échantillon de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, 80% présentent des troubles du comportement, seuls 10% de ces 80% correspondent à des troubles caractérisés comme sévères.

[38]SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
[39]GCSMS : Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
[40]ETP : Equivalent Temps Plein
[41] Pour les trois principaux régimes d'assurance maladie que sont la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI).

La mesure 16 du plan Alzheimer prévoit la création d'Unités d'Hébergement Renforcées (UHR), lieux de vie et de soins de 12 à 14 places en EHPAD pouvant aller jusqu'à 20 places en USLD.
Ces petites unités fonctionnent jour et nuit et proposent sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères pouvant altérer la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.
L'UHR est un hébergement séquentiel qui accueille des personnes venant du domicile, de l'USLD ou de l'EHPAD dans lequel est située l'UHR, ou d'un autre établissement.

L'instruction interministérielle du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social du plan Alzheimer 2008-2012[42] détermine – en fonction du nombre total de malades en ALD 15 et/ou traités par un médicament spécifique de la maladie d'Alzheimer en 2007[43] – le nombre d'UHR nécessaires dans chaque département à échéance 2012.

Cette répartition a été réalisée sur la base des données fournies par l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS).

Ainsi convient-il de créer 7 UHR en Champagne-Ardenne, réparties comme suit au niveau de chaque département.

Région / Départements	Total malades en ALD15 et/ou traités année 2007	% d'ALD par département en % du total France	Nombre d'UHR échéance 2012
08 Ardennes	1 503	0,41%	1
10 Aube	1 907	0,52%	2
51 Marne	3 131	0,86%	3
52 Haute Marne	1 142	0,31%	1
Total Champagne-Ardenne	7 683	2,10%	7

Par ailleurs l'instruction interministérielle du 7 janvier 2010 précise qu'il a été convenu que 2/3 des places d'UHR seraient localisées dans les USLD et 1/3 dans les EHPAD.
En conséquence, les 7 UHR à mettre en place en Champagne Ardenne se répartissent en 4 UHR en USLD et 3 en EHPAD.

La mise en œuvre d'une UHR peut être réalisée par transformation ou extension de places pour les EHPAD, et uniquement par transformation de places pour les USLD.

Le cahier des charges précise notamment les conditions architecturales de l'unité, la qualification du personnel et l'obligation de partenariat avec une équipe psychiatrique publique.

2.2.2 - La création de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) (mesure n°16)

Au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer apparaissent des symptômes psychologiques et comportementaux ou troubles du comportement. Il peut s'agir d'apathie ou d'agressivité, de comportements d'errance ou d'agitation. Ces troubles sont très importants dans la maladie d'Alzheimer par leur retentissement sur les personnes et leur entourage et constituent la principale difficulté rencontrée par les professionnels en EHPAD.

En conséquence, il convient de développer une prise en charge adaptée, au sein des EHPAD, des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées présentant des troubles modérés du comportement afin d'obtenir une réduction de 20% des troubles du comportement ainsi qu'une moindre utilisation des psychotropes sédatifs et de la contention.

[42]Instruction interministérielle N°DGAS/2CIDHOSIDSS/2010106 du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social du plan Alzheimer
[43]Pour les trois principaux régimes d'assurance maladie que sont la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI).

La mesure 16 du plan Alzheimer prévoit la création de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), lieux de vie accueillant 5 jours/7 et selon les besoins des personnes, 12 à 14 résidents de l'EHPAD.
Ces pôles proposent, pendant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents ayant des troubles du comportement modérés.
Le PASA n'a pas vocation au recrutement extérieur et ne peut être intégré dans une unité Alzheimer identifiée car il doit permettre l'accueil de l'ensemble des résidents de l'EHPAD.

L'instruction interministérielle du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social du plan Alzheimer 2008-2012[44] détermine – en fonction du nombre total de malades en ALD 15 et/ou traités par un médicament spécifique de la maladie d'Alzheimer en 2007[45] – le nombre de PASA nécessaires dans chaque département à échéance 2012.

Cette répartition a été réalisée sur la base des données fournies par l'InVS.

Il convient ainsi de créer 37 PASA en Champagne-Ardenne, répartis comme suit au niveau de chaque département.

Régions / Départements	Total malades en ALD15 et/ou traités année 2007	% d'ALD par département en % du total France	Nombre de PASA échéance 2012
8 Ardennes	1 503	0,41%	7
10 Aube	1 907	0,52%	9
51 Marne	3 131	0,86%	15
1.3			
52 Haute Marne	1 142	0,31%	6
Total Champagne-Ardenne	7 683	2,10%	37

Les PASA ont vocation à s'implanter uniquement dans les EHPAD.

Le cahier des charges précise notamment les conditions architecturales du pôle et la qualification du personnel.

Les 37 PASA à mettre en œuvre bénéficient d'un financement spécifique correspondant à un surcoût à la place de 4 557 €. Il est toutefois possible de créer d'autres PASA qui seraient financés dans le cadre de la convergence tarifaire.

2.2.3 - La prise en charge des personnes âgées de moins de 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer (mesures n°18 et 19)

En France, on recense un peu moins de 8 000 personnes de moins de 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer.
La prévalence de la maladie d'Alzheimer de survenue précoce est mal connue mais les problématiques spécifiques liées à cette maladie chez des personnes jeunes peuvent être identifiées :

- diagnostic tardif ;
- difficultés majeures dans le travail et dans la vie familiale, qui s'aggravent progressivement et entraînent de lourdes conséquences, en l'absence de prise en charge adaptée et précoce ;
- manifestations de désespoir et d'isolement social des personnes atteintes et des proches nécessitant un accompagnement particulier ;
- absence d'unités médicalisées dédiées quand la perte d'autonomie ne permet plus le maintien à domicile.

[44] Instruction interministérielle N°DGAS/2CIDHOSIDSS/2010106 du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social du plan Alzheimer
[45] Pour les trois principaux régimes d'assurance maladie que sont la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI).

La mesure 19 prévoit l'identification au sein d'un Centre Mémoire de Ressource et de Recherche (CMRR) d'un « centre de référence pour les malades Alzheimer jeunes ». Il s'agit d'un centre multisites coordonné par le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) de Lille-Bailleul du CHRU de Lille, et incluant les CMRR de l' Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) Ile-de-France Pitié-Salpêtrière et du CHU de Rouen labellisé en mars 2009.

Il dispose de référents dans chaque région.

Ce centre a pour objectif de développer les connaissances et d'organiser, à travers plusieurs actions, la prise en charge dans le domaine de la maladie d'Alzheimer à début précoce :

- améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades sur l'ensemble de l'Hexagone, en lien avec les structures de soins existantes, ainsi que de former les professionnels de santé et partenaires sociaux impliqués ;
- mettre en place un suivi épidémiologique grâce à des groupes de patients volontaires permettant de faire avancer les projets de recherche (génétique, métabolique, thérapeutique) ;
- améliorer l'information auprès des malades et de leurs proches.

Une enquête a été diligentée auprès du centre national de référence et de la Fondation Médéric Alzheimer pour identifier le nombre de patients jeunes atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées vivant dans des structures collectives (pour personnes âgées, pour adultes handicapés ou services psychiatriques).

Parallèlement, le centre de référence a réalisé une étude pour déterminer leurs besoins et ceux des familles.

A l'issue des résultats de ces enquêtes, des unités spécifiquement dédiées aux patients jeunes seront créées dans des établissements de référence conformément à la mesure 18 du plan Alzheimer.

2.2.4 - La création d'un Espace de Réflexion Ethique sur la Maladie d'Alzheimer (EREMA)

Dans la maladie d'Alzheimer, la dimension éthique de la prise en charge est présente durant toute la maladie, du diagnostic à la fin de vie. Il s'agit d'accompagner et de considérer la personne malade, quel que soit le degré d'atteinte de la maladie, en tant que personne humaine.
L'espace éthique est actuellement porté par l'AP-HP.

2.2.5 - La simplification du parcours des personnes Alzheimer et de leurs aidants : création des MAIA (mesure n°4)

Le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit le développement des MAIA pour permettre d'améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et des personnes en perte d'autonomie. Il s'agit de mettre fin aux difficultés rencontrées par les malades et leurs familles face à une multitude de services présents sur les territoires mais insuffisamment articulés et n'aboutissant pas à une prise en charge coordonnée.

La MAIA n'est pas une nouvelle structure, ne se substituant pas à l'existant. Elle s'intègre à la structure la mieux placée pour travailler à la structuration d'un travail en mode intégré.

Le dispositif MAIA permet à partir d' une structure existante (d'accueil, d'orientation, de coordination) de construire, avec les partenaires institutionnels et les professionnels d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial. Les MAIA décloisonnent le secteur médico-social et le secteur sanitaire et organisent leur coopération, afin que tous les partenaires recensés sur un territoire partagent des référentiels et qu'ils aient des pratiques communes.

Un dispositif MAIA se développe sur un territoire défini et compatible avec le Projet Régional de Santé (PRS). Il doit respecter les contours des territoires de santé afin d'assurer la cohérence des actions de proximité. Le territoire MAIA est un territoire de proximité de taille infra-départementale.

La région Champagne-Ardenne est découpée en 16 territoires infra départementaux.
Il serait en conséquence intéressant de prévoir une MAIA sur chaque territoire mentionné dans le tableau infra.

Territoire	Nombre d'habitants	Territoire	Nombre d'habitants
Rémois	21 425	Sud Ardennes	6 047
zone 4 (Troyes)	13 088	zone 1(Bar/Seine)	5 930
Châlons et Argonne	8 866	Sedanais	5 647
Epernay	7 938	Langres	5 473
Centre Ardennes Charleville	7 937	zone 2 (Bar/Aube)	5 365
St Dizier	7 480	zone 3 (Nogent-Romilly)	4 692
Chaumont	7 227	Vitryat	4 545
Nord Ardennes	6 255	Brie et Champagne	3 759

Toutefois la population âgée de plus de 75 ans en 2010 n'étant pas également répartie entre ces territoires, Il conviendra de coupler l'approche par territoire à une approche populationnelle.

On retiendra donc *a minima* une MAIA par département et au mieux une MAIA par territoire dont la population âgée de plus de 75 ans est supérieure à 10 000 personnes. Certains territoires seront donc regroupés pour atteindre ce seuil, ce qui conduirait à 9 MAIA.

Il est précisé qu'une MAIA est constituée d'un pilote qui effectue le travail d'intégration et d'au moins 2 à 3 gestionnaires de cas qui prennent en charge des cas particuliers. Il est donc tout à fait envisageable de regrouper 2 territoires qui pourront disposer chacun d'au moins un gestionnaire de cas.

3- La qualité de la prise en charge et la coordination

3.1 - Les risques de dégradation de l'autonomie

Les éléments concourant à la qualité de vie de la personne accueillie en EHPAD se situent à quatre niveaux distincts et complémentaires :

- **l'accueil dans l'établissement et la construction du projet personnalisé ;**
- **l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne ;**
- **la vie sociale des résidents ;**
- **les interactions entre l'état de santé et la qualité de vie.**

Chacun de ces niveaux fait ou fera l'objet d'une recommandation de bonnes pratiques professionnelles établies par l'ANESM.

3.2 - Les soins bucco-dentaires en EHPAD

Les personnes vivant en EHPAD doivent bénéficier d'un égal accès aux soins bucco-dentaire.

Outre l'aspect médical, la santé orale constitue une composante de la bien-traitance de la personne humaine.

Le vieillissement entraîne des modifications physiologiques qui favorisent l'exposition des personnes âgées à un risque majorée de pathologies orales. De plus, les comorbidités, les traitements médicamenteux associés et la dépendance constituent des facteurs de risques aggravants.

Les pathologies bucco-dentaires peuvent générer :

- des infections locorégionales, à distance ou des septicémies (à l'issue parfois fatale) ;
- des douleurs d'intensité modérée à rapidement très élevée ;
- des troubles fonctionnels (salivation, mastication, déglutition, phonation) ;
- des troubles relationnels.

Ainsi l'édentement et la douleur obèrent la relation à autrui et favorisent l'isolement et la perte de fonctions cognitives. Les affections orales peuvent aggraver les conséquences de pathologies systémiques existantes (cardiopathies, pneumopathies…).
Les pathologies bucco-dentaires participent aux processus d'apparition et d'aggravation de la dénutrition, fréquente en institution. La dénutrition est un facteur favorisant majeur du risque de chute dont les conséquences fatales à court terme sont fréquentes (1/3 des cas).
En dépit de la bonne volonté des personnels, divers facteurs (culturels, socio économiques, organisationnels ….) expliquent les difficultés de la prise en charge de la santé bucco-dentaire en EHPAD. L'importance de l'hygiène quotidienne et de la recherche des signes d'alerte est fréquemment sous-estimée. Les projets de vie des résidents en EHPAD devraient inclure un volet de médecine bucco-dentaire (précisant les pratiques d'hygiène quotidienne et d'accès aux soins). Il conviendrait notamment d'instaurer des examens bucco-dentaires en EHPAD.

3.3 - Les troubles de l'audition

Le processus de vieillissement naturel de l'oreille interne conduit à une « presbyacousie » caractérisée par une diminution de la perception des sons aigus qui permettent une bonne perception des mots.

Avec le temps, la presbyacousie s'intensifie et touche des sons de plus en plus graves. La capacité à suivre une conversation devient très limitée. Si des mesures de traitement ne sont pas mises en place rapidement, la personne qui souffre de presbyacousie va progressivement s'isoler pour ne pas être

confrontée à ses troubles auditifs. Elle va se replier sur elle-même, y compris au sein de sa famille. Petit à petit, des symptômes dépressifs et une désocialisation peuvent s'installer qui vont nuire gravement à la qualité de vie de la personne âgée. Une étude conduite en 2008 par le Groupe de recherche Alzheimer Presbyacousie (GRAP), semble indiquer que 20 % des personnes âgées atteintes de troubles de l'audition souffrent de symptômes dépressifs.

Les personnes ne souffrant pas de la maladie d'Alzheimer peuvent tarder avant de consulter un médecin spécialiste de l'audition, se contentant de faire répéter les mots à leur entourage. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vont quant à elles très vite aggraver leurs difficultés de communication, en raison de la combinaison d'une audition altérée et d'une compréhension cérébrale déficiente.

De plus, les personnes dont les troubles auditifs sont pris en charge précocement ont plus de facilité à s'adapter au port de prothèses auditives. En effet, ces aides techniques demandent une phase d'adaptation (le son amplifié perturbe la reconnaissance des sons) qui est plus courte et plus efficace lorsque l'audition est modérément diminuée. Lorsque la presbyacousie est trop importante, la phase d'adaptation est longue et difficile et les personnes âgées finissent par laisser leur prothèse auditive « dans le tiroir ».

L'idéal serait de faciliter l'accès aux examens audiométriques aux résidents des EHPAD,dès lors qu'une hypoacousie est suspectée ou une prothèse auditive abandonnée.

3.4 - La déficience visuelle chez les personnes âgées

La déficience visuelle chez la personne âgée peut avoir plusieurs origines :

2. **La presbytie** : elle se traduit par une incapacité à déchiffrer des petits caractères et à lire si la lumière est insuffisante. Le sujet éloignera son livre afin de distinguer les lettres ou s'écartera de l'ordinateur pour la même raison. Ce phénomène concerne tout le monde à partir de 45 ans.
3. **Les cataractes** : il s'agit d'une opacification du cristallin, qui brouille la vue et gêne la reconnaissance des objets et des personnes. Ce trouble de la vision est accentué par l'exposition de la personne à la lumière.
4. **La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA)** : la DMLA est une maladie de la rétine qui apparaît entre 50 et 65 ans et réduit nettement les capacités visuelles.
5. **Le glaucome :** consiste en une hypertension intraoculaire qui atteint le nerf optique et provoque un rétrécissement du champ visuel.
6. **La rétinopathie diabétique :** survient dans le cas d'un diabète. Un taux trop élevé de sucre dans le sang détériore les vaisseaux sanguins de la rétine, qui entraîne une perte progressive de la vue.

Les personnes âgées qui souffrent de troubles de la vue, peuvent s'en rendre compte seules et demander d'elles-mêmes des examens plus approfondis, mais toutes ne le font pas. En effet, jusqu'à un tiers des seniors souffre d'une perte visuelle grave non diagnostiquée et 27 % d'entre eux portent des verres de correction inadéquats.

Il existe plusieurs examens que les médecins prescrivent de plus en plus aux personnes âgées présentant des symptômes, même légers, de déficience visuelle.

7. **L'optotype**, est un assemblage de figures, chiffres ou lettres permettant de mesurer l'acuité visuelle.
8. **L'examen du fond de l'œil**, permet d'observer la rétine, ses vaisseaux, la tête du nerf optique et la macula et d'ainsi dépister une inflammation, une tumeur ou un décollement de la rétine.
9. **La tonométrie**, est la mesure de la pression intraoculaire qui permet de dépister un glaucome.

Un traitement précoce aide à améliorer la rétinopathie diabétique, le glaucome, et un certain type de dégénérescence maculaire liée à l'âge.

L'idéal serait donc de faciliter l'accès aux examens ophtalmologiques pour proposer les soins ou solutions techniques aux résidents en EHPAD souffrant de troubles de la vue.

3.5 - L'iatrogénie médicamenteuse

Trois dérives sont à éviter en matière de médication des personnes âgées : les abus de traitement ; les médicaments dont les risques dépassent les bénéfices ; l'insuffisance de prescription de certaines classes médicamenteuses dont l'efficacité est pourtant démontrée en termes de qualité de vie et/ou de morbi-mortalité. Ces dérives sont particulièrement délétères pour les populations fragilisées vivant en EHPAD. Les effets iatrogènes des médicaments seraient à l'origine de 20% des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans. La Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a d'ailleurs inscrit comme objectif, en matière d'amélioration de l'état de santé des personnes âgées, la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées.

L'augmentation de l'iatrogénie médicamenteuse avec l'âge dépend essentiellement de l'augmentation du nombre de lignes de prescription (qui lui-même dépend de la poly pathologie) et de la prescription de médicaments inadaptés à la situation. La réduction de la polymédication, en s'attaquant aux médicaments les moins utiles ou les plus risqués, est donc un axe essentiel dans la définition des actions de prévention de l'iatrogénèse.

3.6 - Les défaillances de coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social

La demande de soins des personnes âgées est le moment où se révèlent les défaillances de la coordination qui devrait s'exercer entre les secteurs sanitaire et médico-social.
Les défaillances de la coordination qui devrait s'exercer entre les secteurs sanitaire et médico-social se révèlent au moment où surviennent les besoins de soins des personnes âgées.

Les rédacteurs du rapport du groupe « *Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie* » constitué dans le cadre du débat national sur la dépendance indiquent que :
« *Les personnes âgées sont proportionnellement plus souvent atteintes de polypathologies chroniques, ce qui implique un besoin accru de coordination entre les différents acteurs du soin ainsi qu'avec le secteur médico-social.*
Il est souligné que l'hospitalisation, que ce soit pour l'entrée ou pour la sortie, est la circonstance la plus visible où peuvent se révéler les défaillances de la coordination de la prise en charge de la personne âgée. En cas de séjour momentané à l'hôpital, la continuité de la prise en charge, au début de ce séjour comme lors du retour au domicile, est décisive pour la suite.
Deux dysfonctionnements essentiels sont relevés :

10. *les difficultés, en amont de l'hospitalisation, du suivi continu des personnes âgées par le système de soins de 1er recours. Il faut un réel suivi des patients atteint de polypathologies chroniques complexes, afin d'éviter une prise en charge uniquement dans les phases de crise aiguë, et en urgence, sans qu'une solution adaptée ait pu être anticipée et organisée. Le recours trop systématique aux urgences est un réel symptôme de dysfonctionnement.*
11. *l'absence d'anticipation et de coordination au moment de la sortie d'hospitalisation. Non seulement il est dangereux pour une personne âgée de rester trop longtemps hospitalisée à la fois pour des raisons sanitaires mais aussi de perte d'autonomie, mais une sortie mal organisée peut également dégrader l'état du patient âgé. Il est donc impératif de coordonner plus efficacement la sortie de l'établissement de santé et la prise en charge sanitaire et médico-sociale à domicile.*[46] »

[46]Rapport du groupe de travail n°3 « *Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie* », 21 juin 2011, pp. 20 – 21.

4 - Les attentes des acteurs de terrain

Comme cela a été précisé dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), la Champagne-Ardenne est une région vaste, faiblement peuplée avec une empreinte rurale et un vieillissement marqué. L'espérance de vie y est plus courte et la prise en compte de la précarité doit aussi être une préoccupation majeure.

Présentation des points importants ressortis lors des auditions menées dans le cadre de l'élaboration du présent schéma.

- Un besoin de places en EHPAD mais une demande de poursuivre la création de MARPA, foyer logement ou petite unité de vie à proximité d'un plateau technique.
- La création de petites unités Alzheimer dans des EHPAD plutôt que des établissements dédiés serait à privilégier.
- Un très fort besoin de créations d'équipes mobiles d'intervention en gériatrie (évaluation, préparation entrée et sortie de l'hôpital, préparation de l'entrée en institution, …).
- Nécessité et affectation de l'hébergement temporaire : sortie d'hospitalisation, soutien aux aidants naturels, …
- La place et le fonctionnement des HAD, SSIAD et SAD: vers un effort de redéfinition des missions de chacun, rendu nécessaire par un glissement des tâches de l'un à l'autre.
- Nécessité de prendre en compte les difficultés auxquelles sont confrontés les personnels des SSIAD et des SAD : vers un effort pour limiter le turn-over (formation, assouplissement à titre expérimental des modalités d'intervention …)
- Problèmes d'information (principalement dans les Ardennes).
- Problèmes de coordination entre tous les acteurs qui gravitent autour du sujet âgé.
- Problèmes du repérage de la personne âgée en situation de fragilité

Chapitre 3 : Les objectifs opérationnels du SROMS

1- Rappel des priorités et objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)

Domaine d'action : Handicap et Vieillissement

Priorité 1 :

Connaissance continue des besoins territorialisés et de leur évolution.

Objectif spécifique :

Mettre en place un observatoire dans les domaines du handicap et des personnes âgées.

Priorité 2 :

Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie.

Objectifs spécifiques :

1- Améliorer l'organisation de la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation des personnes âgées et handicapées : aide au diagnostic pour préparer l'hospitalisation, anticipation du plan d'aide, progressivité des modalités de prise en charge.

2- Améliorer et formaliser l'organisation de la réponse en matière d'accueil d'urgence et temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées.

3- Développer la formation des personnels (médico-technique, scientifique, éthique, compétence relationnelle, travail en équipe et collaboration, etc.)

4- Favoriser le respect du projet de vie des personnes âgées et des personnes handicapées.

2- Déclinaison des priorités et objectifs spécifiques du PSRS en objectifs opérationnels et plans d'actions

2.1 - Objectif opérationnel n°1 et plan d'action

Priorité 1 du PSRS :

Connaissance continue des besoins territorialisés et de leur évolution.

Objectif spécifique :

Mettre en place un observatoire dans les domaines du handicap et des personnes âgées.

1- Objectif opérationnel n°1

Contribuer à la mise en place d'un observatoire dans le domaine des personnes âgées

2- Plan d'action

Action n°1 : Engager une réflexion pour une coordination régionale avec l'ensemble des partenaires.

Mettre en place un comité de pilotage régional pour constituer un recueil de données partagées et mettre en place un observatoire régional dont les données pourraient être mises en ligne sur le site Internet de l'ARS Champagne-Ardenne.

Action n°2 : Mettre en place une coordination régionale pour un suivi harmonisé et partagé des listes d'attente en EHPAD.

Mettre en place un groupe de travail dont l'objectif sera d'élaborer des propositions d'organisation visant à disposer en permanence d'un suivi harmonisé et partagé des listes d'attente en EHPAD.

Action n°3 : Mettre en place un suivi des délais de prise en charge par les SSIAD.

Mettre en place un groupe de travail avec les représentants des différents SSIAD en lien avec l'URIOPPS[47] pour travailler à l'optimisation des prises en charge par les différents acteurs du maintien à domicile sur chacun des territoires infra **départementaux.**

[47]URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi	Indicateurs de suivi	Source	Direction référente
Action 1 Engager une réflexion pour une coordination régionale avec l'ensemble des partenaires	Mise en place d'un comité de pilotage régional Mise en place d'un observatoire	Existence du COPIL observatoire régional médico-social Nb de réunion du COPIL observatoire régional médico-social	Tableau de suivi	DSMS et DTD
Action 2 Mettre en place une coordination régionale pour un suivi harmonisé et partagé des listes d'attente en EHPAD	Mise en place d'un groupe de travail pour organiser un suivi des listes d'attente en EHPAD	Existence de l'outil « listes d'attente en EHPAD »	Conseils Généraux	DSMS et DTD
Action 3 Mettre en place un suivi des délais de prise en charge par les SSIAD	Mise en place d'un groupe de travail sur les SSIAD	Nombre de réunions du groupe de travail Nombre de propositions formulées par le groupe de travail Nombre de patients en attente de prise en charge par un SSIAD	Tableau de suivi	DSMS

2.2 - Objectif opérationnel n°2 et plan d'action

Priorité 2 du PSRS :

Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie.

Objectif spécifique :

Favoriser le respect du projet de vie des personnes âgées et des personnes handicapées.

1- Objectif opérationnel n°2 :

Disposer d'une offre d'équipements médicalisés adaptée à l'évolution des besoins et des moyens

L'ARS s'est engagée à financer, entre 2012 et 2014 ou 2015, les dotations « soins » de 955 places d'EHPAD, 58 places d'HT, 85 places d'AJ bénéficiant d'autorisations conjointes ARS / CG, ainsi que de 65 places de SSIAD pour un montant total de **11 392 310 €**.

Dans le champ de compétence de l'ARS (EHPAD, SSIAD, AJ, HT), il est tout d'abord nécessaire de déterminer, dans l'offre médico-sociale globale, la part des services ayant pour objectif la contribution au maintien à domicile par rapport au placement en institution.

En effet, le directeur général de l'ARS a signé le 08 février 2011, un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les Ministres en charge de la Santé et des Solidarités. La fiche action n° 6.3 de ce contrat précise les objectifs à atteindre en ce qui concerne la part des services dans l'offre globale médico-sociale.

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	15,6%	18%	21%	24%	27%

Il est à noter que l'indicateur de suivi de ces objectifs est le nombre de places autorisées, information collectée dans FINESS.

Plusieurs réunions de concertation ont été organisées avec les conseils généraux pour arrêter ensemble les critères, les orientations et les priorités relatives aux offres d'équipement ou de répit relevant d'un financement conjoint.

Au terme de cette concertation, une répartition des moyens entre services et institutions à raison de 70% pour les services et 30% pour les institutions est retenue, les moyens ainsi répartis devant permettre d'honorer les engagements pris antérieurement à l'élaboration du présent schéma, tout en cherchant à atteindre l'objectif de part de services fixé dans le CPOM signé entre l'ARS et les Ministères compétents.

Par engagement, sont retenus:

- les projets dont le financement est acquis ;
- les projets qui ont fait l'objet d'un début de financement ;
- les projets soutenus conjointement par l'Etat et le Conseil Général mais qui n'ont pu faire l'objet d'un financement à ce stade.

Les opérations suivantes répondent à ces critères (sans ordre de priorité et en fonction des crédits alloués au titre des mesures nouvelles) :

- EHPAD « Les jardins de Sermaize » à SERMAIZE-LES-BAINS, (extension) ;
- EHPAD « Douce France Santé » à CORMONTREUIL, (création) ;
- EHPAD « L'Europe » à TROYES, (extension) ;
- EHPAD de FRESNES-LES-REIMS, (création).

2 – Plan d'action

Action n°1 **: Créer des places d'EHPAD sur les territoires infra-départementaux prioritaires (création *ex nihilo*, extension, redéploiement, médicalisation, transformation de structures hospitalières, etc.).**

Il s'agit là d'estimer le besoin en places d'EHPAD sur la durée du schéma et d'y associer une priorisation pour chacun des territoires infra-départementaux afin d'être en mesure de planifier les autorisations dans le PRIAC[48] en fonction des moyens en mesures nouvelles qui seraient attribués par la CNSA.

Méthode de mise en œuvre

Étape 1 : Pour chacun des territoires infra-départementaux, deux critères sont retenus et combinés entre eux, le besoin en places d'EHPAD et le taux d'équipement.

Le besoin en places

La méthode est la suivante **:**

- **Détermination de l'âge médian d'entrée en EHPAD en 2010** (à partir des résultats de l'enquête lancée auprès des EHPAD, il a été évalué à 82 ans pour les hommes et 86 ans pour les femmes).
- **Détermination de la population de référence (INSEE 2010), masculine âgée de plus de 82 ans et féminine âgée de plus de 86 ans.**
- **Détermination du nombre de places installées au 31/12/2010, majoré des listes d'attente** et avec prise en compte de **l'incidence du taux d'occupation.**
- **Calcul de la proportion d'aînés en EHPAD ou qui demande à l'être / population âgée de référence.**
- **Application de ce taux à la population âgée de référence (projection INSEE 2015).**

Le résultat est la détermination du nombre théorique de places répondant à l'évolution de la population âgée à l'horizon 2015.

Les territoires infra-départementaux sont ensuite classés en fonction du besoin en places.

Le taux d'équipement

Ce critère détermine le nombre de places d'EHPAD pour 1000 habitants de 80 ans et plus.

Les territoires sont ensuite classés en fonction du **besoin en places pour atteindre le taux d'équipement régional.**

Étape 2 : Priorisation du besoin

Détermination du rang de priorité en appliquant une pondération différenciée entre le besoin en places et l'équilibrage territorial mesuré avec les taux d'équipement.

Les pondérations suivantes seront utilisées : 40% pour le besoin en places et 60% pour le taux d'équipement à visée d'équilibrage territorial. Le choix de privilégier le taux d'équipement a été arrêté conjointement avec les Conseils Généraux en partant de l'analyse de l'existant et sur la plus grande fiabilité des taux d'équipement EHPAD par rapport aux listes d'attente sur l'ensemble de la région.

Les résultats de ces calculs sont détaillés dans le tableau suivant.

[48]PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

Ce tableau fait apparaître quatre territoires infra-départementaux prioritaires.

- **Département de la Marne :**
  - **Territoire Rémois**
  - **Territoire Chalons et Argonne**
- **Département des Ardennes :**
  - **Territoire Centre Ardennes - Charleville**
  - **Territoire Sud Ardennes**

Le potentiel de places résultant des dépenses autorisées par la CNSA après financement des engagements sera réparti sur les deux départements en quantité égale. Sachant que la disponibilité des crédits correspondants sera vraisemblablement étalée sur les années 2013 à 2016, la répartition sur les deux territoires infra-départementaux de chacun des deux départements restera à effectuer en concertation avec les Conseils Généraux concernés.

Les objectifs seront réévalués, en fonction des besoins à mi-parcours, en 2014. Dés à présent, une étude détaillée est entreprise pour objectiver les besoins sur les 4 cantons de Saint–Dizier.

Départements	Territoires	population selon âge médian d'entrée en EHPAD au 31/12/2010			Nb places installées au 31/12/2010 (a)	Nb pers en liste d'attente (b)	TOTAL c=(a+b)	proportion de places par rapport à la population âgée de référence (d)	population selon âge médian d'entrée en EHPAD au 31/12/2015			Nb places nécessaires selon proportion 2010 (f = dxe)	Nb places installées au 31/12/2013 (g)	Nb places à créer (h = f-g)	rang	taux d'équipement PA 80 ans et +	population 80 ans et +	Nb de places pour atteindre taux régional	rang	40% (places) / 60% (tx d'équip)	**rang de priorité**
		hommes	femmes	TOTAL					hommes	femmes	TOTAL (e)										
		+ 82 ans	+ 86 ans						+ 82 ans	+ 86 ans											
Ardennes	Sedanais	763	843	1 606	586	25	611	38%	922	1 077	1 999	761	579	182	7	154,28	3 753	39	10	48,1	**6**
	Nord Ardennes	854	823	1 677	425	43	468	28%	1 071	1 180	2 251	628	611	17	15	146,03	4 184	78	5	26,9	**11**
	Centre Ardennes Charleville	999	1 268	2 267	668	87	755	33%	1 286	1 679	2 965	988	761	227	4	142,11	5 355	121	1	81,6	**3**
	Sud Ardennes	868	896	1 764	501	85	586	33%	1 028	1 212	2 240	744	557	187	6	138,14	4 032	107	4	69,6	**4**
Aube	zone 1 (Bar/Seine)	927	992	1 919	644	43	687	36%	1 090	1 215	2 305	825	702	123	8	175,85	3 992	-45	11	11,3	**13**
	zone 2 (Bar/Aube)	788	877	1 665	574	50	624	37%	957	1 117	2 074	777	733	44	15	201,04	3 646	-133	14	-30,9	**14**
	zone 3 (Nogent-Romilly)	729	711	1 440	711	9	720	50%	805	899	1 705	852	756	96	10	247,63	3 053	-253	15	-56,7	**15**
	zone 4 (Troyes)	1 864	2 455	4 319	1 251	128	1 379	32%	2 183	3 027	5 210	1 664	1 457	207	5	158,68	9 182	55	9	57,9	**5**
Marne	Châlons et Argonne	1 432	1 520	2 952	1 053	314	1 367	46%	1 650	1 915	3 565	1 651	1 098	553	2	175,60	6 253	-68	13	90,2	**2**
	Epernay	1 041	1 437	2 478	1 013	12	1 025	41%	1 212	1 721	2 933	1 213	1 157	56	12	217,48	5 320	-281	16	-73,0	**16**
	Vitryat	640	654	1 294	372	33	405	31%	804	890	1 694	530	437	93	11	140,56	3 109	75	7	41,2	**8**
	Brie et Champagne	546	609	1 155	361	0	361	31%	694	778	1 472	460	361	99	9	139,27	2 592	66	8	39,6	**10**
	Rémois	2 881	3 744	6 625	2 107	251	2 358	36%	3 534	4 673	8 207	2 921	2 279	642	1	156,86	14 529	114	2	162,6	**1**
Hte Marne	Chaumont	1 058	1 131	2 189	483	105	588	27%	1 272	1 402	2 674	718	662	56	14	141,06	4 693	111	3	44,6	**7**
	Langres	865	901	1 766	398	48	446	25%	964	1 145	2 109	533	520	13	16	143,57	3 622	77	6	25,5	**12**
	St Dizier	995	1 154	2 149	871	70	941	44%	1 206	1 481	2 687	1 177	883	294	3	177,52	4 974	-64	12	39,6	**9**
Région champagne-ardenne													13 553	2 890		**164,70**	82 289				

<u>Action n°2</u> : Concourir au maintien à domicile en créant des places de SSIAD sur les territoires d'intervention prioritaires, en veillant à une bonne articulation avec les autres prises en charge (SAD, HAD).

Il s'agit là de déterminer le besoin en places de SSIAD sur la durée du schéma et d'y associer une priorisation pour chacun des territoires infra-départementaux afin d'être en mesure de planifier les autorisations dans le PRIAC en fonction des moyens en mesures nouvelles qui seraient attribués par la CNSA.

<u>Méthode de mise en œuvre</u>

Étape 1 : Pour chacun des territoires infra-départementaux sont retenus deux critères combinés entre eux : le besoin théorique en places de SSIAD et le taux d'équipement.

<u>Le besoin en places</u>

- **Détermination de la population de référence (INSEE 2010), âgées de plus de 75 ans et n'étant pas en EHPAD ou ne demandant pas à l'être.**
- **Détermination du nombre de places installées au 31/12/2010, majoré des listes d'attente.**
- **Calcul de la proportion d'ainés ayant recours aux services d'un SSIAD / population âgée de référence.**
- **Application de ce taux à la population âgée de référence (projection INSEE 2015).**

Le résultat est la détermination du nombre de places nécessaires à l'horizon 2015.

Les territoires sont ensuite classés en fonction du besoin en places.

<u>Le taux d'équipement</u>

Ce critère détermine le nombre de places de SSIAD pour 1000 habitants de 75 ans et plus (projection 2015).

Les territoires sont ensuite classés en fonction du besoin en places pour atteindre le taux d'équipement régional.

Étape 2 : Priorisation du besoin

Détermination du rang de priorité en appliquant une pondération différenciée entre le besoin en places et l'équilibrage territorial mesuré avec les taux d'équipement.

La pondération suivante est retenue : 60% pour le besoin en places et 40% pour le taux d'équipement à visée d'équilibrage territorial.

En effet, le recensement des besoins non couverts, effectué en juin 2011, montre que les territoires bénéficiant d'un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale présentent des listes d'attente importantes.

Les résultats de ces calculs sont détaillés dans le tableau suivant. Le choix de privilégier le besoin en places a été arrêté conjointement avec les Conseils Généraux pour répondre prioritairement à la pression de la demande.

Il conviendra de se rapprocher de l'étude sur le zonage infirmier conduite en 2009 par la Mission Régionale de Santé (MRS) et actualisée en 2011 par la CNAMTS pour l'affectation de nouvelles places de SSIAD. En effet, cette étude a identifié les différents niveaux de dotation de chaque zone d'intervention de ces services et a plus particulièrement relevé les zones sous dotées où il convient de favoriser l'implantation de places de SSIAD, et les zones très dotées, voire sur-dotées sur lesquelles l'implantation de nouvelles places de service n'est pas nécessaire.

Départements	Territoires	Nb de PA de 75 ans et + en 2010	Nb de PA en EHPAD ou demandant à y être en 2010	Total PA à domicile (population de référence en 2010)	Nb de places de SSIAD (a)	Nb pers en liste d'attente (b)	TOTAL c=(a+b)	proportion de places par rapport à la population âgée de référence (d)	Nb de PA de 75 ans et + en 2015 (e)	Nb de PA en EHPAD ou demandant à y être en 2015 (f)	Total PA à domicile (population de référence en 2015 (g = e-f)	Nb places nécessaires selon proportion 2010 (h = g x d)	Nb places installées au 31/12/2013 (j)	Nb places à créer (I = h - j)	rang	taux d'équipement PA + 75 (pop 2015)	population +75 ans	Nb de places pour atteindre taux régional	rang	40% - 60%	**rang de priorité**
Ardennes	Sedanais	5647	611	5 036	100	20	120	2,4%	5891	761	5 130	122	100	22	4	16,98	5 891	13	5	8,3	**4**
	Nord Ardennes	6255	468	5 787	205		205	3,5%	6735	628	6 107	216	205	11	9	30,44	6 735	-76	16	-20,5	**16**
	Centre Ardennes Charleville	7937	755	7 182	90		90	1,3%	8551	988	7 563	95	90	5	14	10,53	8 551	74	1	23,1	**1**
	Sud Ardennes	6047	586	5 461	151	22	173	3,2%	6255	744	5 511	175	151	24	3	24,14	6 255	-31	14	-4,6	**13**
Aube	zone 1 (Bar/Seine)	5930	687	5 243	95		95	1,8%	6228	825	5 403	98	95	3	15	15,25	6 228	24	3	7,9	**5**
	zone 2 (Bar/Aube)	5365	624	4 741	121		121	2,6%	5770	777	4 993	127	121	6	14	20,97	5 770	-10	11	-1,8	**12**
	zone 3 (Nogent-Romilly)	4692	720	3 972	147	10	157	4,0%	4841	852	3 989	158	147	11	10	30,37	4 841	-54	15	-14,1	**15**
	zone 4 (Troyes)	13088	1 379	11 709	210		210	1,8%	14065	1 664	12 401	222	210	12	8	14,93	14 065	60	2	20,4	**2**
Marne	Châlons et Argonne	8866	1 367	7 499	161	8	169	2,3%	9589	1 651	7 938	179	161	18	4	16,79	9 589	23	4	10,4	**3**
	Epernay	7938	1 025	6 913	150	4	154	2,2%	8354	1 213	7 141	159	150	9	12	17,96	8 354	10	6	4,9	**7**
	Vitryat	4545	405	4 140	83	9	92	2,2%	4717	530	4 187	93	83	10	11	17,60	4 717	7	7	4,2	**8**
	Brie et Champagne	3759	361	3 398	74		74	2,2%	3934	460	3 474	76	74	2	16	18,81	3 934	1	9	0,8	**11**
	Rémois	21425	2 358	19 067	432	12	444	2,3%	22735	2 921	19 814	461	432	29	1	19,00	22 735	4	8	7,1	**6**
Hte Marne	Chaumont	7047	588	6 459	145	15	160	2,5%	7244	718	6 526	162	145	17	7	20,02	7 244	-6	10	1,5	**9**
	Langres	5473	446	5 027	132	13	145	2,9%	5584	533	5 051	146	132	14	7	23,64	5 584	-25	13	-4,7	**14**
	St Dizier	7480	941	6 539	167	22	189	2,9%	7957	1 177	6 780	196	167	29	2	20,99	7 957	-14	12	1,5	**10**
Région champagne-ardenne		121494	13321	108173	2463	115	2 478	2,3%	128450	16443	112007	2 685	2 463	**222**		**19,17**	128 450				

Avant de lancer tout appel à projets pour la mise en œuvre de nouvelles places de SSIAD sur la région, il conviendra de s'appuyer sur les conclusions du groupe de travail constitué dans le cadre de l'action n°3 de l'objectif n°1, visant à l'optimisation des prises en charge des acteurs du maintien à domicile sur chacun des territoires infra départementaux.

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi	Indicateurs de suivi	Source	Direction référente
Action 1 Créer des places d'EHPAD sur les territoires infra-départementaux prioritaires (création *ex nihilo*, extension, redéploiement, médicalisation, transformation de structures hospitalières, …)	Répartition des places nouvelles en EHPAD en tenant compte des engagements déjà pris et de la priorisation retenue au niveau des territoires infra départementaux	Nombre de places d'EHPAD autorisées x par le coût moyen de la place / moyens nouveaux attribués par la CNSA et ciblés EHPAD dans le SROMS	FINESS	DSMS
Action 2 Concourir au maintien à domicile en créant des places de SSIAD sur les territoires d'intervention prioritaires en veillant à une bonne articulation avec les autres prises en charge (SAD, HAD)	Répartition des places nouvelles en SSIAD en tenant compte de la priorisation retenue au niveau des territoires infra départementaux et des particularités de chaque territoire	Nombre de places SSIAD autorisées x par le coût moyen de la place / moyens nouveaux attribués par la CNSA et ciblés SSIAD dans le SROMS	FINESS	DSMS

2.3- Objectif opérationnel n°3 et plan d'action

Priorité 2 du PSRS :

Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie.

Objectifs spécifiques :

Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées.

Améliorer l'organisation de la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation des personnes âgées et handicapées : aide au diagnostic pour préparer l'hospitalisation, anticipation du plan d'aide, progressivité des modalités de prise en charge.

1- Objectif opérationnel n°3

Décliner le plan Alzheimer dans la région Champagne-Ardenne.

2- Plan d'action

Action n°1 : **Offrir une palette diversifiée de dispositifs de répit**

Action 1.1 S'assurer de l'existence d'une offre suffisante en AJ et HT sur chacun des territoires infra départementaux (mesure n°1 du plan Alzheimer)

- Mise en place de structures de répit diversifiées pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et soutenir les aidants, après étude avec les conseils généraux sur la faisabilité par territoire infra départemental.
- Inscrire dans les cahiers des charges des appels à projet de créations ou d'extensions d'EHPAD, l'obligation de créer des places d'AJ et d'HT en fonction des besoins du territoire concerné.

Action 1.2 : Développer les plateformes d'accompagnement et de répit (mesure n°1 du plan Alzheimer)

Pour envisager la création d'une plate-forme par territoire infra, il conviendra :

- **d'inciter et d'accompagner les AJ identifiés à porter une plate-forme ;**
- **d'inciter et d'accompagner de nouveaux porteurs d'AJ sur les territoires non pourvus d'AJ.**

La priorisation d'implantation des plate-formes tiendra compte :

- **de l'option d'une plate-forme *a minima* par département ;**
- **de la densité de population â**
- des crédits alloués par la CNSA.

Action 1.3 : Former les aidants (mesure n°2 du plan Alzheimer)

Un appel à candidatures a été lancé le 7 avril 2011 et a permis de conventionner avec les porteurs de projets suivants :

DEPARTEMENT	FORMATEUR	Lieu de la formation	nb sessions autorisées	DEPARTEMENT	FORMATEUR	Lieu de la formation	nb sessions autorisées
Ardennes	Arduinn'âge	Charleville	1	Marne	URIOPSS	Reims	11
	CH Sedan - CM	Sedan	2			Ste Menehould	1
	URIOPSS	Sedan	1			Vchâlons	4
		Rethel	3			Vitry	2
		Charleville	2			Epernay	3
		Givet	1			Sezanne	1
Total Ardennes			10	Total Marne			22
Aube	REGEMA	Arcis	1	HAUTE MARNE	MFR Champagne Lorraine	Doulaincourt	2
		Troyes	1			St Broingt	2
		Romilly ou Chaource	1		UFCV 52	Chaumont	2
	URIOPSS	Troyes	5			St Dizier	1
		Bar sur Aube	3		GERONTIS	Bourbonne	1
		Romilly sur Seine	2	Total Haute Marne			8
Total Aube			13	TOTAL REGIONAL			53

- Accompagner l'URIOPSS dans ses actions de communication (affiches, programmes, site internet, presse locale, partenaires, …) pour faire connaître les actions de formation organisées sur toute la région.
- Poursuite de l'action les années suivantes en fonction des crédits alloués par la CNSA.

Action 1.4 : Créer des équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD) (mesure n°6 du plan Alzheimer)

Compte tenu du nombre d'équipes pouvant être financées, la répartition des équipes suivantes a été retenue :

- Ardennes : 2 ESAD :
  - 1 en 2011 ;
  - et 1 en 2012.
- Marne : 3 ESAD :
  - 1 en 2010 ;
  - 1 en 2011 ;
  - et 1 en 2012.
- Aube : 3 ESAD :
  - 1 en 2010
  - 1 en 2011
  - et 1 en 2012
- Haute-Marne : 2 ESAD :
  - 1 en 2010 ;
  - et 1 en 2012.

Mettre en place les 10 ESAD au niveau régional en veillant à obtenir une couverture maximale du territoire (pour les territoires d'intervention de SSIAD de faible capacité, favoriser les regroupements entre SSIAD).

Action n° 2 : **Disposer d'une offre d'équipements spécifiques**

Action 2.1 Créer les 7 UHR prévus par le plan Alzheimer (mesure n°16 du plan Alzheimer)

En conséquence, pour la mise en place des 7 UHR au niveau de la région, il sera tenu compte :

- de la densité de la population âgée sur le territoire infra départemental ;
- de la proximité d'un établissement psychiatrique ;

- du caractère effectif de la convention de partenariat établi avec un établissement ou une équipe psychiatrique.

Actions à conduire :

☞ Implanter 1 UHR sur le territoire Centre Ardennes Charleville de préférence en USLD.
☞ Implanter 1 UHR sur la zone 4 en EHPAD (Résidence de l'Isle).
☞ Implanter 1 UHR sur la zone 2 en USLD.
☞ Implanter 1 UHR sur le Pays Rémois en USLD (CHU).
☞ Implanter 1 UHR sur le Pays d'Epernay en EHPAD (Château d'Ay).
☞ Implanter 1 UHR sur le Pays Chalons et Argonne en USLD.
☞ Implanter 1 UHR sur l'arrondissement de Saint-Dizier ou celui de Chaumont de préférence en EHPAD.

Action 2.2 : Créer les 37 PASA prévus par le plan Alzheimer (mesure n°16 du plan Alzheimer)

Les PASA ont vocation à s'implanter uniquement dans les EHPAD.

Le cahier des charges précise notamment les conditions architecturales du pôle et la qualification du personnel.

Les 37 PASA à mettre en œuvre bénéficient d'un financement spécifique correspondant à un surcoût à la place de 4 557 €. Il est toutefois possible de créer d'autres PASA qui seraient financés dans le cadre de la convergence tarifaire.

En conséquence, pour la mise en place des PASA au niveau de la région, il sera tenu compte :

- de la faisabilité architecturale du pôle au sein de l'établissement (conformité avec le cahier des charges) ;
- de l'existence d'une file active d'au moins 20 résidents éligibles/admissibles ;
- de la date de la déclaration d'intention ou de dépôt du dossier de demande de labellisation du PASA auprès de l'ARS.

Actions à conduire :

Implanter prioritairement dans les Ardennes :
☞ 2 PASA dans les EHPAD du CH de Charleville.
☞ 1 PASA à l'EHPAD du CH de Fumay.
☞ 2 PASA dans les EHPAD du CH de Sedan.
☞ 2 PASA dont la localisation est à déterminer.

Implanter prioritairement dans l'Aube :
☞ 1 PASA à l'EHPAD Sainte-Bernadette.
☞ 8 PASA dont la localisation est à déterminer.

Implanter prioritairement dans la Marne :
☞ 1 PASA à l'EHPAD du CH du GHAM, site de Sézanne.
☞ 1 PASA à l'EHPAD Foyer Sales Aviat à Sézanne.
☞ 5 PASA dans les EHPAD du CHU de Reims dont 2 financés au titre de la convergence.
☞ 1 PASA à l'EHPAD du CH d'Epernay.
☞ 1 PASA à l'EHPAD les Trois Roses à Epernay.
☞ 1 PASA à l'EHPAD Jean Collery à Ay.
☞ 5 PASA dont la localisation est à déterminer.

Implanter prioritairement dans la Haute Marne :
☞ 1 PASA à l'EHPAD du CH de Bourbonne-les-Bains.
☞ 1 PASA à l'EHPAD du CH de Joinville – financement au titre de la convergence.
☞ 1 PASA à l'EHPAD du CH de Montier en Der – financement au titre de la convergence.
☞ 1 PASA à l'EHPAD du CH de Wassy – financement au titre de la convergence.
☞ 2 PASA dont la localisation est à déterminer.

Action 2.3 : Proposer des solutions aux personnes âgées de moins de 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparenté

Mettre en place, conformément au cahier des charges à paraître, la ou les unités spécifiques au sein du ou des établissements de référence de la région.

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi	Indicateur de suivi	Source	Direction référente
Action 1.1 S'assurer de l'existence d'une offre suffisante en accueil de jour et hébergement temporaire sur chacun des territoires infra dé partementaux (mesure n°1 du plan Alzheimer)	Mise en place de struct ures de rép it diversifiées pour favoriser le maintien à domicile des PA et soutenir les aidants	Nombres de places d'accueil de jour autorisées Taux d'accueil de jour répondant aux critères du décret n°2011-1211 Nombres de places d'hébergement temporaire autorisées	FINESS	DSMS
Action 1.2 Développer les platefo rmes d'accompagnement et de ré pit (mesure n°1 du plan Alzheimer)	Créer à mi nima une p late-forme par département	Nombre de plateform es misent en œuvre /objectif régional/an	FINESS	DSMS
Action 1.3 Former les aidants (me sure n°2 d u plan Alzheimer)	Réaliser des formations pour les aidants sur tous les territoires infra départementaux annuellement	Nombre d'actions de formation réalisées/département/opérateur Nombre d'aidants formés au niveau régional Nombre d'aidants formés/territoire infra	tableau de suivi régional	DSMS
Action 1.4 Créer des équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD) (mesure n°6 du plan Alzheimer)	Mettre en pl ace des ES AD en veillant à obtenir une couverture maximale du territoire régional	Nombre d'ESAD autoris ées/objectif régional/an Nombre d'ESAD mises en œuvre/ objectif régional/an Nombre de personnes prises en charge par ESAD/an	FINESS et tableau de suivi régional	DSMS
Action 2.1 Créer les 7 UHR p révues par le plan Alzheimer (mesure n°16 du plan Alzheimer)	Répartir les 7 UHR en veill ant à favori ser l'accès à l'ensemble des PA Alzheimer	Nombre d'UHR mises en œuvre ou identifiées/objectif régional/an Nombre d'UHR en fonctionnement/objectif régional/an Nombre de personnes prises en charge/an/unité Origine des résidents en UHR/unité Liste d'attente/unité/an DMS/unité	FINESS et tableau de suivi régional	DSMS

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi	Indicateur de suivi	Source	Direction référente
Action 2.2 Créer les 37 PASA prévus par le plan Alzheimer (mesure n°16 du plan Alzheimer)	Accompagnement des établissements pour la mise en place des 37 PASA dans les EHPAD	Nombre de PASA mis en œuvre ou identifié/objectif régional/an Nombre de PASA en fonctionnement/objectif régional/an Nombre de personnes prises en charge/an/unité	FINESS et tableau de suivi régional	DSMS
Action 2.3 Proposer des solutions aux personnes âgées de moins de 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée	Mettre en place si besoin les unités spécifiques arrêtées par le centre national de référence	Nombre de places « Alzheimer » autorisées pour personnes de moins de 60 ans	FINESS	DSMS

2.4 - Objectif opérationnel n°4 et plan d'action

Priorité 2 du PSRS :

Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie.

Objectifs spécifiques :

Favoriser le respect du projet de vie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Objectif opérationnel n° 4

Favoriser la qualité de l'offre de services.

Plan d'actions

Action n°1 : **Fixer des objectifs de qualité lors de l'établissement des conventions tripartites, en référence aux recommandations de l'ANESM[49], visant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et le développement de la bientraitance, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie.**

Lors de l'établissement des conventions tripartites (gestionnaire, ARS et département) et à partir d' un état des lieux, il conviendra d'identifier les points forts et ceux qu'il serait nécessaire d'améliorer dans les pratiques actuelles, puis de choisir d'un commun accord des objectifs prioritaires.

Issues des recommandations de l'ANESM, voici l'essentiel des actions à mettre en œuvre par les gestionnaires :

Organiser l'expression de la personne et de ses proches :

- en recueillant, les habitudes de vie, les éléments biographiques que la personne souhaite transmettre, ses attentes (et éventuellement celles de sa famille et/ou de son représentant légal) ;
- en faisant valider par la personne (et éventuellement par son représentant légal) le projet proposé, et en l'ajustant en fonction de ses souhaits, et de ses remarques ;
- en observant en équipe son comportement, ses réactions afin d'évaluer l'adéquation des actions proposées ;
- en le soumettant aux proches pour recueillir leurs avis si la personne le souhaite.

Organiser l'intervention des professionnels :

- en promouvant la réflexion interdisciplinaire ;
- en organisant la fonction de coordonnateur de projet même si la personne reste libre de choisir son interlocuteur.

Co-construire et évaluer le projet personnalisé :

- en planifiant une première réunion de projet au mieux dans le trimestre suivant l'admission, avec les professionnels concernés, le résident et éventuellement ses proches, son représentant légal ;

[49] ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

- en mettant en place des réunions régulières interdisciplinaires de suivi du projet (points de vigilance, modifications état de la personne, nouvelles attentes…) ;
- en planifiant une évaluation systématique au moins annuelle des projets personnalisés, à partir des bilans de chaque professionnel concerné ;
- en formalisant ce projet et ses modifications successives dans le dossier du résident ;
- en reportant les objectifs validés dans un avenant au contrat de séjour.

Faciliter l'identification des professionnels par les résidents et leurs proches :

- Réfléchir aux repères tels que tenue, badges, photos…
- Informer les résidents de la répartition des rôles des professionnels.
- Mettre à jour les organigrammes.
- Stabiliser, autant que faire se peut, les équipes autour du résident.

Encourager la demande et les initiatives des résidents vers les professionnels :

- Communiquer les modalités pratiques pour joindre les professionnels.
- Faciliter l'identification des locaux professionnels.
- Aménager des zones d'attente à proximité.
- Aménager les locaux de façon adaptée pour recevoir les résidents dans de bonnes conditions.
- Être à l'écoute des demandes et apporter systématiquement une réponse.
- Sécuriser l'accès des locaux réservés aux professionnels pour des raisons de sécurité.

Renforcer les compétences relationnelles de tous les professionnels :

- Définir à l'embauche les compétences nécessaires en termes d'accueil, d'écoute et de compréhension.
- Intégrer la dimension relationnelle avec les résidents et leurs proches dans les entretiens d'évaluation.
- Établir un plan de formation continue en conséquence pour tous les professionnels.
- Vérifier collectivement l'effectivité des échanges relationnels au sein des instances de partage (réunion d'équipe, analyse de pratiques, supervision…).

Formaliser les facteurs de qualité de vie quotidienne dans les différents volets du projet d'établissement :

- Articuler le projet d'établissement et le projet architectural.
- Définir une organisation centrée en priorité sur les besoins et les attentes des résidents.
- Organiser la continuité de l'accompagnement sur 24h et chaque jour de la semaine.
- Rechercher l'équilibre entre le respect des normes réglementaires de sécurité, l'usage des nouvelles technologies et le risque de surprotection des résidents.
- Définir les moyens d'évaluer en continu la qualité de l'adéquation des réponses aux besoins et attentes des résidents.

👁 cf. Schéma Régional de Prévention – volet Prévention et promotion de la santé (PPS)

Chapitre 3 - Axe 2 : la promotion de la santé et l'éducation pour la santé

Objectif opérationnel 2.1 : Promouvoir le développement d'actions d'PS/EPS efficaces et de qualité en soutenant la professionnalisation et les bonnes pratiques des acteurs (professionnels et non professionnels) et la valorisation des actions à forte valeur ajoutée

Actions à mener :

- Inciter les établissements médico-sociaux à implémenter des programmes de promotion de la santé pour les personnes âgées en ouvrant leurs institutions aux acteurs du champ sanitaire et à ceux de l'éducation pour la santé, notamment dans le domaine bucco dentaire, des troubles sensoriels (vue, audition), de la nutrition.

Harmoniser les concepts et les outils d'intervention, diffuser les référentiels de bonnes pratiques en PPS, promouvoir les outils contribuant aux démarches qualité (PREFFI 2.0 [50], guide d'auto évaluation

[50] PREFFI 2.0 : Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé, élaboré par le NIGZ (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention) et traduit par l'INPES.

élaboré par l'INPES[51]…), au suivi et à l'évaluation des actions (modèle de catégorisation des résultats des actions de prévention[52])

Chapitre 6 : les éléments de transversalité du schéma

👁 **Liens SRP-PPS et SROMS – Personnes âgées**
Déployer des outils (MOBIQUAL) ayant trait à l'amélioration de la qualité de service en EHPAD et en SSIAD (inscription dans les projets d'établissements, les CPOM, les conventions tripartites)

Action n°2 **: Prévenir les dégradations de l'autonomie en établissement, notamment dans les domaines bucco-dentaire, auditif et visuel.**

Mettre en place des actions de sensibilisation des personnels des EHPAD à la prévention des affections bucco-dentaires, des troubles de l'audition et des déficiences visuelles.

Action n°3 **: Suivre les évaluations interne et externe des établissements et services**

Conformément à la réglementation, les établissements et services médico-sociaux doivent effectuer une évaluation interne et externe dans les délais fixés. Ils doivent transmettre leurs résultats aux autorités en charge de l'autorisation. Un suivi en sera effectué par la direction du secteur médico-social en partenariat avec la direction de l'offre de soins.

L'examen des résultats des évaluations conditionne le renouvellement des autorisations.

Le directeur général de l'ARS a signé le 08 février 2011, un CPOM avec les Ministres en charge de la Santé et des Solidarités. La fiche action n° 5.2 de ce contrat précise les objectifs à atteindre en ce qui concerne le % d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) ayant fait l'objet d'une évaluation externe.

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	0%	3%	12%	30%	60%

Il est à noter que 100% des ESMS autorisés avant 2002 devront avoir fait l'objet d'une évaluation externe en 2014.

Action n°4 **: Améliorer la qualité des pratiques et des prescriptions médicamenteuses.**

L'ARS apportera son appui, comme elle l'a déjà fait par une journée de regroupement départementale pour les EHPAD, à l'ensemble des médecins coordonnateurs qui devront élaborer la liste, par classe, des médicaments à utiliser préférentiellement.

[51] Guide : Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? INPES – septembre 2009
[52] Outil de catégorisation des résultats des projets de promotion de la santé et de prévention, élaboré par Promotion Santé Suisse et adapté pour la France par l'INPES.

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi	Indicateur de suivi	Source	Direction référente
Action 1 Fixer des objectifs de qualité lors de l'établissement des conv entions tripartites, en référence aux re commandations de l'ANESM, visant à l'amélio ration de la qualité de la prise en charge et le développement de la bientraitance, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie	Veiller lors des renouvellements des conventions tripartites, au respect des recommandations de l'ANESM	Taux de conventions tripartites renouvelées comportant des objectifs d'amélioration de la qualité	SAISEHPAD	DSMS
Action 2 Prévenir les dégradations de l'auton omie en établissements, notamment dans les domaines bucco-dentaire, auditif et visuel	Encourager les établissements à mettre en place des protocoles de suivi	Taux d'EHPAD ayant bénéfici é d'actions de sensibilisation	Tableau de suivi régional	DTD, DSMS et DOS
Action 3 Suivre les évaluations interne et externe des établissements et services	Relever dans les ra pports d'évaluation, les éléments nécessitant une amélioration	Taux d'évaluation interne transmise à l'ARS à l'échéance	Tableaux de suivi régional	DSMS et DOS
		Taux d'évaluation externe transmise à l'ARS à l'échéance	Tableaux de suivi régional	DSMS et DOS
Action 4 Améliorer la qualité des pratiques et des prescriptions médicamenteuses	Rappeler au médecin coordinateur son obligation de respecter l'article D312-158 du CAFS	Taux d'EHPAD ayant établi la li ste des médicaments à utiliser préférentiellement	Tableau de suivi régional	DTD et DSMS

2.5 - Objectif opérationnel n°5 et plan d'action

Priorité 2 du PSRS :

Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie.

Objectifs spécifiques :

Améliorer l'organisation de la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation des personnes âgées et handicapées : aide au diagnostic pour préparer l'hospitalisation, anticipation du plan d'aide, progressivité des modalités de prise en charge.

Améliorer et formaliser l'organisation de la réponse en matière d'accueil d'urgence et temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées.

1 - Objectif opérationnel n° 5

Coordonner les réponses autour de la personne âgée.

2 – Plan d'action

Action n°1 **: Labelliser en Champagne-Ardenne des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)**

Selon le diagnostic régional, il est prévu de mettre en place 9 MAIA sur la région.

La priorisation de l'implantation de ces MAIA tient compte d'une part, de l'option d'une MAIA par département, et d'autre part, de la densité de population sur les territoires regroupés.

Ces 9 territoires devant être couverts par une MAIA constituent le maillage régional à atteindre. Il est entendu que le démarrage d'une MAIA s'effectue sur un territoire plus restreint.

DEPLOIEMENT DISPOSITIF MAIA

Ordre de priorité	Départements	Territoires	Nombre de PA de 75 ans et + en 2010	Territoires	Nombre de PA de 75 ans et + en 2010	Total Nb de PA de 75 ans et + en 2010 des 2 territoires
1	Marne	Rémois	21 425			21 425
2	Aube	zone 4 (Troyes)	13 088	zone 3 (Nogent-Romilly)	4 692	17 780
3	Ardennes	Centre Ardennes Charleville	7 937	Nord Ardennes	6 255	14 192
4	Haute - Marne	St Dizier	7 480	Chaumont en partie	2 530	10 010
5	Marne	Châlons et Argonne	8 866	Vitryat	4 545	13 411
6	Marne	Epernay	7 938	Brie et Champagne	3 759	11 697
	Ardennes	Sud Ardennes	6 047	Sedanais	5 647	11 694
	Aube	zone 1(Bar/Seine)	5 930	zone 2 (Bar/Aube)	5 365	11 295
	Hte Marne	Chaumont en partie	4 697	Langres	5 473	10 170

Action n°2 : Décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social

Les trois actions suivantes sont principalement du ressort du SROS. En ce qui concerne les établissements et services médico-sociaux, il s'agira d'utiliser les conventions tripartites ou les CPOM pour fixer comme objectif la signature de convention avec les établissements de santé.

Action 2.1. Faciliter le recours aux équipes mobiles gériatriques, de soins palliatifs et de géronto-psychiatrie et favoriser la signature de convention entre les secteurs concernés

👁 cf. SROS volet hospitalier, Gériatrie

Les Equipe Mobiles de Gériatrie (EMG)

Rôle : les équipes mobiles de gériatrie (EMG) assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques non spécialisés sur le plan médical dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés accueillis,en apportant un avis spécialisé.

Leur intervention s'effectue dès l'accueil aux urgences. Il est souhaitable que ces équipes assurent des consultations avancées dans les hôpitaux locaux. L'intervention d'EMG pouvait être organisée à titre expérimental au sein des EHPAD.

1 ETP de gériatre, 1 ETP d'IDE, 1ETP d'assistance sociale, temps de psychologue, ergothérapeute diététicien et secrétaire.
Implantations régionales (financement dans le cadre des MIG, 231 000€ par équipe):

Ardennes : Charleville-Mézières et Sedan ;
Aube : Troyes et le GHAM ;
Marne : CHU de Reims;
Haute Marne : projet commun Chaumont Langres (actuellement une demi-équipe), Saint-Dizier.

- - - - -

Chapitre 5 : Objectifs opérationnels et plans d'action

A) Améliorer la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation

Plan d'action
Renforcer le rôle expérimental des EMG auprès des EHPAD, assurer des consultations avancées dans les établissements de santé ne disposant pas d'une EMG, rechercher une mutualisation des EMG entre plusieurs établissements de santé.

👁 cf. SROS, volet hospitalier, Soins palliatifs

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'action liés aux orientations nationales et régionales

1. Renforcer la coordination régionale des acteurs santé

1.3 Développer les interfaces avec les établissements médico-sociaux à partir d'une approche projet pour renforcer la diffusion d'une culture palliative :
Analyser la nature et la répartition des établissements médico-sociaux (personnes âgées, handicapées, Institut Médico-Educatif (IME), Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) à l'échelon régional.
Evaluer les besoins de ces établissements y compris dans le champ de la formation

---

Chapitre 6 : Schéma cible

Les besoins sont difficiles à apprécier en temps réel. Cependant les critères suivants doivent être rappelés.

1. Les EMSP
L'effectif de l'EMSP doit être adapté à l'activité qu' elle a vocation à entreprendre. Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires dont il convient de rechercher les complémentarités, en relation avec la diversité de leurs missions. La circulaire N°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs préconise des moyens de fonctionnement type.
Ainsi peuvent être retenus :
- Pour une file active de 200 nouveaux patients / an : 1,5 ETP de PH et 2 ETP IDE
- Effectif supérieur compensant la charge d'enseignement ou de déplacements importants : temps supplémentaire de 0,2 à 0,5 ETP souhaitable à adapter selon besoins et ressources.
- Missions d'interventions territoriales des EMSP à appuyer dans le cadre de la formation (prestations pédagogiques): incitations pour intervenir au sein des EHPAD, en partenariat avec une HAD, avec le secteur libéral… ; éléments à formaliser dans le cadre d'un avenant aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).
- Renforcer les équipes EMSP existantes en tenant compte de leurs activités.

👁 cf. SROS, volet hospitalier - Psychiatrie

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plans d'action

Titre 5 : Prise en charge des personnes âgées

Sous-titre 2 : Plan d'action

La géronto-psychiatrie devra notamment développer ses liens avec :

les réseaux gérontologiques ;
les médecins coordonnateurs des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)
les travailleurs sociaux ;
les infirmiers coordonnateurs des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ;
les services d'aide à domicile ;
les médecins généralistes référents ;
les secteurs psychiatriques concernés.

Les effectifs infirmiers des équipes mobiles de géronto-psychiatrie devront être adaptés à la file active et aux conditions particulières de cette activité (temps de déplacement, temps passé auprès du patient…).

Des capacités d'hospitalisation complète devront être disponibles, au sein de chaque établissement psychiatrique, pour prendre en charge pour des durées courtes, des personnes âgées présentant une symptomatologie trop importante pour relever des seuls soins ambulatoires.

La clinique géronto-psychiatrique de l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Aube (EPSMA) sera positionnée comme centre de recours régional et en tant que tel, sera un recours pour les situations et diagnostics complexes. Les équipes de proximité interviendront en première intention en matière de diagnostic, d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées.

Action 2.2. Favoriser le recours à l'HAD en EHPAD

👁 cf. SROS, volet hospitalier – HAD

Chapitre 6 : **Elément de transversalité**

Titre 4 : Articulations avec le secteur médico-social

Les éléments de transversalité avec le SROMS concernent notamment l'intervention des structures d'HAD dans les EHPAD, interventions à ce jour peu développées, et les relations SSIAD / HAD.

Objectif opérationnel :
L'objectif est de favoriser l'intervention des structures d'HAD en EHPAD, lorsque cela est médicalement justifié.

Plan d'action :
Des actions seront menées pour sensibiliser les EHPAD à l'intervention des HAD. Une meilleure délimitation du domaine d'activité des équipes de l'HAD et de l'EHPAD aura pour objectif de permettre la prise en charge de la personne âgée sur son lieu de vie si c'est son souhait ou celui de sa famille et que cela est médicalement justifié.

Objectif opérationnel :
Le deuxième objectif vise l'amélioration de l'articulation des interventions des SSIAD et des structures d'HAD.

Plan d'action :
Pour certains patients, l'intervention des HAD n'est plus nécessaire alors qu'ils représentent une charge en soins trop importante pour relever d'une seule prise en charge par un SSIAD. Une meilleure articulation de ces deux modes de prise en charge devra être recherchée par l'intermédiaire notamment d'actions de communication qui auront pour objectifs d'améliorer la connaissance des acteurs entre eux, ainsi que de leurs champs d'action et de compétences spécifiques

A l'heure actuelle, des difficultés sont ressenties par les structures d'HAD du fait de l'abattement de 13% du tarif à partir du moment où ils interviennent en EHPAD. A l'inverse, les EHPAD ont peur de ne plus bénéficier du forfait soins en ayant recours à l'HAD. L'organisation d'une campagne d'explication auprès des EHPAD permettra de lever les craintes de mise en cause des forfaits soins.

👁 cf. SROS, volet hospitalier - Insuffisance Rénale Chronique (IRC)

Chapitre 5 : Eléments de transversalité

5.2 : Assurer un égal accès à l'offre de soins et diversifier les techniques de prise en charge

5.2.1 Développer la dialyse hors centre, et notamment la dialyse péritonéale (DP) en EHPAD

Favoriser le développement de la DP en EHPAD fait partie des points importants de ce schéma.

Pour cela, la contractualisation sur l'intervention des IDEL[53] en EHPAD constitue un levier. Il s'agira également de développer des liens entre l'ARPDD et les EHPAD de la région.

Les conventions tripartites peuvent également comporter un paragraphe sur cet objectif, les EHPAD s'engageant à prendre en charge les personnes sous dialyse péritonéale et proposer une offre adéquate.

Action 2.3 Faciliter la prise en charge par le système hospitalier des personnes âgées venant d'un EHPAD et assurer un retour organisé et coordonné à la sortie de l'hospitalisation :

👁 cf. SROS, volet hospitalier, SSR

Chapitre 4 : Plans d'actions par objectif

Chapitre 6 : Eléments de transversalité

Des procédures partagées pour améliorer l'organisation avec l'amont et l'aval

La préparation et l'accompagnement à la réinsertion, notamment l'admission en établissement ou en service médico-sociaux fait l'objet de temps d'échanges avec les structures d'aval, médico-sociales et sociales, le patient et sa famille, formalisés à travers un dispositif.

Si la mise en œuvre du projet de vie le nécessite, des membres de l'équipe pluridisciplinaire se déplacent et interviennent dans les lieux de vie du patient ou dans les autres structures susceptibles de l'accueillir, avec son accord et en lien avec son médecin traitant ou à la demande des structures d'accueil.

Des conventions seront signées entre le secteur de court séjour, le secteur SSR et les structures médico-sociales et sociales pour les échanges se développent dans un partenariat équilibré. Elles sont l'occasion pour les acteurs de mieux se connaître.

Les structures d'aval qui participent au dispositif de « préparation à la sortie » dans les établissements de santé s'engagent en contre partie à établir une fiche de liaison contenant tous les éléments utiles en cas d'hospitalisation du patient

L'établissement de santé autorisé à exercer l'activité SSR participe au réseau régional de prise en charge des urgences, dans les conditions que détermine la convention constitutive de ce réseau.

Afin de faciliter les contacts, l'ensemble des établissements doit pouvoir disposer d'un accès au répertoire opérationnel des ressources (ROR), y compris l'accès aux ressources médico-sociales avec un minimum de renseignements utiles.

Coordination hôpital-médico-social

Développer la coordination avec le secteur médico-social et social afin d'assurer la complémentarité des prises en charge à la sortie du patient.

[53] IDEL : Infirmière Diplômée d'Etat Libérale

Organiser les filières d'aval du SSR.

Principe général de coordination ville-hôpital-médico-social-prévention pour prévenir les hospitalisations, les ruptures de prise en charge, préparer les sorties d'hospitalisation (aide à la préparation et au bilan préalable au retour à domicile de certains patients.) ; actions qui se font en lien avec les acteurs de la prévention, les structures hospitalières de SSR, SLD, d' HAD, les établissements ou services médico-sociaux ainsi que les professionnels de soins ambulatoires. Le rôle social de l'hôpital et notamment la participation de ses services sociaux à ces actions de coordination est le gage de l'accessibilité à la prévention et aux soins des populations précarisées.

Ces coordinations sont particulièrement nécessaires pour assurer la structuration et la fluidité des filières de soins pour :

- Les populations fragiles (notamment personnes âgées, personnes handicapées, personnes atteintes de maladies psychiques, personnes en difficultés sociales),
- Les personnes atteintes de maladies chroniques et nécessitant une gradation des soins.

Action 2.4. Prévenir les dégradations de l'autonomie

- en EHPAD par le développement d'actions de prévention

Cf. SRP, volet PPS

Chapitre 6 : Les éléments de transversalité du schéma

Lien SRP-PPS et SROMS – personnes âgées

- Inciter les établissements et services médico-sociaux à implémenter des programmes de promotion de la santé pour les personnes âgées en ouvrant leurs institutions aux acteurs du champ sanitaire et à ceux de l'éducation pour la santé, notamment dans le domaine bucco dentaire, des troubles sensoriels (vue, audition), de la nutrition
- Déployer des outils (MOBIQUAL) ayant trait à l'amélioration de la qualité de service en EHPAD et en SSIAD (inscription dans les projets d'établissements, CPOM, conventions tripartites)
- Faciliter l'accès aux dépistages et aux vaccinations dans les établissements médico-sociaux (inscription dans les projets d'établissements, CPOM, conventions tripartites)
- Mobiliser les professionnels libéraux au « Bien vieillir ».
-

- à l'hôpital, notamment dans le domaine de l' « iatrogénie hospitalière »

cf. SROS, Volet hospitalier - Médecine chirurgie Chapitre 6 : élément de transversalité

C Prise en charge des personnes âgées

Objectif opérationnel :
Le passage en hospitalisation de court séjour d'une personne âgée doit être envisagé de manière à réduire les risques de perte d'autonomie qu'entraîne cette hospitalisation. La prise en charge hospitalière fait partie intégrante des actions de maintien à domicile et/ou de préservation du capital santé des personnes âgées. Le continuum entre les différentes phases de la prise en charge doit être assuré, et le souci de la qualité de prise en charge des personnes âgées en établissement hospitalier doit être intégré au projet d'établissement.

Plan d'actions :

Les établissements de santé autorisés pour la médecine et la chirurgie :

Favorisent l'admission directe en court séjour, minimisant autant que possible les passages aux urgences, des personnes âgées ;
Favorisent l'orientation de la personne âgée vers une prise en charge en hospitalisation à domicile par substitution à l'hospitalisation complète, lorsque cette orientation est médicalement justifiée et que les conditions de vie du patient le permettent ; cette orientation peut se faire soit en accès direct, soit en aval d'une hospitalisation en court séjour ;

S'assurent du recueil exhaustif, à l'entrée d'une personne âgée, de l'information relative aux antécédents de la personne et aux intervenants habituels auprès de la personne : entourage, médecin traitant, pharmacien, infirmier libéral, intervenants sociaux, professionnels des services de soins infirmiers à domicile ou de l'établissement d'hébergement ;

Mettent en place les mesures propres à permettre la préparation de la sortie du patient, et ce dès son entrée ;
Garantissent la transmission de l'information aux professionnels assurant le relais à la sortie d'hospitalisation ;

Apportent un appui aux établissements d'hébergement, par le biais notamment de l'intervention des équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs) ;

Prennent en compte les difficultés des aidants dans la prise en charge proposée.

Action 2.5. Informer

L'ARS mettra en place des réunions entre les acteurs de santé et les établissements médico-sociaux au niveau régional ou local et valorisera les expériences réussies en les faisant connaître.

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi	Indicateur de suivi	Source	Direction référente
Action 1 Labelliser en Champagne-Ardenne des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)	Mettre en place les MAIA en fonction des financements alloués	Nombre de MAIA mise en œuvre	Tableau de suivi régional	DSMS
Action 2.1 Faciliter le recours aux équipes mobiles gériatriques, de soins palliatifs et géronto-psychiatriques et favoriser la signature de convention entre les secteurs concernés :	SROS volets gériatrie, soins palliatifs, psychiatrie	Taux de conventions tripartites renouvelées comportant des objectifs de signature de conventions avec les centres hospitaliers gestionnaires d'équipes mobiles, HAD, …	SAISEHPAD	DSMS
Action 2.2 Favoriser le recours à l'HAD en EHPAD	SROS volets HAD, insuffisance rénale chronique			
Action 2.3 Faciliter la prise en charge par le système hospitalier des personnes âgées venant d'un EHPAD et assurer un retour organisé et coordonné à la sortie de l'hospitalisation	SROS volet SSR			
Action 2.4 Prévenir les dégradations de l'autonomie	SRP – PPS et SROS volets médecine, chirurgie			
Action 2.5 Informer	Mise en place de réunions entre les acteurs de santé et les établissements médico-sociaux	Nb de réunion de vulgarisation des expériences	Tableau régional	DSMS

ANNEXES volet personnes âgées

Annexe 1 :

Constitution d'une équipe projet

Pour le volet « Personnes âgées », l'équipe projet était constituée :

- d'un pilote, M. Philippe KRIN – ARS – Délégation territoriale Haute-Marne / Responsable du service « offre de santé »
- d'un copilote, Mme Francine PERNIN – ARS - Direction du Secteur Médico-Social / Service Organisation et autorisations / Responsable de l'unité fonctionnelle « personnes âgées »
- d'un secrétariat, Mme Mercédès HRABOWYJ – ARS - Direction du Secteur Médico-Social / Service Organisation et autorisations / Unité fonctionnelle « personnes âgées »
- d'un référent médical, Dr Anne PERNET
- du responsable de l' unité fonctionnelle PA du service allocation de ressources et contractualisation, Mme Mathilde HENRY
- de représentant désigné par chacune des délégations territoriales – service offre de santé :
    - DT 08 : Mme Marie-Annick GAGNERON
    - DT 10 : Mme Anne-Marie WERNER
    - DT 52 : M. Philippe KRIN
- de représentant désigné par chacun des conseils généraux de la région :
    - Représentant le CG 08 : Mme Catherine SAURA, suppléante : Mme Laurence RENAUDIN
    - Représentant le CG 10 : Dr Laurent MARIE, suppléante : Mme Marie-Françoise SAINT-MARTIN
    - Représentant le CG 51 : M. Damien COLLARD
    - Représentant le CG 52 : Mme Virginie DOYON
- en tant qu'experts : Dr Anne MOREAUX - réseaux RéGéCa
  Dr Jean-Louis ROYER - MSA 10/52

Annexe 2 :

Auditions des professionnels de santé, experts et membres d'association

Une large concertation a été menée durant les mois d'avril et mai 2011. Des membres du groupe projet ont auditionné les personnes suivantes en leur ayant fait parvenir un questionnaire préalable à l'audition :

Organismes	Civilité	Nom
ERSM	M.	le Dr Jean-Marc PARANT
UNA	M. Mme M.	Alain DENIZET PICARD BOUDIER
France Alzheimer 08	Mme	Jacqueline PERCHE
CODERPA 08	M.	Michel BOILEAU
MSA	M. M.	J-C REDAUD (MSA MAM) Christian LEBEGUE (MSA SC)
RSI	Mme	Virginie CARPENTIER
Pr NOVELLA	M.	le Professeur
FHF Champagne-Ardenne	M.	Mr Mercier
CODERPA 52	M.	Jacques MAURICE
France Alzheimer 52	M. Mme	Jean-François JURVILLIER Jacqueline CHATEAU
CODERPA 51	Mme M. Mme	Claire KAUCIC Yves SCHMITTER Christiane JOURNEAU
France Alzheimer 51	Mme	Hélène SEUXET
FEHAP	M. Mmes	Michel TANGUY PIUBELLO (sud) et VIGNY (nord)
URIOPSS	M. Mme	Thomas DUBOIS Corinne DUPIN
CPAM	Mme	Liliane ROPARS
CARSAT	Mme	Catherine VERONIQUE
CODERPA 10	Mme M.	Claudette BRIGAND, vice-présidente Xavier CLAVERIE-ROSPIDE, vice-président
France Alzheimer 10	Mme	EL-BOUSSAIDI (coordinatrice asso)
URPS des Médecins Libéraux CA	Mme	le Dr Elisabeth ROUSSELOT-MARCHE
Dr MUNSCH	M.	Le Dr
Pr BAKCHINE	M.	Le Professeur

Annexe 3 :

Questionnaire d'auditions

Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Volet « Personnes âgées » du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS)

QUESTIONNAIRE PRELIMINAIRE A L'AUDITION

Personne ou structure auditionnée
Nom :
Adresse :
Téléphone :
Mail :

LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

1. **Comment l'offre d'équipement installée doit-elle évoluer (par mode d'accueil et par territoire) pour permettre de répondre de manière adaptée ou suffisante aux besoins présents et à venir ?**

- Au niveau institutionnel (EHPAD – hébergement permanent – foyer logement – habitat adapté), sur la région ou le territoire relevant de votre compétence :

- L'offre vous paraît-elle suffisante ? oui ❑ non ❑
  Commentaires :

- L'offre vous paraît-elle également répartie ? oui ❑ non ❑
  Commentaires :

- Quelles perspectives d'évolution peut-on envisager ?
  * en nombre de places ?
  Commentaires :

* Quels sont les territoires qui vous paraissent les plus prioritaires ?
Commentaires :

* pour quel type d'établissement (spécialisé ou non, exemple : personnes handicapées vieillissantes, personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, …) ?
Commentaires :

* est-ce que vous privilégieriez les extensions ou les créations ? Pourquoi ?
Commentaires :

- Au niveau du maintien à domicile (SSIAD), sur la région ou le territoire relevant de votre compétence :

- L'offre vous paraît-elle suffisante ? oui ❑ non ❑
Commentaires :

- L'offre vous paraît-elle également répartie ? oui ❑ non ❑
Commentaires :

- Quelles perspectives d'évolution peut-on envisager ?
* en nombre de places ?
Commentaires :

* Quels sont les territoires qui vous paraissent les plus prioritaires?
Commentaires :

* est-ce que vous privilégieriez les extensions ou les créations ? Pourquoi ?
Commentaires :

- Au niveau de la prise en charge spécifique Alzheimer (Accueil de Jour, Hébergement Temporaire, Accueil de nuit, PASA, UHR, unité spécifique Alzheimer – halte répit), sur la région ou le territoire relevant de votre compétence :

- L'offre vous paraît-elle suffisante ? oui ❑ non ❑
Commentaires :

- L'offre vous paraît-elle également répartie ? oui ❑ non ❑
Commentaires :

- Sur les perspectives d'évolution, vous paraît-il pertinent d'envisager la diversification de la prise en charge ?

* en institution (UHR, unité spécifique Alzheimer, établissement dédié, …)
Commentaires :

* en structure de répit (Accueil de Jour – Hébergement Temporaire – Accueil de nuit, …)
Commentaires :

* en prise en charge à domicile {Equipe mobile Alzheimer (EMA), …}
Commentaires :

2. **Quelles sont, selon vous, les éventuelles difficultés d'accès aux dispositifs médico-sociaux et leurs causes ?**
(exemples : manque de places, li ste d'attente, équipement inexistant, reste à charge, éloignement, autres)
Commentaires :

3. **Quelles sont, selon vous, les éventuelles difficultés d'accès aux dispositifs sanitaires hospitaliers (urgence, médecine, psychiatrie) et leurs causes ?**
(exemples : éloignement, transports, temps d'attente avant prise en charge, …)
Commentaires :

4. **Quelles sont, selon vous, les difficultés rencontrées avec le secteur libéral (médecins généralistes, spécialistes, infirmières, kiné, autres….) ?**
(exemples : éloignement, transports, temps d'attente avant prise en charge, cloisonnement entre dispositifs, entrée et/ou sortie de l'hôpital peu ou pas préparée, …)
Commentaires :

5. **Hormis des moyens financiers supplémentaires, quelles sont, selon vous, les solutions qui permettraient d'améliorer la qualité de l'accompagnement ?**
Commentaires :

6. **Compte tenu des contraintes des gestionnaires d'établissements et services, comment ces derniers pourraient-ils mieux respecter le projet de vie des personnes âgées ?**
(exemples : formations, utilisation des outils Mobiqual, …)
Commentaires :

7. **Selon vous, comment peut-on améliorer la connaissance et le suivi de l'évolution des besoins des personnes âgées (Quels indicateurs, quelles enquêtes vous paraissent pertinents ?)**
Commentaires :

8. **Zone d'expression libre (vous êtes invité ici à vous exprimer sur les sujets qui n'ont pas été traités dans le questionnement relatif à** LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

COORDINATION

1. **Comment la coordination fonctionne-t-elle sur la région ou le territoire relevant de votre compétence ?**

- Quelles coordinations connaissez-vous (nom et localisation) ?
- Comment fonctionnent-elles ?
- Quels sont leurs champs d'intervention (hôpital – EHPAD – domicile) ?
- Quels sont leurs territoires d'intervention ?

- Quels sont leurs degrés d'implication ?
- Comment s'articulent-elles entre elles ?

Commentaires :

2. Quelles difficultés avez-vous identifiées ?

- En général :
Commentaires :

- Plus particulièrement :

* lors de l'organisation de la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation
Commentaires :

* lors de l'organisation de la réponse en matière d'accueil d'urgence
Commentaires :

* lors de l'organisation de la réponse en matière d'admission en institution
Commentaires :

* lors de la prise en charge à domicile entre SSIAD, SAD, médecin traitant et aidants
Commentaires :

* autres
Commentaires :

3. **Selon vous, comment pourrait-on optimiser la ressource existante pour apporter des solutions d'amélioration ?**
Commentaires :

4. Selon vous, quelle est l'échelle (région, département, territoires de 1er recours/population) la plus adaptée à une coordination efficiente ?
Commentaires :

PREVENTION

1. **En établissements et services, quelles actions de prévention pourraient être initiées ou confortées par l'ARS ?**
Commentaires :

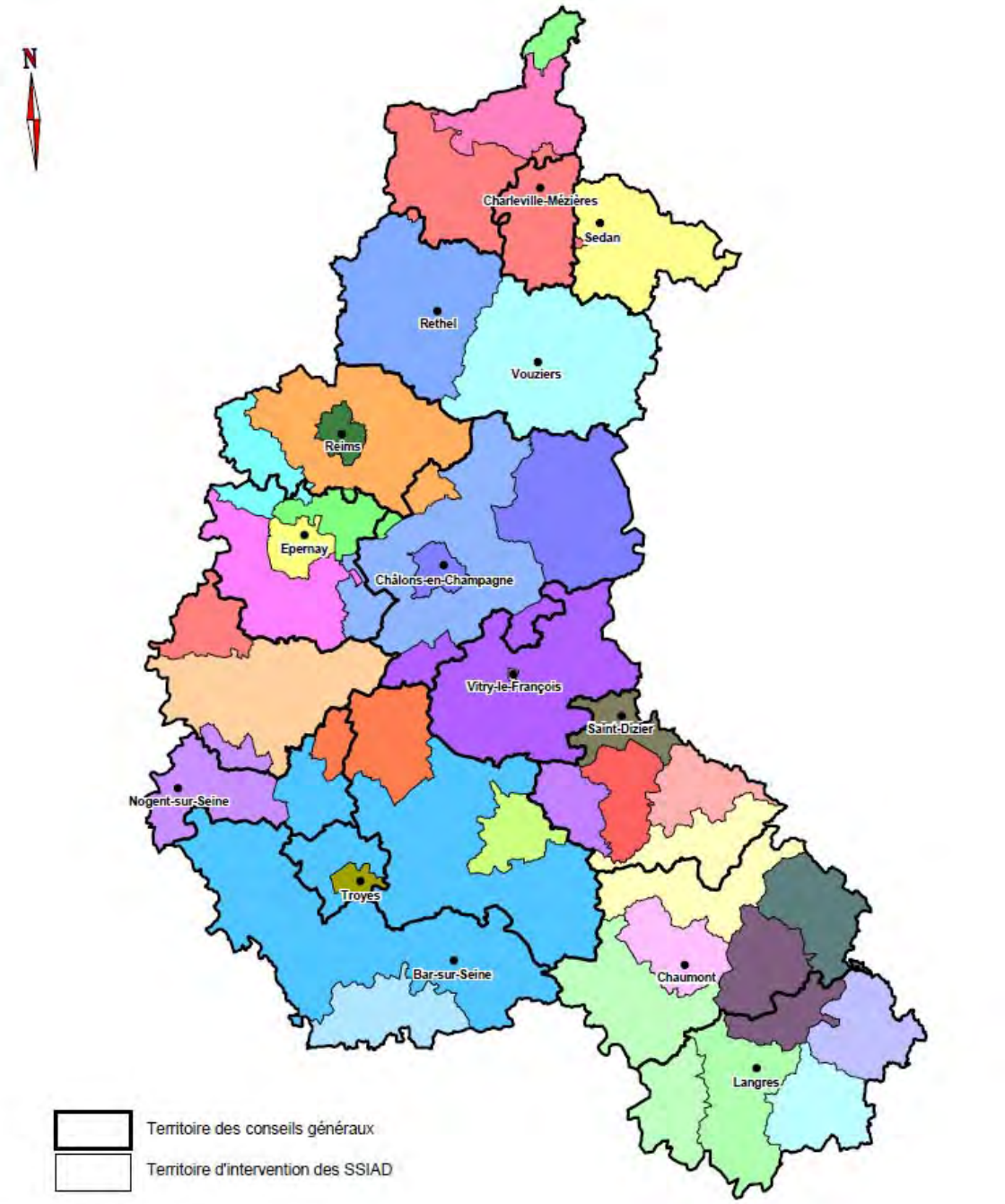
2. **En établissements et services, quelles actions d'éducation thérapeutique pourraient être initiées ou confortées par l'ARS ?**
Commentaires :

3. **Zone d'expression libre (vous êtes invité ici à vous exprimer sur les sujets qui n'ont pas été traités dans le questionnement relatif à PREVENTION**

Identifier, pour chacun des 3 domaines évoqués, une priorité (et une seule) participant du maintien à domicile

- *Prise en charge médico-sociale : ……*
- *Coordination :…….*
- *Prévention : ……*

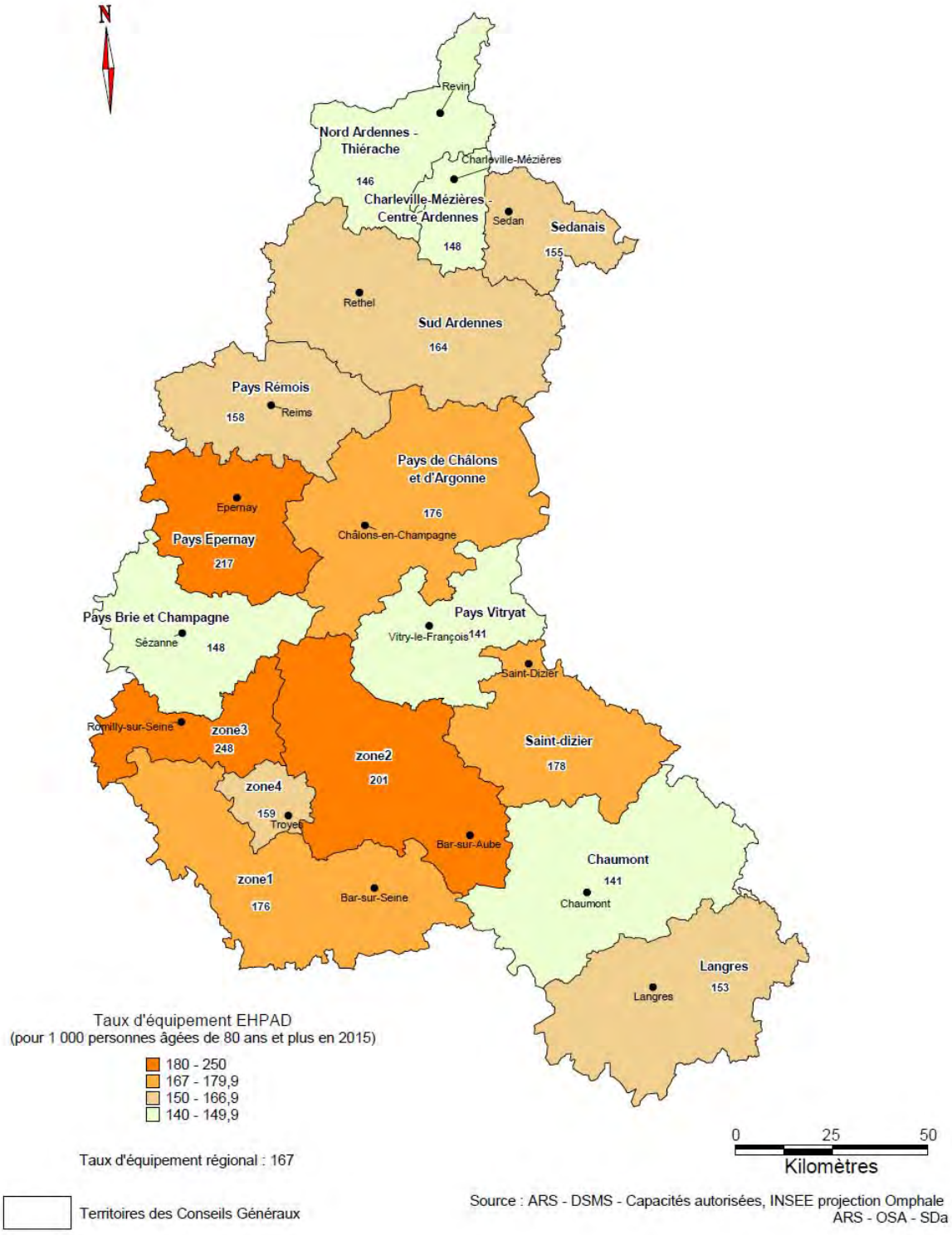
Territoires infra-départementaux des Conseils Généraux et territoires d'intervention des SSIAD de Champagne Ardenne



ARS - OSA - SDa

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

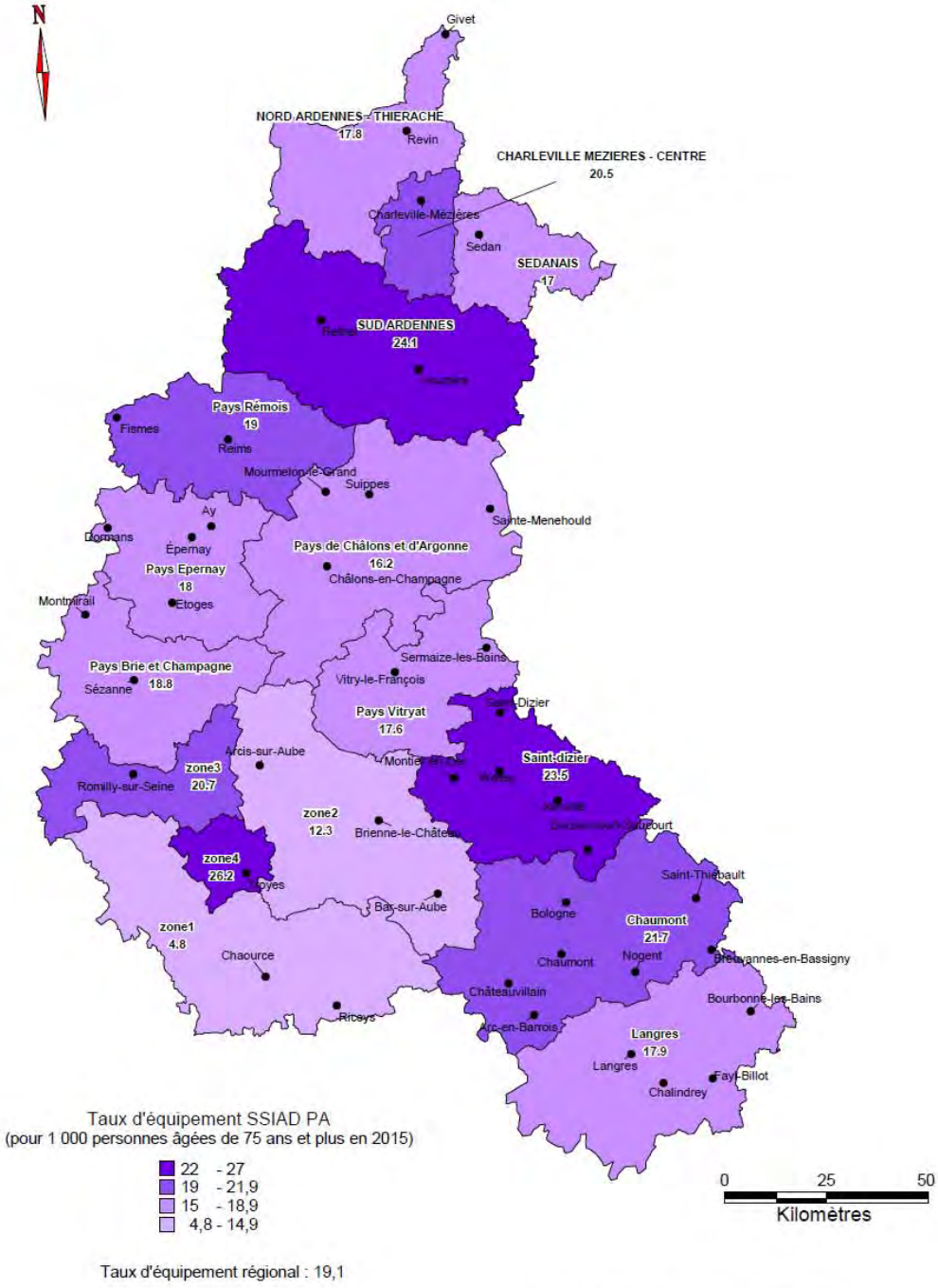
Taux d'équipement EHPAD à l'horizon 2015 en Champagne Ardenne



Source : ARS - DSMS - Capacités autorisées, INSEE projection Omphale
ARS - OSA - SDa

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Taux d'équipement SSIAD PA à l'horizon 2015 en Champagne Ardenne



Taux d'équipement régional : 19,1

Source : ARS - DSMS - Capacités autorisées, Insee projection Omphale 2015
ARS - OSA - SDa



SCHEMA RÉGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE

VOLET PERSONNES HANDICAPÉES

SOMMAIRE

Chapitre 1 - Contexte général 134

1- Méthodologie 134
1.1 - La concertation avec les Conseils Généraux 134
2.2 - Le groupe projet 135
2.3 - Les auditions 135

2- Références législatives et réglementaires - plans nationaux 136
2.1 - Recommandations internationales 136
2.2 - Principaux textes législatifs 136
2.3 - Principaux textes réglementaires 137
2.4 - Plans nationaux 137
2.5 - Recommandations Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) 137

Chapitre 2 - Diagnostic régional 138

1- La population handicapée en Champagne Ardenne : une connaissance partielle des publics .. 138
1.1 - Le nombre de personnes handicapées en Champagne Ardenne : une estimation peu aisée 138
1.2 - L'analyse comparée des schémas départementaux : l'analyse des besoins 143

2- L'émergence de besoins de prise en charge pour des publics spécifiques 144
2.1 - Une identification des besoins non couverts en structures médico-sociales à fiabiliser 144
2.2 - Les personnes handicapées vieillissantes 146
2.3- Les personnes autistes atteintes de Troubles Envahissants du Développement (TED) 148
2.4 - Les enfants handicapés relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) 149
2.5 - Les personnes handicapées psychiques 149
2.6 - Les adultes handicapés à domicile et à la charge de leurs parents 150
2.7 - Les personnes handicapées atteintes d'un traumatisme crânien ou cérébro-lésées .. 150
2.8 - Les personnes handicapées atteintes d'une forme rare de handicap 150

3- Les structures pour personnes handicapées en Champagne Ardenne : des inégalités territoriales qui persistent et des besoins qui restent à couvrir 151
3.1 - Selon la CNSA une région correctement équipée dans le champ de l'enfance malgré des inégalités territoriales 151
3.2 - Un renforcement du niveau d'équipement pour adultes à poursuivre 151

4- Une fluidité des parcours de vie et de soins à améliorer 152
4.1 - Des risques avérés de rupture de prise en charge lors des transitions établissement – service – milieu ordinaire, scolaire ou professionnel 152
4.2 - Les difficultés de coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social .. 152

5- Etat des lieux de la mise en œuvre des orientations nationales en faveur des personnes handicapées en Champagne Ardenne : les plans nationaux et leur mise en œuvre en région 153
5.1 - Le programme pluriannuel de créations de places pour personnes handicapées pour un accompagnement tout au long de la vie (2008-2014) 153
5.2 - Le plan autisme 2008-2012 153
5.3 - Le plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes (2010-2012) 154
5.4 - Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares (2009-2013) 154

Chapitre 3 - Les objectifs opérationnels du SROMS 155

1- Rappel des priorités et objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) 155

2- Description des objectifs opérationnels déclinés par actions, leviers et territoires 156
2.1 - Objectif opérationnel n°1 156
2.2 - Objectif opérationnel n°2 157
2.3 - Objectif opérationnel n° 3 158
2.4 - Objectif opérationnel n° 4 159

2.5 - Objectif opérationnel n° 5 161
2.6 - Objectif opérationnel n° 6 165
2.7 - Objectif opérationnel n° 7 166
2.8 - Objectif opérationnel n° 8 168
2.9 - Objectif opérationnel n° 9 169
2.10 - Objectif opérationnel n° 10 171
2.11 - Objectif opérationnel n° 11 172
2.12 - Objectif opérationnel n° 12 173
2.13 - Objectif opérationnel n° 13 175

Chapitre 4 - Les priorités régionales d'équipement 177

1- Les éléments de contexte 177
1.1 - Relatifs aux plans nationaux 177
1.2 - Relatifs aux critères d'évaluation des besoins 177
1.3 - Relatifs au territoire pertinent pour l'implantation des équipements 177

2- La détermination du niveau de création de places sur la durée du schéma 178
2.1- Les principes 178
2.2 - Les résultats 179
2.3 - Le cas particulier des ESAT 183

3- Des priorités régionales d'équipement déclinables en cohérence avec les priorités des plans nationaux et du SROS ambulatoire 184

4- Les orientations du schéma relatives aux actions de transformation de l'équipement existant .. 184

Chapitre 5 - Synthèse régionale et conduite de la mise en œuvre du SROMS 185

Annexes 189

Glossaire du SROMS 250

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.

Selon les cas, l'encadré comprendra :

- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 - Contexte général

1- Méthodologie

Le volet " personnes handicapées " se fonde sur deux approches complémentaires, le parcours de prise en charge et les publics spécifiques, structurées autour de 6 thèmes :

- Le diagnostic précoce, les modes d'accompagnement, la scolarisation et la participation sociale des enfants et des adolescents
- Le parcours de vie sociale et professionnelle des personnes adultes handicapées (y compris les personnes handicapées vieillissantes)
- L'autisme et les troubles envahissants du développement
- Le handicap psychique
- Les traumatismes crâniens et cérébro lésés
- Les déficiences sensorielles et les troubles spécifiques du langage

1.1 - La concertation avec les Conseils Généraux

Plusieurs réunions de concertation ont été organisées avec les Conseils Généraux pour arrêter ensemble les critères, les orientations et les priorités relatives aux offres d'équipement ou de répit relevant d'un financement conjoint.

L'article L.1434-12 alinéa 2 du Code de la santé publique (CSP) prévoit que le SROMS « est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les Conseils Généraux de la région » pour les établissements et services pour personnes âgées et adultes handicapés ainsi que pour les structures expérimentales.

Le SROMS et les schémas départementaux doivent s'articuler entre eux.

Les schémas départementaux :
- répondent aux besoins sociaux de l'ensemble de la population âgée et de la population handicapée (accès aux droits, logement, insertion, transports…)[54] et permettent d'apprécier au plus près les besoins de la population.

Le SROMS :
-« répond aux besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux »[55] financés par l'assurance maladie.
- intègre le dispositif des adultes handicapés travaillant en Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT).

Concomitamment à leurs champs respectifs d'intervention, le SROMS et les schémas départementaux affichent des complémentarités. Le SROMS a pour objectif d'identifier les besoins spécifiquement régionaux et les schémas départementaux assurent l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité.

Les territoires de référence de ces schémas doivent donc interagir entre eux : le territoire de proximité s'inscrit au sein du territoire de santé, lui-même constituant une partie du territoire régional.

[54] Article L.312-4 du Code de l'action sociale et des familles
[55] Article R.1434-6 du CSP

Les schémas départementaux et le SROMS ont un périmètre propre mais aussi des compétences partagées notamment sur la programmation de dispositifs cofinancés tels que l'*accompagnement sur les lieux de vie, activités de jour, hébergement médico-social.*

Une évaluation partagée des besoins ainsi qu'une identification partagée des priorités d'équipement à financer sur la durée du schéma régional se sont donc avérées nécessaires, d'où un important travail de concertation et de négociation avec les Conseils Généraux de la région.

Pour réaliser les travaux, l'ARS s'est appuyée sur un groupe projet associant les différents acteurs institutionnels du secteur médico-social intervenant dans le champ des personnes handicapées.

Par ailleurs, des auditions de professionnels de terrain ont été organisées, afin d'alimenter les travaux du SROMS pendant la phase de diagnostic.

En interne à l'ARS, des réunions de travail avec les équipes projets des 3 schémas ont été organisées. Ces rencontres ont permis d'identifier des thèmes transversaux et de déterminer les schémas dans lesquels les actions devaient être rattachées.

Les constats, problématiques et objectifs prioritaires par territoire découlant de ces travaux ont ensuite été déclinés en fiches actions.

2.2 - Le groupe projet

Sa composition est précisée en annexe I portant sur la composition du groupe projet SROMS-volet personnes handicapées.

Les réunions mensuelles du groupe de travail se sont déroulées sur le mode de la participation et de la concertation.

Il a été demandé aux participants de :

- collecter toutes informations et données utiles à la construction d'un diagnostic partagé ;
- participer à la réflexion, aux débats et aux échanges ainsi qu'aux retours d'expérience permettant d'aboutir à des propositions d'orientations, d'actions et de priorités qui soient l'aboutissement d'un travail collectif ;
- participer aux auditions des associations et gestionnaires du secteur Personnes Handicapées (PH), à partir d'une liste préalablement validée.

2.3 - Les auditions

2.3.1 - Objectifs et calendrier

Les auditions se sont déroulées en 2 temps, une contribution écrite basée sur un questionnaire d'audition (Annexe II) puis une rencontre entre professionnels du secteur et membres du groupe projet.

La ligne directrice était de connaître les orientations, objectifs et priorités que les acteurs de terrain souhaitaient voir figurer dans le présent volet du SROMS, sur la base d'un questionnaire d'audition (Annexe II) décliné autour des axes suivants :

- L'offre d'équipement installée (par mode d'accueil et par territoire) : Permet-elle de répondre de manière adaptée ou suffisante aux besoins présents et à venir ?

- Les éventuelles difficultés d'accès aux dispositifs sanitaires et médico-sociaux et leurs causes (accessibilité territoriale - amplitude de fonctionnement des Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) – accès aux services hospitaliers et professionnels de santé- délai de réponse)

- Le niveau des ressources mobilisables en personnel médical et paramédical présent et à venir par territoire (médecin généralistes et spécialistes - IDE – kiné, psychomotriciens et orthophonistes)

- Les mesures destinées à favoriser l'efficience des ESMS : la qualité du service rendu, la formation, la contractualisation et l'évaluation.

- Les dispositifs de coordination pour soutenir le parcours de vie des personnes handicapées (offre médico-sociale et sanitaire – offre médico-sociale et libérale – institution et milieu ordinaire)

- La nature des informations susceptibles d'améliorer de manière pérenne la connaissance de l'évolution des besoins des personnes handicapées.

Il a été demandé à l'organisme auditionné :

- d'organiser **avant son audition une concertation avec l'ensemble des adhérents qu'il représente dans la région.**

- de débattre et de répondre aux questions des membres du groupe projet – SROMS PH.

Ces auditions se sont déroulées de mi-avril à mi-juin 2011 et ont concerné 31 organismes, institutions ou experts sur un domaine particulier.

2.3.2 - Les organismes, institutions et professionnels de santé auditionnés

La liste des organismes, institutions et professionnels de santé auditionnés figure en annexe III.

2- Références législatives et réglementaires - plans nationaux

2.1 - Recommandations internationales

- Recommandation CM/Rec (2 010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionalisation des enfants et leur vie au sein de leur collectivité. Adoptée par le Comité des Ministres le 3 février 2010, lors de la 1076e réunion des Délégués des Ministres.

- ONU Convention relative aux droits des personnes handicapées adoptée le 13 décembre 2006 ratifiée par la France le 18 février 2010.

2.2 - Principaux textes législatifs

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 *rénovant l'action sociale et médico-sociale* (1).
- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 *de modernisation sociale* (1).
- Loi n° 2 005-102 du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.
- Article L .2132-4 du CSP sur la création des Centre d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP)
- Décret 59-284 du 9 mars 1956 modifié par le décret 63-146 du 18 février 1963 sur les Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP).

2.3 - Principaux textes réglementaires

- Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 *portant révision des annexes XXIV.*
- Décret n° 2004-613 d u 25 juin 2004 *relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.*
- Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 *sur les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP)*.
- Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 *relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).*
- Décret n° 2006-703 du 16 j uin *2006 relatif aux établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) et à la prestation de compensation et modifiant le CASF.*
- Décret 2009-322 du 20 mars 2009 *relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.*
- Décret 2009-565 du 20 mai 2009 *relatif à la formation, à la démarche de reconnaissance des savoir-faire et de compétences et à la validation des acquis de l'expérience des travailleurs handicapés accueillis en établissement ou service d'aide par le travail.*

2.4 - Plans nationaux[56]

- Plan Handicap visuel- plan 2008-2011 intitulé " pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la Cité ".

- Plan Autisme 2008-2010 : Parmi les trente propositions, le plan comporte cinq mesures phares orientées autour de la recherche, la formation des professionnels, la diversification des méthodes de prises en charge innovantes, l'orientation des familles lors du diagnostic et enfin le renforcement de l'offre d'accueil.

- Schéma national Handicaps rares 2009-2013 : il s'agit du premier schéma national d'organisation sociale et médico-sociale sur les handicaps rares.

2.5 - Recommandations Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)[57]

- L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) - *Juin 2011*.
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux *Octobre 2010.*
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre- *Juillet 2008*.

[56] http://www.cnsa.fr/
[57] http://www.anesm.sante.gouv.fr

Chapitre 2 - Diagnostic régional

Le diagnostic dressé dans ce présent volet vient compléter celui établi dans le cadre de l'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS).

Cette démarche vise également à croiser les données relatives à la population handicapée avec les ressources mobilisables, professionnels de santé et soins de premier recours.

" *Les schémas régionaux répondent aux besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux* " [58]

Le constat général qui peut être dressé est le suivant :

La notion de besoin est complexe car elle résulte, non de la seule déficience, mais également de l'interaction avec l'environnement, facteur essentiel de l'incapacité éventuelle de la personne à accéder à une vie sociale et professionnelle.

1- La population handicapée en Champagne Ardenne : une connaissance partielle des publics

Pointée dès 2003 par le rapport de la Cour des comptes au Président de la République " la vie avec un handicap"[59] cette difficulté est reprise par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans son guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie (édition 2009).
" *L'estimation du nombre de personnes handicapées ou dépendantes, la connaissance de leurs caractéristiques, de leur situation et de leurs difficultés est un préalable essentiel pour la définition des politiques publiques visant à répondre au mieux à leurs besoins. Pourtant, la connaissance des personnes en situation de handicap ou de dépendance demeure lacunaire tant la notion est complexe et les données nombreuses mais parcellaires.* "

La région Champagne Ardenne n'échappe pas à ce constat général.

1.1 - Le nombre de personnes handicapées en Champagne Ardenne : une estimation peu aisée.

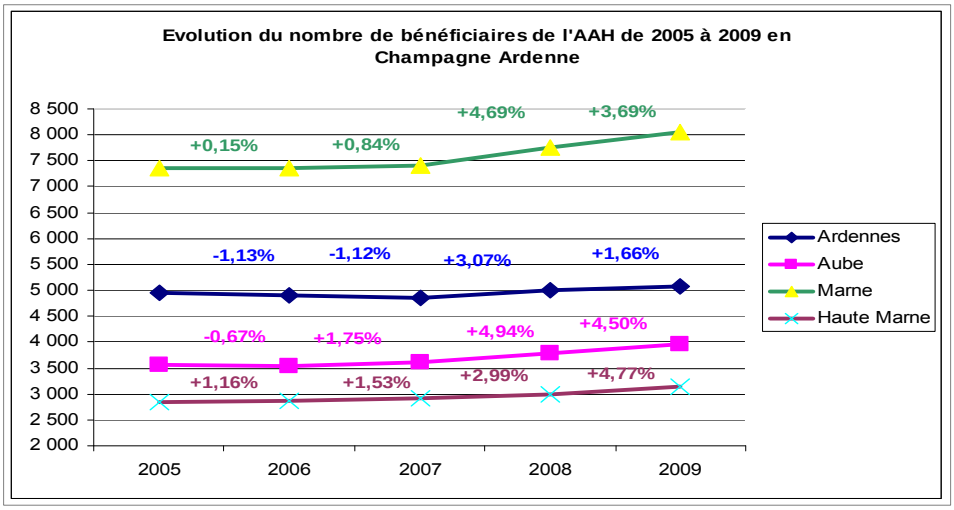
- L'approche par prestations : Allocation pour Adultes Handicapés (AAH) et Allocation d'Education pour Enfants Handicapés (AEEH) (source INSEE)

Taux de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés en 2009 pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (population 2008)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute Marne	C.A.	France
Nombre de bénéficiaires de l'AAH	5 085	3 949	8 055	3 142	20 231	854 155
Taux de bénéficiaires en %	34,04	24,87	26,09	32,69	**28,37**	**25,02**

Source : DREES, INSEE, Exploitation ORSCA

[58] Article R1434-6 du Code de la santé publique.
[59] La vie avec un handicap : pp 25 à 32



Taux de bénéficiaires de l'AEEH pour 100 familles en 2009

	Ardennes	Aube	Marne	Haute Marne	C.A.	France
Taux de bénéficiaires AEEH en %	2,2	2,4	2	2,2	**2,2**	**1,9**

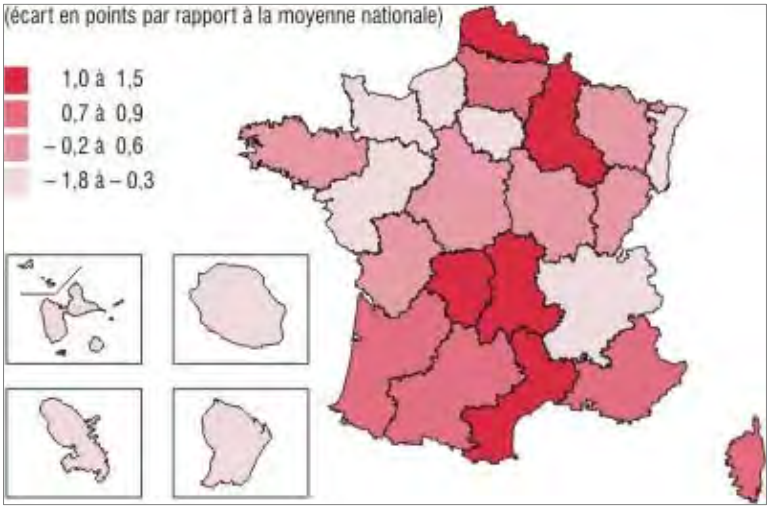
Source : DREES, INSEE, Exploitation ORSCA

La Champagne Ardenne présente un taux de bénéficiaires de l'AAH et de familles allocataires de l'AEEH supérieur au niveau national

➢ La perception du handicap chez les habitants de Champagne Ardenne

Les résultats présentés par cette enquête ne sont pas issus d'un constat d'ordre médical ou le fait de la reconnaissance d'un handicap existant, mais uniquement du ressenti d'une personne, dans sa vie personnelle.

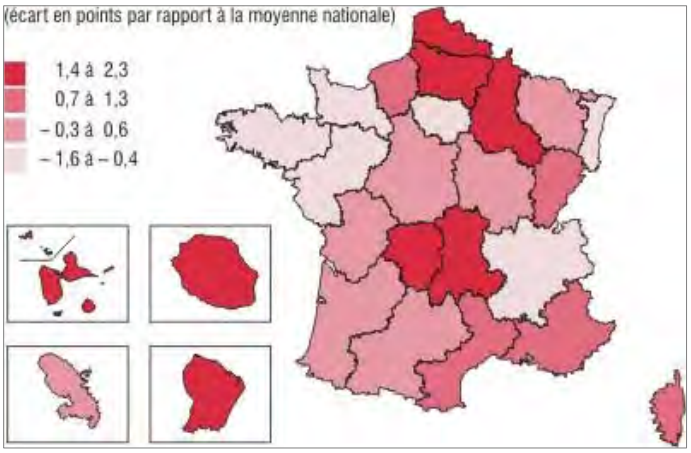
Proportion de personnes considérant avoir un handicap (à structure par âge et sexe identique)



Source : Insee, enquête Vie quotidienne et santé 2007

A structure par sexe et âge identique à celle de la France, la Champagne-Ardenne aurait une proportion de personnes considérant avoir un handicap supérieure de 1 point à la moyenne nationale. Cela représente ainsi 11% des habitants de Champagne-Ardenne par rapport à 9,8% des français.

Proportion de personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle importante (à structure par âge et sexe identique)



Source : Insee, enquête Vie quotidienne et santé 2007

A structure par sexe et âge identique à celle de la France, la Champagne Ardenne aurait une proportion de personnes considérant avoir au moins une limitation fonctionnelle importante supérieure de 2,2 points à la moyenne nationale. Cela représente ainsi 14,2% des habitants de Champagne Ardenne par rapport à 11,7% des français.

A structure de population équivalente la proportion de personnes en Champagne-Ardenne déclarant avoir un handicap et déclarant avoir au moins une limitation fonctionnelle importante est plus élevée qu'au niveau national

➢ Le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire

Un taux de scolarisation des élèves handicapés en milieu ordinaire en Champagne-Ardenne comparable au taux national en 2010, soit 1,79% au niveau régional et 1,7% au niveau national.

Source INSEE effectif scolaire en 2010-1er et 2nd degré et rapport au président de la république sur la scolarisation des enfants handicapés de mai 2011

Troubles ou atteintes et scolarisations en milieu ordinaire : 1ER DEGRE

Troubles	scolarisation exclusive dans une classe ordinaire	scolarisation dans une classe ordinaire avec appui d'un enseignant spécialisé	scolarisation en CLIS 1 et dans une classe ordinaire	scolarisation en CLIS 2 et dans une classe ordinaire	scolarisation en CLIS 3 et dans une classe ordinaire	scolarisation exclusive en CLIS 1	scolarisation exclusive en CLIS 2	Total
intellectuels et cognitifs	586	15	721	3	1	238		1564
du psychisme	469	11	10	1		7		498
langage et de la parole	157	3	6	1				167
auditifs	32	32					2	66
visuels	38	1						39
viscéraux	37		2					39
moteurs	177	2						179
plusieurs associés	85	5	8			23		121
autres	52	1				1		54
Total	1633	70	747	5	1	269	2	2727

Source : tableau de bord académique 2009-2010, rectorat- Enquête 2010

60% des élèves handicapés sont scolarisés exclusivement dans une classe ordinaire sans ai de spécialisée (56% en 2009).
94% des élèves présentant des troubles psychiques sont scolarisés exclusivement en classe ordinaire (88,8%) en 2009.
99% des élèves présentant des troubles moteurs sont en classe ordinaire (93,4% en 2009).
26,4% des élèves fréquentent exclusivement une Classe d'Intégration Scolaire (CLIS) - 24,2% en 2009).

Troubles ou atteintes et scolarisations en milieu ordinaire: 2nd DEGRE

troubles	scolarisation exclusive dans une classe ordinaire	scolarisation dans une classe ordinaire avec appui d'un enseignant spécialisé	scolarisation en ULIS TFC (troubles des fonctions cognitives ou mentales) et dans une classe ordinaire	scolarisation en ULIS TED (troubles envahissants du développement) et dans une classe ordinaire	scolarisation en ULIS TFM (troubles des fonctions motrices) et dans une classe ordinaire	scolarisation en ULIS TFA (troubles des fonctions auditives) et dans une classe ordinaire	scolarisation en ULIS TFV (troubles des fonctions visuelles) et dans une classe ordinaire	scolarisation exclusive en ULIS TFC (troubles des fonctions cognitives ou mentales)	Total
intellectuels et cognitifs	231	41	333	2			1	26	**634**
psychisme	279	19	10					2	**310**
TSL	203	2	14		1				**220**
auditifs	32	6				14			**52**
visuels	41								**41**
viscéraux	39	1	1						**41**
moteurs	200	3	1		4				**208**
plusieurs troubles associés	39	2	3		1			2	**47**
autres troubles	41	8	2						**51**
Total	**1105**	**82**	**364**	**2**	**6**	**14**	**1**	**30**	**1604**

Source : tableau de bord académique 2009-2010, rectorat- Enquête 2010

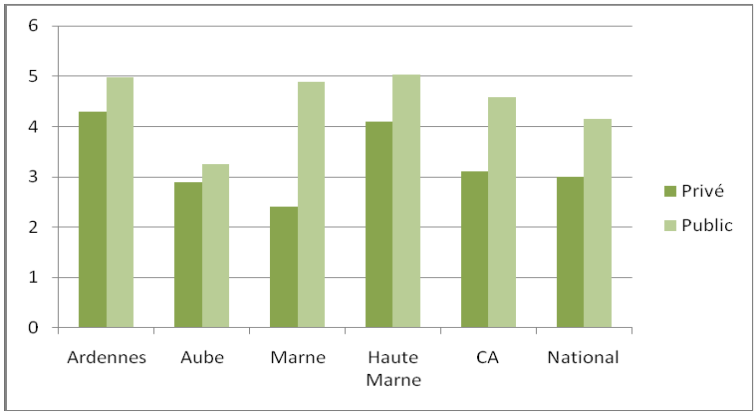
69% des élèves handicapés sont scolarisés exclusivement dans une classe ordinaire sans ai de spécialisée (66% en 2009).
83% des élèves présentant des troubles psychiques sont scolarisés exclusivement en classe ordinaire (83,2%) en 2009.
7,2% des élèves fréquentent exclusivement une Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) (8,3% en 2009).

➢ Les travailleurs handicapés en Champagne Ardenne

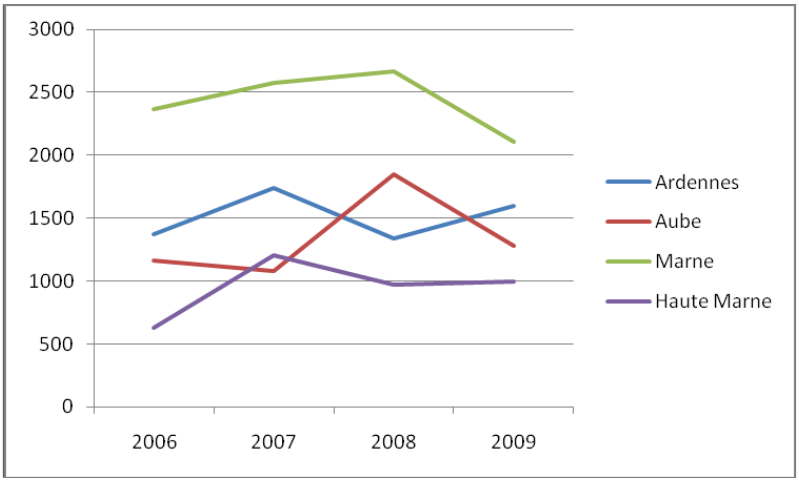
Source PRITH –Tableaux d'indicateurs 1er semestre 2011

Le taux d'emploi des travailleurs handicapés de Champagne-Ardenne est légèrement supérieur au taux d'emploi des travailleurs handicapés au niveau national, avec toutefois des disparités entre des territoires puisque la Haute Marne et les Ardennes se détachent très nettement (+ 1 point).

Taux d'emploi* des travailleurs handicapés par département dans le secteur privé et le secteur public (Source : DOETH/ DIRECCTE Champagne Ardenne et FIPHFP.

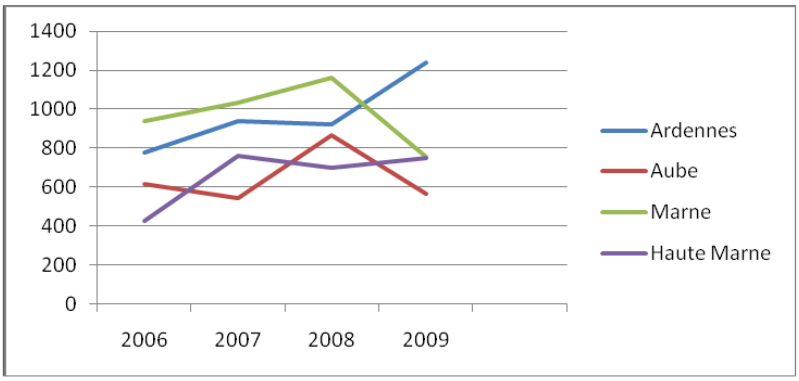


Evolution des décisions de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) par département depuis 2006 (Source : CNSA*, MDPH*)



Evolution des décisions d'ORP (Orientation et Reclassement Professionnel)

(Source : CNSA et MDPH)



1.2 - L'analyse comparée des schémas départementaux : l'analyse des besoins

Une analyse comparée des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale a été réalisée par le CREAHI[60] Champagne Ardenne.

Il ressort de la synthèse du rapport publié en 2010, les difficultés rencontrées en matière d'analyse des besoins :

"Malgré des démarches d'enquête *ad hoc*, l'analyse des besoins n'est pas toujours restituée en tant que telle dans les schémas. De la sorte, le tableau des besoins médico-sociaux n'est pas explicitement brossé, ni dans sa dimension quantitative, ni dans sa dimension territoriale. En outre, on notera que l'analyse des besoins n'a été effectuée qu'auprès des institutions (Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), établissements et services) et des familles et usagers bénéficiaires ou orientés. Cette focalisation structurelle laisse supposer que des besoins non identifiés, notamment concernant les personnes qui restent hors des circuits institutionnels ".

[60]CREAHI : Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les Handicaps et les Inadaptations.

2- L'émergence de besoins de prise en charge pour des publics spécifiques

2.1 - Une identification des besoins non couverts en structures médico-sociales à fiabiliser

➢ Les données disponibles

Le nombre d'enfants en attente d'une place au 31 décembre 2010 (source MDPH)

En Etablissements

	Ardennes	Aube	Marne	Haute Marne	Région
IME DI-Autisme	22	43	66	26	**157**
Poly. Handicap moteur	0	10	9	3	**22**
ITEP	2	48	44	8	**102**
Déficience sensorielle	7	4	1	1	**13**

En Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute Marne	Région
DI-Autisme	12	43	22	23	**100**
Poly. Handicap moteur	6	6	13	3	**28**
TCC[61]	0	16	40	7	**63**
Déf. sensorielle	0	4	3	1	**8**

Le nombre d'adultes en attente d'une place au 31 décembre 2010 (source MDPH)

En Etablissements

	Ardennes	Aube	Marne	Haute Marne	Région
MAS[62]	66	63	67	21	**217**
FAM[63]	11	40	43	22	**116**

En Services

[61]TCC : Troubles de la Conduite et du Comportement
[62]MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
[63]FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

	Ardennes	Aube	Marne	Haute Marne	Région
SAMSAH	0	28	14	18	**60**
SSIAD	0	1	2	1	**4**

Le nombre de jeunes adultes relevant de l'amendement Creton au 31 décembre 2010 (source MDPH)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute Marne
TYPE D'ETABLISSEMENT				
dont établissements pour déficients intellectuels	61	22	64	22
dont établissements pour autistes et TED	0	0	0	0
dont établissements pour handicapés moteurs	5	0	4	4
dont établissements pour polyhandicapés		0	10	3
dont établissements pour troubles du caractère et du comportement	0	0	0	0
dont établissements pour déficients visuels	0	0	0	0
dont établissements pour déficients auditifs	0	0	0	0
dont établissements polyvalents	0	0	0	0
TOTAL- 195 jeunes adultes	**66**	**22**	**78**	**29**

Le nombre d'élèves sur liste d'attente en établissement spécialisé pour l'Académie de Reims – Année scolaire 2009-2010

	Académie	Académie	Ardennes	Ardennes	Aube	Aube	Marne	Marne	Haute-Marne	Haute-Marne
Type d'établissement	Nombre d'élèves en attente d'accueil	Dont élèves en attente d'accueil en situation d' « urgence »	Nombre d'élèves en attente d'accueil	dont élèves en attente d'accueil en situation d' « urgence »	Nombre d'élèves en attente d'accueil	dont élèves en attente d'accueil en situation d' « urgence »	Nombre d'élèves en attente d'accueil	dont élèves en attente d'accueil en situation d' « urgence »	Nombre d'élèves en attente d'accueil	dont élèves en attente d'accueil en situation d' « urgence »
IME	**105**	**22**	5		22		49	21	29	1
ITEP	**78**	**30**	3		46	19	16	10	13	1
Etablissement pour personnes handicapées moteur	**6**	**1**			3		3	1		
Etablissement pour personnes handicapées visuel-auditif	**6**		4						2	
SESSAD – Déficience intellectuelle	**102**	**3**	27		31		11	2	33	1
SESSAD - TCC	**54**	**6**	9		9		30	6	6	
SESSAD - Moteur	**5**		3		1		1			
SESSAD – Déficience Auditive- visuelle	**8**		3		2		1		2	

Source : Scolarisation des élèves handicapés – Académie de REIMS – Année scolaire 2010-2011

Le nombre de personnes prises en charge en Belgique (source services des conseils généraux)

	Nombre de personnes en Belgique	Dont bénéficiant d'une orientation FV[64]	Dont bénéficiant d'une orientation FAM
Ardennes	184	174	9
Aube	16	NC	1
Marne	64	56	8
Haute Marne	2	1	1
Région	**266**		**20**

➢ **Des données à interpréter et exploiter avec prudence**

- Une caractérisation des besoins plus aboutie dans le champ de l'enfance que sur le secteur adultes : les besoins sont identifiés par type de structure et par déficience pour les enfants. En revanche, aucune indication sur la répartition de la liste d'attente par nature de handicap et d'équipement n'est disponible sur le champ adultes excepté en Haute-Marne.

- Les informations fournies n'éclairent pas sur les besoins à couvrir dans les 5 années à venir.

- Les orientations prononcées par les MDPH par défaut, en l'absence de places suffisantes, n'ont pas encore pu être identifiées.

- Des personnes handicapées accueillies par défaut de places suffisantes au sein des établissements de santé alors qu'elles relèveraient d'une orientation en établissement ou service médico-social.

Les MDPH s'engageront à fournir en 2012 l'ensemble des données manquantes pour personnes handicapées adultes.

2.2 - Les personnes handicapées vieillissantes

L'évolution de l'espérance de vie des personnes handicapées a augmenté ces dernières années. Toutefois les facteurs de vieillissement semblent intervenir chez elles plus tôt sans que des critères spécifiques aient été définis.

Nous retiendrons la définition proposée par la CNSA dans le guide technique " Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes".

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

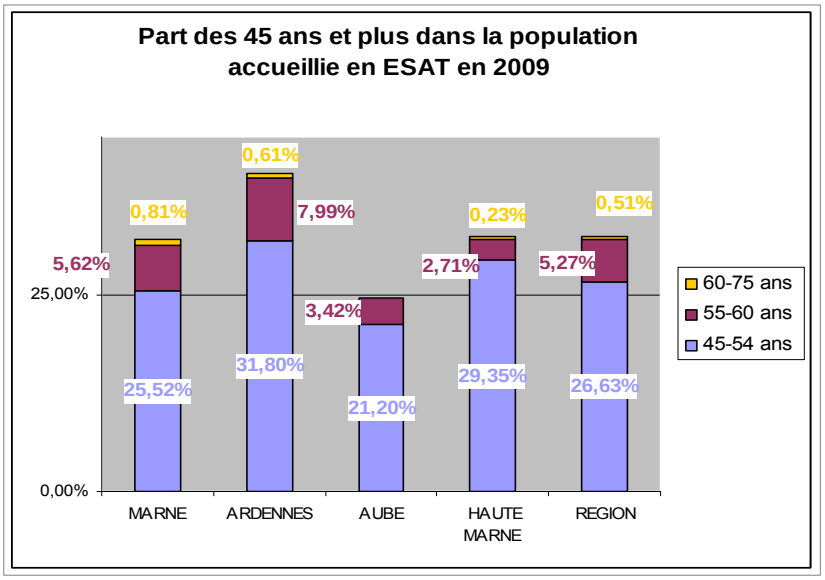
➢ *D'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap.*
➢ *D'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, pouvant aggraver les altérations de fonction déjà présentes ou en occasionner de nouvelles.*
➢ *Mais aussi d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie, sachant que les modalités d'expression de ces attentes seront très variables en fonction des personnes et de la situation de handicap dans laquelle elles se trouvent.*
Le tout pouvant se conjuguer jusqu'à entraîner une réduction du champ des activités notamment sociales, que cette réduction soit d'origine personnelle (capacitaire ou liée à une modification des attentes) ou environnementale (liée aux possibilités offertes par l'environnement et ses éventuelles évolutions).

[64] FV : Foyer de Vie

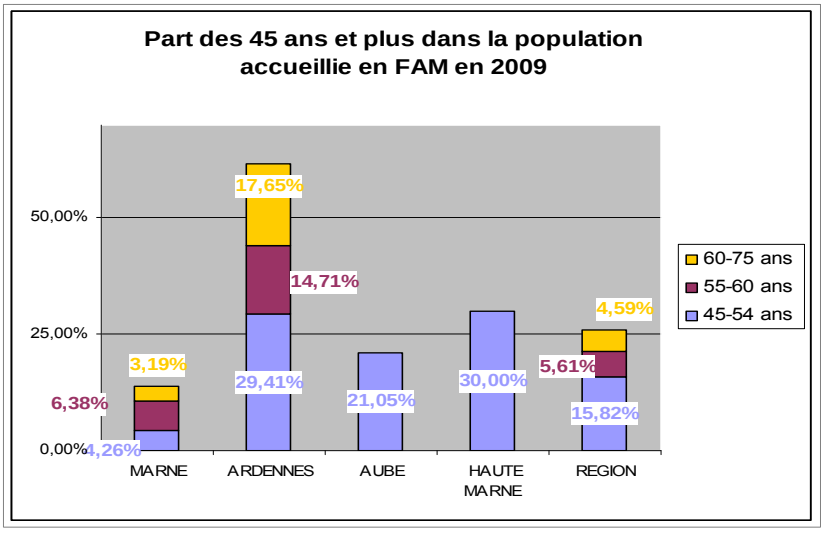
Cette définition impose une prise en compte du vieillissement comme phénomène individuel, influencé par l'histoire et l'environnement de la personne, se traduisant en termes de perte d'autonomie".

Par conséquent une personne handicapée qui vieillit nécessite un accompagnement différent.

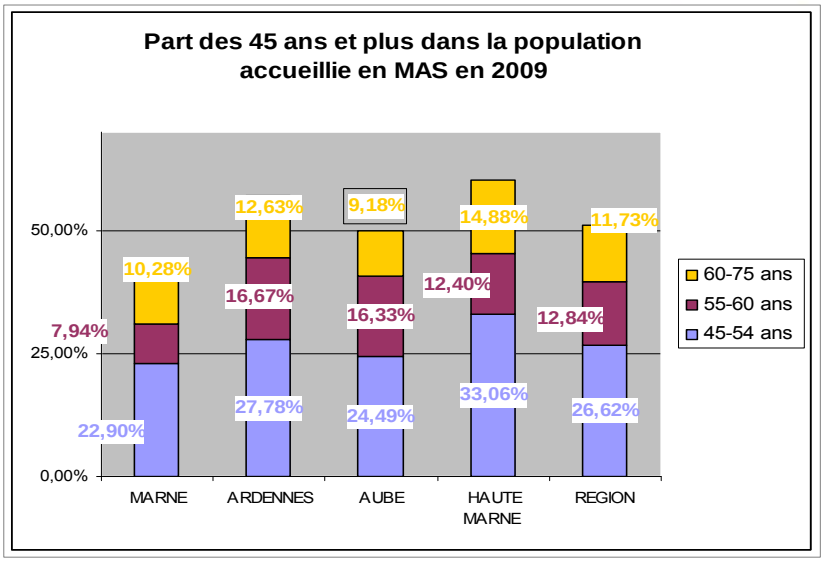
Dans la région et par département le nombre potentiel de personnes handicapées vieillissantes présentes dans les établissements a été évalué par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les services des conseils généraux.



Source : Indicateurs Physico-financiers 2009- ARS Champagne Ardenne



Source : Indicateurs Physico-financiers 2009- ARS Champagne Ardenne



Source : Indicateurs Physico-financiers 2009- ARS Champagne Ardenne

- Les 45 ans et plus en Foyers d'Hébergement (FH) :

Marne: 42% des pers. accueillies en FH ont plus de 45 ans dont 12 % de plus de 55 ans
Haute Marne : 75% des pers. accueillies en FH ont plus de 45 ans dont 8% de plus de 55 ans
Ardennes: 45% des pers. accueillies en FH ont plus de 40 ans dont 18% de plus de 50 ans
Aube : 38% des pers. accueillies en FH ont plus de 45 ans dont 8% de plus de 55 ans

- **Les 45 ans et plus en Foyers Occupationnels (FO) / Foyers de Vie (FV):**

Marne: 51% des pers. accueillies en FO/FV ont plus de 45 ans dont 24% de plus de 55 ans
Haute Marne: 28% des pers. accueillies en FO/FV ont plus de 45 ans dont 8% de plus de 55 ans
Ardennes: 20% des pers. accueillies en FO/FV ont plus de 40 ans dont 7% de plus de 50 ans
Aube : 51% des pers. accueillies en FO/FV ont plus de 40 ans dont 16% de plus de 55 ans

Les questions relatives aux modes d'accompagnement adaptés à la prise en charge de ce public ainsi que le niveau de médicalisation requis, en particulier pour les personnes handicapées accueillies en foyer non médicalisé, sont posées.

Les départements de la Haute Marne et des Ardennes ont constitué un groupe de travail spécifique pour approfondir cette problématique de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Les résultats obtenus permettront le cas échéant d'ajuster les objectifs d'équipement déterminés au sein du SROMS en MAS – FAM - SAMSAH[65] – SSIAD PH, le cas échéant avec les acteurs du secteur personnes âgées.

2.3- Les personnes autistes atteintes de Troubles Envahissants du Développement (TED)

Cf Annexe VI « Localisation IME-SESSAD pour jeunes autistes –TED et localisation FAM-ESAT pour autistes-TED adultes ».

L'étude réalisée par le Centre de Ressources sur l'Autisme (CRA) en 2009 et intitulée " Les personnes autistes et atteintes de TED dans les établissements sanitaires et médico-sociaux de Champagne Ardenne offre institutionnelle d'accompagnement et recensement de la population " a permis d'appréhender le niveau d'adéquation entre l'offre d'équipement existante et les besoins à couvrir.

[65]SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social pour personnes Adultes Handicapées

Cette étude, réalisée à partir d'une enquête conduite auprès d'ESMS spécialisés accueillant des autistes TED et des services de pédopsychiatrie de la région aboutit aux constats suivants:

- En moyenne, les institutions médico-sociales champardennaises accompagnent trois mineurs et/ou jeunes majeurs pour deux adultes. Toutefois, alors que les enfants autistes occupent principalement un type unique d'établissement, les Instituts Médico-Educatifs (IME), les adultes atteints par ce handicap se répartissent dans l'ensemble de l'éventail des établissements et services pour adultes handicapés.

- 8 établissements sur 10 déclarent un nombre de places occupées par des personnes atteintes d'autisme supérieur au nombre de places agrées « autisme ». Pour autant, l'étude précise que ces résultats n'autorisent pas à conclure à un « déficit » ou au contraire à une « suffisance » de l'offre de places agrées. Le rapport d'étude précise ainsi que seule une étude qualitative serait à même d'interroger l'opportunité de faire se fréquenter des personnes entre elles atteintes de handicaps principaux différents.

Concernant l'accès au diagnostic, la Champagne-Ardenne présenterait une durée d'attente plus longue par rapport au national. En 2009, le délai d'attente depuis la réception de la demande par le Centre Ressources sur l'Autisme (CRA) jusqu'à la réception du bilan était en moyenne de 345 jours contre 289 jours en moyenne à l'échelon national.[66]

Les associations d'usagers soulignent la nécessité d'accompagner les familles, principalement en aval du diagnostic (information, prise en charge spécialisée) et évoquent les difficultés rencontrées en matière d'accès aux soins somatiques et spécialisés du fait notamment d'un manque de professionnels de santé sensibilisés aux particularités du public autiste. [67]

2.4 - Les enfants handicapés relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

Les structures de l'ASE sont confrontées à des difficultés pour assurer un accueil adapté les week-ends et les vacances scolaires.

Le nombre d'enfants concernés par type d'établissement est en cours de recensement avec le concours des services des conseils généraux.

Une réflexion spécifique devra être conduite en liaison avec les conseils généraux et en concertation avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

2.5 - Les personnes handicapées psychiques

Cf Annexe VI « Localisation des FAM, ESAT et MAS pour personnes handicapées psychiques ».

Les insuffisances dans la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques ont été régulièrement évoquées lors des auditions, notamment du fait d'une offre d'équipement inégalement répartie sur la région. Pourtant, des structures ont été spécifiquement créées, notamment en faveur du public adulte.
Un meilleur repérage des besoins non pris en compte dans leur diversité, avec le concours des différents acteurs concernés, intervenant dans le champ du sanitaire, du médico-social, du social, auprès d'un public en institution ou à domicile, est indispensable. Il permettra de déterminer dans quelle mesure l'éventail des modes d'accompagnement et de prise en charge doit être élargi.

[66] Source : CNSA-Analyse de l'activité 2009 des Centres de Ressource Autisme et Rapport d'activité 2009 du CRA de Champagne Ardenne
[67] Source : synthèse du questionnaire régional " Diagnostic / Annonce du handicap " réalisée par le Collectif régional des associations représentant les personnes autistes et/ou atteintes de Troubles envahissant du développement

Par ailleurs, deux difficultés majeures ont été identifiées et nécessitent des réponses spécifiques et complémentaires entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social :

- L'accès en hospitalisation complète en psychiatrie pour des enfants et adolescents handicapés en situation de crise aiguë et leur retour en établissement médico-social.

- La gestion et la prévention conjointe (établissement médico-sociaux – établissement et services de santé mentale des crises aiguës pour des adultes handicapés ainsi que le retour en établissement médico-social.

2.6 - Les adultes handicapés à domicile et à la charge de leurs parents

Le nombre d'adultes handicapés à domicile et à la charge de leurs parents n'est pas connu à ce jour sur l'ensemble de la région. Or il faut incontestablement proposer à ces familles

- des solutions sous la forme d'une aide au répit ;
- des solutions pour préparer la réorientation de leur enfant vers un mode d'accompagnement approprié à leur handicap.

Un repérage de ces adultes handicapés sera à effectuer avec le concours des différents acteurs concernés, qu'ils soient associatifs ou publics, avant de rechercher les réponses adaptées, en lien avec les conseils généraux et en concertation avec la CRSA.

2.7 - Les personnes handicapées atteintes d'un traumatisme crânien ou cérébro-lésées

Cf Annexe VI « Localisation des structures IME IMC » et « Localisation SESSAD ».

L'offre disponible demeure inégalement répartie sur le territoire et la connaissance des besoins correspondant à cette population s'avère également insuffisante. La connaissance précise de ces cas, en particulier en ce qui concerne les enfants, nécessite une étude précise à partir des données PMSI SSR, en lien avec la direction de l'offre de soins.

2.8 - Les personnes handicapées atteintes d'une forme rare de handicap

La structuration de la réponse aux besoins exprimés par les personnes handicapées atteintes d'un handicap rare au sein de la région découle des orientations du schéma national handicaps rares 2009-2013. Selon les directives données par la CNSA et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), l'organisation de l'offre d'équipement sanitaire et médico-sociale devra être interrégionale.
Les modalités relatives à la mise en œuvre opérationnelle de ce dispositif restent toutefois à préciser par la CNSA et la DGCS.

3- Les structures pour personnes handicapées en Champagne Ardenne : des inégalités territoriales qui persistent et des besoins qui restent à couvrir

3.1 - Selon la CNSA une région correctement équipée dans le champ de l'enfance malgré des inégalités territoriales

Cf Annexe IV (tableau relatif aux capacités autorisées en ESMS) et annexe VI (cartographies)

3.2 - Un renforcement du niveau d'équipement pour adultes à poursuivre

Cf Annexe V (tableau relatif aux capacités autorisées en ESMS) et annexe VI (cartographies)

Estimation du nombre de jeunes entre 16 et 19 ans accueillis en structures spécialisées en 2009 et susceptibles d'intégrer une structure médico-sociale pour adultes handicapés à horizon 2013 (période 2010-2013).

NOMBRE DE JEUNES ENTRE 16 ET 19 ANS EN 2009 **Source Indicateurs physico-financiers 2009**

	IME DI	SESSAD DI	ITEP	SESSAD TCC	Etab. déficients moteurs	SESSAD moteurs	Etab. Déficients polyhandicap	SESSAD polyhandicap
ARDENNES	228	46 au max.	10	22 au max	17 au max	7 au max	17 au max	7 au max
AUBE	154 au max.	22	24 au max	24 au max	9 au max	3	8	1
MARNE	259	5	1	4	32	2	20	0
HAUTE MARNE	115	15	10	10	Sans objet	Sans objet	6 au max	6 au max
TOTAL	**756**	**88**	**45**	**60**	**58**	**12**	**51**	**14**

Sorties potentielles ITEP et SESSAD TCC confondues
Sorties potentielles moteurs et polyhandicap confondues
Sorties potentielles etab. et SESSAD polyhandicap confondues

4- Une fluidité des parcours de vie et de soins à améliorer

4.1 - Des risques avérés de rupture de prise en charge lors des transitions établissement –service – milieu ordinaire, scolaire ou professionnel

L'objectif d'intégration progressive en milieu ordinaire doit s'accompagner d'un droit « au retour » grâce à la mise en œuvre de coopérations structurées et formalisées entre les différentes catégories de structures (médico-sociales, éducatives, professionnelles….) et de l'adaptation de l'offre.

Exemples :

- Des enfants suivis par un CAMSP, dès qu'ils atteignent l'âge de 6 ans, ne trouvent pas la réponse en SESSAD faute de places suffisantes.

- La question de la continuité de la prise en charge des adolescents accueillis en ITEP au-delà de 16 ans.

- La question de la diversification des modes de prise en charge : internat complet en ITEP, hébergement temporaire.

- La réussite de l'insertion sociale et professionnelle d'adolescents et d'adultes issus du secteur du travail protégé passe par la mise en œuvre de mesures diversifiées d'accompagnement dans leur parcours de formation professionnelle et d'insertion en milieu protégé ou en entreprise.

- Le passage d'un mode de prise en charge à un autre à faciliter (ex : passage d'un accompagnement par un SESSAD Troubles de la Conduite et du Comportement (TCC) à une prise en charge en ITEP).

4.2 - Les difficultés de coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social

L'accès aux établissements de santé mais également aux établissements et services pour personnes handicapées en fonction des besoins de leur parcours de vie ou de soins demeure encore difficile en l'absence d'une coopération et coordination organisée et formalisée.

2 Exemples de difficultés qui peuvent être cités :

- Une coopération non formalisée entre les ITEP et le secteur de pédopsychiatrie :

Les ITEP sont confrontés au manque de places de pédopsychiatrie en lits d'hospitalisation. Cette situation pose des difficultés notamment dans les cas de gestion de crise et d'aggravation des troubles du comportement nécessitant une hospitalisation rapidement.

- Un manque de coopération des FAM et MAS avec les établissements sanitaires :

D'une façon générale, le secteur hospitalier ne connait pas suffisamment l'organisation du secteur médico-social, ses ressources en soins disponibles et les conséquences des handicaps.

Ces problèmes de fluidité des parcours de vie et de soins évoqués au 4.1 et 4.2 nécessiteront d'être abordés avec l'ensemble des administrations publiques concernées.

Les établissements et services relevant de la compétence de l'ARS ont la capacité, dans le strict cadre des règles d'organisation et de fonctionnement qui les régissent, de participer à la mise en œuvre des politiques publiques dont la conduite est confiée à d'autres services de l'Etat ou au président du conseil général.

La commission de coordination des politiques publiques du secteur médico-social sera amenée à organiser la coordination de l'action publique notamment autour des thématiques suivantes :

Coordination entre les institutions concernées par la mise en œuvre de l a scolarisation des enfants handicapés.

Coordination avec les services de l'Etat en charge de la cohésion sociale autour des thèmes Sports - dispositif Vacances Adaptées Organisées- Le logement accompagné pour personnes handicapées.

Coordination et la coopé ration dans le champ de l'insertion des travailleurs handi capés en milieu ordinaire de travail.

5- Etat des lieux de la mise en œuvre des orientations nationales en faveur des personnes handicapées en Champagne Ardenne : les plans nationaux et leur mise en œuvre en région

5.1 - Le programme pluriannuel de créations de places pour personnes handicapées pour un accompagnement tout au long de la vie (2008-2014)

Nombre de places nouvelles notifiées entre 2007 et 2009 pour la création de places en établissements et services pour enfants et adultes, en Champagne Ardenne.

	Adultes		Total adultes	Enfants		Total Enfants
	Etablissements	Services		Etablissements	Services	
8	50	14	64	0	0	0
10	29	14	43	14	14	28
51	86	30	116	47	31	78
52	27	5	32	5	14	19
Total Champagne Ardenne	192	63	255	66	59	125
Total France	8464	3840	12304	2767	3787	6554

Source : CNSA- Echange technique février 2011

5.2 - Le plan autisme 2008-2012

Nombre de places agréées autisme en Champagne Ardenne

	Adultes		Total adultes	Enfants		Total Enfants
	Etablissements	Services		Etablissements	Services	
8	5	0	5	60	4	64
10	24	0	24	10	15	25
51	59	0	59	45	5	50

52	30	0	30	18	6	24
Total Champagne Ardenne	118	0	118	133	30	163

La déclinaison du plan autisme en région Champagne Ardenne

Un état des lieux de la prise en charge du syndrome autistique et des TED dans la région a été engagé. La démarche a eu pour objet d'identifier les éventuels problèmes d'organisation et de fonctionnement au sein du dispositif régional et de s'appuyer sur les mesures du plan pour tenter d'y remédier.

Les 6 axes de travail suivants ont été retenus par le CTRA :

- Le diagnostic et le dépistage du syndrome autistique ;

- L'organisation et le fonctionnement du Centre de Ressources Autisme ;

- L'état actuel de l'offre sanitaire et médico-sociale au regard des besoins de la population autiste-TED et les perspectives de financement dans le cadre du PRIAC ;

- La formation initiale et continue des professionnels de santé et du secteur médico-social ;

- Le repérage de nouvelles méthodes et techniques de prise en charge médico-sociale dans la région ;

- La coopération établissements de santé-structures médico-sociales-MDPH-CRA.

5.3 - Le plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes (2010-2012)

Cf Annexe IV (tableau relatif aux capacités autorisées en ESMS) et annexe VI (cartographies)

Les actions qui sont menées en région, en particulier en matière de prévention, de dépistage et d'accompagnement en institutions et services médico-sociaux, concourent à la mise en œuvre des objectifs de ce plan qui sont de 3 ordres :

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

Les actions déclinées dans le cadre du présent schéma intègrent le principe selon lequel la prise en charge de la surdité doit être assurée dans une logique de filière sanitaire et médico-sociale.

5.4 - Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares (2009-2013)

Une enquête a été diligentée par la CNSA pour le Grand Est. Le document correspondant a été diffusé en juillet 2011 à titre d'information. La CNSA considère toutefois que la modélisation d'une structure territoriale interrégionale sera à définir au cours du 1er trimestre 2012.

Chapitre 3 - Les objectifs opérationnels du SROMS

1- Rappel des priorités et objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)

Domaine d'action : Handicap et Vieillissement

Priorité 1 :

Connaissance continue des besoins territorialisés et de leur évolution.

Objectif spécifique :

Mettre en place un observatoire dans les domaines du handicap et des personnes âgées.

Priorité 2 :

Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie.

Objectifs spécifiques :

1 Améliorer l'organisation de la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation des personnes âgées et handicapées : aide au diagnostic pour préparer l'entrée, anticipation du plan d'aide progressivité des modalités de prise en charge.

2 Améliorer et formaliser l'organisation de la réponse en matière d'accueil d'urgence et temporaire des personnes âgées et personnes handicapées.

3 Développer la formation des personnels (médico-technique, scientifique, éthique, compétence relationnelle, travail en équipe et collaboration).

4 Favoriser le respect du projet de vie des personnes âgées et personnes handicapées.

2- Description des objectifs opérationnels déclinés par actions, leviers et territoires

PSRS Priorité 1 : Connaissance continue des besoins territorialisés et de leur évolution.

Objectif spécifique

Mettre en place un observatoire dans les domaines du handicap et des personnes âgées

2.1 - Objectif opérationnel n°1

Contribuer à la mise en place d'un observatoire régional afin d'améliorer la connaissance continue des besoins des personnes handicapées et de permettre l'adaptation des moyens.

Les difficultés constatées dans le cadre du diagnostic régional démontrent la nécessité de mettre en place une structure permettant une appréciation continue du nombre de personnes handicapées, de leurs caractéristiques afin d'adapter l'offre d'équipements aux besoins.

Action 1 : Définir ses modalités d'organisation, ses missions et les critères de suivi

L'objectif principal de cet observatoire sera de contribuer à l'amélioration de la connaissance des publics spécifiques et à la caractérisation de leurs besoins (personnes handicapées psychiques, personnes atteintes d'un traumatisme crânien, personnes handicapées vieillissantes, troubles spécifiques du langage, personnes présentant un handicap rare).

Pour se faire, il devra s'appuyer en particulier sur les MDPH et la poursuite de leurs travaux relatifs au recensement, à l'exploitation et au suivi des listes d'attente.

La création d'un système d'information et d'exploitation commun sur la région permettrait ainsi d'améliorer la gestion des listes d'attente en établissements et services pour personnes handicapées. Un tel système est en cours d'élaboration au sein de la CNSA. L'informatisation du système GEVA permettrait ainsi une meilleure connaissance des handicaps dans la région et doit être considéré comme la ressource essentielle pour l'observatoire.

Action 2 : Participer, dans le cadre des missions de l'observatoire, à la réalisation des études prioritaires visant à :

Analyser finement les causes de la décision prise par des personnes handicapées et leur famille d'opter pour des établissements situés en Belgique et les réponses envisageables en Champagne-Ardenne.

- Evaluer au sein de la région par nature d'établissement, de service et mode d'accueil, le nombre de places à créer afin de répondre aux besoins des personnes handicapées notamment les personnes handicapées vieillissantes, les personnes handicapées psychiques, les personnes atteintes d'un traumatisme crânien.Il conviendra de s'appuyer sur les travaux réalisés ou en cours par les services des conseils généraux et ceux d'organismes experts locaux ou nationaux.

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi
Action 1 **Définir les modalités d'organisation de l'observatoire**, ses missions et les critères de suivi	Exploiter les données issues du système d'information SIPA PH mis à disposition par la CNSA. (actions 8 et 11 du plan d'action pour l'appropriation du GEVA-CNSA). Mettre en place un outil régional de suivi des listes d'attente (y compris jeunes adultes relevant de l'amendement Creton) Exploiter l'enquête nationale ES 2010 en cours
Action 2 **Réaliser les études sur des champs prioritaires**	Etudier l'adéquation des projets d'établissement (PE) avec la population prise en charge (origine géographique des personnes accueillies, orientation par défaut…….) Analyser finement les causes de la décision prise par des personnes handicapées et leur famille d'opter pour des établissements situés en Belgique et les réponses envisageables en Champagne-Ardenne Réaliser une étude sur les personnes handicapées vieillissantes[68]

Libellé de l'indicateur	Périodicité
Date d'installation du comité de pilotage de l'observatoire	2012-2016
Nombre de réunions du COPIL observatoire régional médico-social	
Nombre d'études produites	

2.2 - Objectif opérationnel n°2

Décliner au niveau régional, le schéma national relatif aux handicaps rares.

Action n°1 : Etablir un état des lieux régional sur les handicaps rares

La déclinaison opérationnelle régionale de l'organisation territoriale des équipements et services concourant à la prise en charge des handicaps rares sera conduite lorsque la CNSA aura défini la modélisation territoriale des ressources d'expertise interrégionales et d'accompagnement médico-social à retenir au plan national. La mise en place du recensement de ces handicaps sera un préalable prioritaire pour la région (enfants et adultes).

Les handicaps rares ont pour marqueur fréquent la surdité qui fait l'objet, dans la région, d'un dépistage systématique à la naissance. Dès lors, l'articulation entre les services de dépistage, les CAMSP et les établissements et services pour personnes déficientes sensorielles de la région sera renforcée.

[68] Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes – dossier technique CNSA – octobre 2010

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi
Action 1 Etablir un état des lieux régional sur les handicaps rares en recensant les handicaps rares congénitaux et acquis sur la région	S'appuyer sur le dépistage de la surdité congénitale et sur les centres de compétences maladies rares présents dans la région pour le suivi et le recensement[69]

Libellé de l'indicateur	Périodicité
Production de l'état des lieux régional	2013

👁 **cf. SROS périnatalité**

Chapitre 6 : Eléments de transversalité
B) Prise en charge des grossesses à risque médical

👁 **cf. SROS psychiatrie**

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plans d'action
Activité spécifique des intersecteurs infanto-juvéniles sur ces champs

2.3 - Objectif opérationnel n° 3

Evaluer les besoins relatifs à la prise en charge des " *DYS* "

Action n°1 : Etablir un recensement des enfants et adolescents concernés au sein de la région

Un bilan relatif à la prise en charge des " dyslexie – dyspraxie – dyscalculie " au sein de la région n'a pu être conduit à son terme. Ce bilan porte sur l'évaluation des besoins en ce domaine, l'organisation et la structuration de la coopération entre structures médico-sociales pour enfants handicapés, l'Education nationale, les orthophonistes libéraux et le centre de ressources régionales sur les troubles du langage. Les travaux sur cette thématique devront être poursuivis après l'adoption du Schéma.

👁 **cf. SROS psychiatrie :** activité spécifique des intersecteurs infanto-juvéniles sur ces champs (harmonisation des prises en charge médico-sociales et sanitaires

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi
Action 1 Etablir un recensement des enfants et adolescents concernés par des troubles " DYS" Dyslexie – dyspraxie- dyscalculie), en lien avec l'Education Nationale et les MDPH	Mettre en place un groupe de travail associant le Rectorat, les MDPH et le Centre de Référence des troubles des apprentissages de Reims.

Libellé de l'indicateur	Périodicité

[69] Plan national maladies rares 2005-2008 et 2011-2014
Schéma national handicaps rares 2009-2013

Nombre de réunions du groupe de travail	2013
Nombre d'enfants avec troubles " DYS " sans solution de prise en charge	

PSRS Priorité 2 : Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie

Objectifs spécifiques

1- Améliorer l'organisation de la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation des personnes âgées et handicapées : aide au diagnostic pour préparer l'entrée, anticipation du plan d'aide progressivité des modalités de prise en charge.

2- Améliorer et formaliser l'organisation de la réponse en matière d'accueil d'urgence et temporaire des personnes âgées et personnes handicapées.

3- Développer la formation des personnels (médico-technique, scientifique, éthique, compétence relationnelle, travail en équipe et collaboration ...).

4- Favoriser le respect du projet de vie des personnes âgées et personnes handicapées.

2.4 - Objectif opérationnel n° 4

Adapter l'organisation et la prise en charge en établissements et services au projet personnalisé d'accompagnement

Le libre choix par la personne handicapée de son mode de vie et d'hébergement est concrétisé par la mise en œuvre d'un projet personnalisé d'accompagnement établi pour et avec la personne, par l'institution dont elle relève. Ces principes sont issus de l'application de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, confirmés par la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Action n°1 : Diversifier les modes de prise en charge et d'accompagnement

La création et le développement de l'accueil de jour, d'hébergement temporaire ou séquentiel modulé, de l'accueil familial spécialisé et de l'internat modulé sont à poursuivre et à encourager dans la région, notamment au sein des territoires et des établissements qui n'offrent pas de prestations de cette nature.

Action n°2 : Etudier les solutions de prises en charge pour des enfants et adolescents relevant de prises en charge complexes

Cette action vise les enfants et adolescents présentant simultanément des problématiques sociales, familiales importantes, des troubles du psychisme et du comportement graves dont la prise en charge ne peut être envisagée dans le cadre des structures sanitaires et médico-sociales de droit commun.

Ces jeunes sont une " *population à la limite des institutions* ", dont les caractéristiques et les besoins spécifiques relèvent, en général, de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, sociale, médico-sociale et judiciaire) et qui, le plus souvent, ont mis à l'épreuve, voire en échec, des équipes professionnelles successives.

Après avoir évalué le nombre de jeunes concernés sur la région, il s'agira de définir la solution de prise en charge la plus adaptée, permettant un rapprochement des acteurs de champ d'intervention et de compétence différents, visant à mettre en place un plan personnalisé et évolutif de chacun des jeunes concernés.

L'article L 312- 1 du CASF prévoit la possibilité de créer des établissements à caractère expérimental dont les modalités d'organisation et de fonctionnement pourraient permettre la mise en commun des différentes approches pluridisciplinaires nécessaires à une prise en charge adaptée.

Il conviendra de s'assurer de la complémentarité entre les solutions qui seront proposées et les missions des ITEP.

Dans ce cadre, il sera nécessaire de s'assurer de l'application du décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques.

La politique de renforcement de l'offre d'équipement en ITEP sera poursuivie et la mise en conformité des Instituts de Rééducation du département de l'Aube en ITEP.

Le recours à des projets correspondant à des pratiques innovantes ou à la création de services expérimentaux (au sens de l'article L 312 – 1 §1 - 12° du CASF[70] et/ou à la **transformation partielle de l'offre existante** pour les enfants ou adultes handicapés en établissements sera encouragé dans le cadre de la mise en œuvre du présent objectif.

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi
Action 1 Diversifier les modes de prise en charge et d'accompagnement	Poursuivre le développement des modes d'accueil alternatifs (HT, AJ, internat modulé, accueil familial spécialisé…..). Appels à projet ou extension de faible importance ou transformation de places existantes, sous réserve de financement.
Action 2 Etudier les solutions de prises en charge pour des enfants et adolescents relevant de prises en charge complexes (sanitaire, sanitaire, sociale)	Evaluer avec l'ensemble des partenaires le nombre d'enfants ou d'adolescents concernés et mettre en place un groupe de suivi permanent. Appels à projet. S'assurer de la conformité des ITEP de l'Aube

Libellé de l'indicateur	Périodicité
Evolution de la part des places en accueil alternatifs dans l'offre global d'équipement (Cf également l'objectif 13)	Annuel
Nombre d'enfants relevant d'une prise en charge complexe Production de l'étude	2013-2014

[70] *Article L.312-1 – CASF : « Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après : […] 12° Les établissements ou services à caractère expérimental »*

2.5 - Objectif opérationnel n° 5

Coordonner les modes de prise en charge et d'accompagnement afin de garantir la continuité des parcours de vie et de soins.

Le diagnostic régional a mis en exergue que des risques de rupture dans la continuité de prise en charge pouvaient être évités en améliorant la coordination entre institutions.

Action n°1 : Identifier les difficultés liées aux prises en charge conjointes entre les structures de l'ASE et les structures médico-sociales.

Une évaluation est actuellement en cours au niveau de chaque département concernant le nombre de jeunes relevant de l'ASE et accueillis simultanément dans un établissement pour enfants handicapés. Les conseils généraux ayant fait part de difficultés relatives à l'accueil de ces enfants en structures ASE en dehors des jours d'ouverture des IME et ITEP, des solutions d'accompagnement et de soutien seront recherchées afin d'assurer à ces enfants et adolescents une prise en charge adaptée lors de leur retour en famille d'accueil ou en foyer pendant les week-end, jours féries et les vacances scolaires.

Ces solutions pourraient prendre la forme notamment :

- d'échanges d'information/ de formatio n entre professionnels des structures pour enfants handicapés et professionnels de l'ASE, voire de possibilité d'intervention de professionnels du champ du handicap en structure ASE
- de places en internat complet,
- de prise en charge en Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS)

Un groupe de suivi associant notamment l'ARS, les services des conseils généraux et les gestionnaires d'ESMS, sera mis en place afin de définir les réponses adaptées aussi bien au niveau départemental que régional.

Ce groupe aura également pour objectif de structurer, au sein de chaque département, l'organisation de la coopération entre acteurs institutionnels et opérateurs de terrain à partir de conventions de partenariat ou de la création d'un groupement de coopération.

Action n°2 : Favoriser les coopérations entre structures proposant des prises en charges complémentaires.

Les actions de coordination entre les structures ou services proposant des modes d'accompagnement complémentaires sur un même territoire seront encouragées, organisées et structurées par des conventions cadres ou par le recours à la formule des Groupements de Coopération Sociaux et Médico-sociaux (GCSMS).

Exemples :

- accueil en internat au sein d'un ITEP la semaine et au sein d'un IME le week-end ;
- accueil à mi- temps par 2 structures ou en alternance entre un SESSAD et IME ;
- accueil séquentiel organisé entre 2 structures.

Les gestionnaires de la région qui disposent simultanément d'établissements pour enfants et adultes handicapés seront encouragés à développer l'accueil à mi-temps dans les 2 types de structures notamment pour les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton.

Action n°3 : Faciliter la prise en charge au sein des établissements de santé des personnes handicapées issues de structures médico-sociales par l'échange d'informations et de pratiques professionnelles. [71]

👁 cf. SROS volets psychiatrie, MCO, SSR

Veiller à ce que les échanges réciproques entre professionnels hospitaliers, en particulier de la psychiatrie, et structures médico-sociales soient organisés, formalisés et effectifs de façon à éviter les situations d'hospitalisation en urgence, et le cas échéant à les gérer plus efficacement (mise en place d'un dossier de liaison, préparation de la sortie dès l'admission en hospitalisation).

1/Les actions de coopération avec les établissements de santé mentale ont pour objet :

- de faciliter leur accès aux personnes handicapées;
- de prévenir et de gérer les crises en proposant, lorsque la situation l'impose, des séjours ponctuels en hospitalisation complète ;
- d'appliquer certaines mesures liées à la mise en œuvre du plan autisme en région (Etudes de besoins conjointes - CRA dont les modalités de fonctionnement doivent être réévaluées - Création de plates-formes de services relayant son action sur les territoires …).

S'assurer de la coordination entre les services hospitaliers et les acteurs du secteur médico-social, afin de permettre la structuration et la fluidité des filières de soins concernant les enfants et adultes handicapés (connaissances des principales caractéristiques et précautions à prendre en fonction du type de handicap, partage d'informations sur l'état de santé de la personne).

Cette action peut être mise en place avec le concours des centres hospitaliers de la région au moyen de conventions entre établissements et pôles de référence.
Elle sera suivie dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Développer et structurer la coordination entre les services de Soins de suite et de Réadaptation (SSR), le secteur médico-social (MDPH et structures) et le secteur social, et ce, afin d'assurer la complémentarité des prises en charge à la sortie du patient en anticipant cette sortie. Le rôle de ces structures est également de prévenir le handicap et de prévoir la réinsertion en milieu ordinaire.

Poursuivre à partir du partenariat existant entre l'Unité d'Evaluation, de Reclassement et d'Orientation Sociale (UEROS), des établissements de santé et des structures enfants et adultes accueillant des personnes handicapées atteintes d'un traumatisme crânien l'organisation d'un réseau sanitaire médico-social **sur l'ensemble de la région.** Ces modalités de coopération seront intégrées au prochain CPOM de l'UEROS. L'UEROS devra également intégrer au sein de son organisation partenariale les futurs "Groupes d'Entraide Mutuelle" (GEM - structures contribuant au maintien du lien social) spécialisée dans l'accueil de personnes handicapées atteintes d'un traumatisme crânien.

2/ Les **modalités** d'échanges d'informations et de pratiques professionnelles seront définies sur la base d'une convention cadre. Elles auront également pour but de faciliter l'accès aux équipements et services hospitaliers (consultations médicales – chirurgie – radiologie - dentisterie).

Le recours au Dossier Médical Partagé (DMP) pour les établissements médico-sociaux et sanitaires volontaires accueillant des personnes handicapées, dans le respect des articles L.1111-14, L111-20 du Code de la santé publique et de l'article L. 322-3 du Code de la sécurité sociale, fait également partie des modalités d'organisation et de coopération à privilégier.

En effet, il apparaît important que les personnes handicapées puissent bénéficier prioritairement de ce dispositif au niveau des établissements volontaires.

[71] Accès aux soins des personnes en situation de handicap (audition publique HAS 22-23 octobre 2009)
Décret du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie

3/ MAS du CHHM - Elargissement de la politique d'accueil de l'établissement

Définir en concertation avec les acteurs, les partenaires locaux et la MAS du CHHM les conditions dans lesquelles celle-ci procédera à l'élargissement de sa politique d'accueil à des personnes handicapées titulaires d'une orientation en MAS qui ne seraient pas issue des services de psychiatrie du CHHM. A l'issue de cette démarche les décisions prises en ce domaine seront intégrées au sein du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens de l'établissement.

Action n°4 : Faciliter la transition entre structures enfants et adultes et permettre de résorber le nombre de jeunes maintenus au titre de l'amendement Creton

Favoriser la transition entre structures pour enfant et structures pour adultes dans le cadre de la politique de renforcement **et de diversification de l'offre** d'équipements pour enfants et adultes handicapés figurant au sein du présent schéma, l'objectif étant d'offrir **en priorité** une solution d'accueil durable aux jeunes adultes maintenus au titre de l'amendement Creton. Cette action permettra de libérer concomitamment un nombre de places supplémentaires en IME, contribuant ainsi à réduire la pression de la demande en cohérence avec les actions de réduction des inégalités territoriales d'équipement.

↳ *Voir Chapitre 4 – Les priorités régionales d'équipement*

Action n°5 : Définir les réponses adaptées aux besoins des personnes handicapées vieillissantes

Compte tenu des caractéristiques des personnes handicapées vieillissantes[72], il est nécessaire d'envisager des modalités de prise en charge qui doivent s'adapter à elles en fonction de leurs souhaits, de leur handicap, de leur parcours de vie et de leur état de santé[73]. Les réponses apportées doivent être intégrées au projet individuel d'accompagnement, compte tenu de l'évolution du projet de vie. Les acteurs du secteur personnes âgées devront être mobilisés le cas échéant.

Dans le cadre des travaux du SROMS, il n'a pas encore été possible de définir au sein de la région par nature d'établissement, de service et mode d'accueil, le nombre de places nécessaires afin de répondre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes à domicile et en institution. La nature des réponses à apporter (y compris en recourant le cas échéant à des pratiques innovantes ou par la création de structures expérimentales) sera en tout état de cause fonction des parcours de vie respectifs, du niveau d'autonomie et de l'état de santé.

Néanmoins, les réponses à apporter devront s'articuler avec les orientations et priorités des conseils généraux en ce domaine. Par conséquent, cette démarche s'appuiera :

- d'une part, sur les conclusions issues des réflexions engagées par les conseils généraux soit dans le cadre de groupes de travail spécifiques, soit dans le cadre de l'élaboration de leur nouveau schéma départemental pour personnes handicapées ;

- et d'autre part, sur les réflexions conduites par des organismes experts, par l'observatoire régional qui sera crée (cf. objectif opérationnel n°1).

Le projet des établissements et services accueillant des personnes handicapées, doit *a minima,* permettre d'engager une réflexion sur la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes. Cette réflexion est nécessaire afin d'anticiper l'impact du vieillissement des personnes sur l'organisation institutionnelle et de définir les adaptations qui permettront de répondre à l'évolution des besoins des personnes et aux exigences d'évolution des pratiques professionnelles, notamment.

[72] Cf. Titre 2 - 2.2.1.les personnes handicapées vieillissantes.
[73] Circulaire du 21 juillet 2006 qui réaffirme le principe du maintien dans les structures pour personnes handicapées au-delà de 60 ans

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi
Action 1 Coordonner les prises en charge en internat entre les structures ASE et les structures médico-sociales	Evaluer avec l'ensemble des partenaires le nombre d'enfants ou d'adolescents concernés et mettre en place un groupe de suivi permanent. Conventions
Action 2 Favoriser les coopérations entre structures proposant des prises en charges complémentaires	Conventions CPOM
Action 3 Faciliter de manière générale la prise en charge au sein des établissements de santé des personnes handicapées issues de structure médico-sociale par l'échange d'information et de pratique professionnelle	CPOM - conventions ESMS - Etablissement de santé (identification d'un pôle de référence).
Action 4 Faciliter la transition entre structures enfants et adultes et permettre de résorber le nombre de jeunes maintenus au titre de l'amendement Creton	Intégrer cette action dans les CPOM des établissements pour enfants et dans les projets d'établissement (lien avec l'action ….de l'objectif….). Développer l'offre d'accueil en FAM et en MAS prioritairement en faveur des jeunes relevant de l'amendement Creton, sous réserve de financement.
Action 5 Définir les réponses adaptées aux besoins des personnes handicapées vieillissantes	Etude régionale sur les personnes handicapées vieillissantes réalisée dans le cadre de l'observatoire ou par des experts.

👁 **cf. SROS psychiatrie**

Chapitre 5 : Eléments de transversalité

Titre 2 : Liens entre secteurs sanitaire, médico-social et social

Libellé de l'indicateur	Périodicité
Réalisation de tableaux de bord CPOM-PE, conventions	Actions 1 à 3 : 2012-2016
Evolution de la part des jeunes relevant de l'amendement Creton dans les structures pour enfants	Action 4 : biennal sur la durée du schéma
Production d'une étude régionale sur les personnes handicapées vieillissantes	Action 5 : 2012-2013

2.6 - Objectif opérationnel n° 6

Faciliter le maintien en milieu de vie ordinaire des personnes handicapées par un égal accès à l'offre de services polyvalents de proximité

Le libre choix du mode de vie de la personne handicapée entre le maintien à domicile ou l'accueil en établissement est reconnu par l'article L.311-3 du CASF. Il faut par conséquent être en mesure de proposer une offre d'équipements, des modes d'accueil suffisants, accessibles et diversifiés.

Action n°1 : Développer l'offre de services

Le développement de l'offre d'équipement en SESSAD, SAMSAH et SSIAD PH sur la région sera poursuivi en tenant compte :

- de la réduction des inégalités territoriales d'équipement et conformément aux priorités définies[74] ;
- des objectifs d'insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire ;
- des objectifs d'accompagnement relatifs au vieillissement de la population handicapée.

Action n°2 : Organiser le maillage territorial des services au regard des types de handicap et favoriser ainsi le maintien à domicile et dans le milieu ordinaire

Concernant les services pour enfants handicapés, l'objectif est d'assurer l'accessibilité des CAMSP et des SESSAD tant au niveau géographique qu'en terme de délais de rendez-vous.

S'agissant des services pour adultes, l'organisation d'un réseau infra départemental concernant les SAMSAH, mutualisant les compétences de services spécialisés ou proposant l'accueil de plusieurs types de profils de personnes handicapées, sera une approche à évaluer.

La zone d'activité des SSIAD PH sera la même que celle définie pour les SSIAD destinés aux personnes âgées[75].

Ce maillage territorial devra tenir compte de l'offre de services existants y compris en SAVS et en SSIAD.

cf. SROS Ambulatoire

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi
Action n°1 : Développer l'offre de services	Priorités définies *infra*
Action n°2 : Organiser le maillage territorial des services au regard des types de handicap et favoriser ainsi le maintien à domicile et dans le milieu ordinaire	Priorités définies *infra*

Libellé de l'indicateur	Périodicité
Evolution de la part des services dans l'offre globale d'équipement Conventions entre services relatives à la mutualisation des interventions	Annuel

[74] Cf. Titre 4 – Les priorités régionales d'équipement.
[75] Dans le volet Personnes Agées du SROMS.

2.7 - Objectif opérationnel n° 7

S'assurer de la mise en œuvre d'un véritable projet de soins garant de la qualité et de la sécurité des soins.

" *L'assurance et la continuité des soins sont, pour les personnes en situation de handicap, une condition sine qua non de la garantie de pouvoir mener à bien leur projet de vie, comme l'ambitionne le cadre réglementaire rénové* (loi 2002/2, loi du 11 février 2005) "

" *Les problématiques de l'accès aux soins, en terme d'adaptation de l'offre aux besoins et attentes spécifiques des personnes en situation de handicap, devraient trouver des réponses à travers le développement de structures médico-sociales d'hébergement médicalisées (Maisons d'Accueil Spécialisées, Foyers d'Accueil Médicalisés…..) et de services d'accompagnement à domicile (Services de Soins Infirmiers à Domicile, Services d'Accompagnement à la Vie Sociale, Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés). Un des objectifs de ces structures est de garantir dans le cadre d'un projet d'accompagnement global, un accès et une continuité de soins, que ces derniers soient spécialisés ou pas* ".[76]

Action n°1 : Veiller à ce qu'au sein de chaque établissement médicalisé, la coordination, la cohérence et la continuité des soins soient assurées et formalisées notamment par des protocoles de soins et des conventions ou partenariats effectifs

Les conventions doivent être suffisamment opérationnelles pour éviter autant que faire se peut le passage aux urgences.

Cette action sera conduite en cohérence avec les objectifs n°5[77] et n°8[78] du présent volet.

Action n°2 : S'assurer que le projet global de soins soit formalisé et qu'il intègre les conditions d'accès aux soins non spécialisés et les actions d'éducation thérapeutique et de prévention
Cette action sera conduite en cohérence avec l'objectif opérationnel n° 8 - action 2[79].

Le projet de soins doit intégrer les soins liés au handicap, à la prévention des secondaire et tertiaire en ce domaine, mais en particulier pour les personnes handicapées institutionalisée, prévoir également les soins liées aux pathologies banales (saisonnières, traumatiques…) et aux pathologies liées au vieillissement de cette population. La qualité de ce projet doit être l' un des éléments de sécurisation du projet vie de la personne handicapée. Pour les personnes handicapées intégrées en milieu ordinaire, le projet de vie doit intégrer le médecin traitant de la personne, permettant des échanges continus avec les autres intervenants dans la prise en charge.[80]

Action n°3 : S'assurer de la formation continue de l'équipe médicale et soignante

L'évolution des prises en charges, les spécificités liés à certaines pathologies, doit inciter à des formations continus des personnels intervenants quelque soit leur qualification et qu'ils interviennent sur le projet de soins stricto sensu ou sur le projet de vie. La participation à une réflexion dans le domaine de l'éthique et la formation à la culture palliative doit êtes l'un des axes portés des programmes de formation annexés au CPOM.

Cf SROS - Soins palliatifs

[76] Haute Autorité de Santé – Extrait de l'audition publique " Accès aux soins des personnes en situation de handicap" – octobre 2008
[77] Objectif opérationnel n° 5 : Coordonner les modes de prise en charge et d'accompagnement afin de garantir la continuité des parcours de vie et de soins
[78] Objectif opérationnel n° 8 : Promouvoir le droit d'expression, la sécurité, la santé et le bien-être des personnes handicapées accueillies au sein des établissements et services pour personnes handicapées
[79] Action 2 : Promouvoir l'accès à la prévention et aux soins, aux dispositifs de dépistage de droit commun et à l'éducation à la santé

[80] Id. note 5

Action n°4 : Prioriser la mise en place du Dossier Médical Personnel (DMP) pour les personnes handicapées

Les personnes handicapées sont amenées à avoir recours à des soins dans le domaine somatique aussi bien que psychiatrique éventuellement dans le domaine de l'urgence. Un certain nombre de ces personnes ont des troubles de la communication liés à leur état ou éventuellement à une pathologie intercurrente. L'ouverture et la parfaite tenus du DMP peut grandement faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées : le SAMU a, légalement accès au DMP sauf manifestation anticipée de patient, l'ensemble des particularités de prise en charge (difficultés spécifiques pour certains actes médicaux ou dentaires entre autres). Il est donc prioritaire en particulier pour les personnes institutionnalisées qu'un DMP soit mis en place pour garantir un accès et une sécurité des soins égalitaires aux personnes handicapées.

cf. SROS – Médecine chirurgie

Chapitre 6 : Eléments de transversalités

D. Prise en charge des personnes handicapées

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi
Action n°1 : Veiller à ce qu'au sein de chaque établissement médicalisé, la coordination, la cohérence et la continuité des soins soient assurés et formalisées notamment par des protocoles de soins et des conventions ou partenariats effectifs	Production des protocoles de soins et des conventions ou partenariats effectifs (revue annuelle des CPOM, PE)
Action n°2 : S'assurer que le projet global de soins soit formalisé et qu'il intègre les conditions d'accès aux soins non spécialisés et les actions d'éducation thérapeutique et de prévention.	Production des modalités pratiques des coordinations indispensables à la mise en œuvre des projets de soins (revue annuelle des CPOM, PE)
Action n°3 : S'assurer de la formation continue de l'équipe médicale et soignante	Plan de formation des personnels médicaux et paramédicaux
Action n°4 : Prioriser la mise en place du DMP pour les personnes handicapées	Susciter l'adhésion du plus grand nombre d'ESMS au dispositif

Libellé de l'indicateur	Périodicité
Production d'un cadre type de projet de soins	2012-2013

2.8 - Objectif opérationnel n° 8

Promouvoir le droit d'expression, la sécurité, la santé et le bien être des personnes handicapées accueillies au sein des établissements et services

Le projet d'établissement, en recourant aux accompagnements et étayages nécessaires, doit être le garant de cet objectif décliné par les 3 actions suivantes :

Action 1 : Promouvoir la « bientraitance » conformément aux recommandations[81] faites par l'ANESM.

Chaque établissement et service doit au sein de son projet d'établissement définir en se référant aux recommandations de l'ANESM les modalités d'organisation et de fonctionnement adéquates permettant de préserver au sein de l'institution la " bientraitance ".

Chaque établissement et service doit, sur la base des recommandations de l'ANESM, définir les modalités d'organisation et de fonctionnement adéquates, permettant de préserver la bientraitance au sein de l'institution. Ces modalités devront être inscrites dans le projet d'établissement.

Action 2 : Promouvoir l'accès à la prévention, aux dispositifs de dépistage de droit commun et à l'éducation à la santé

Cette action s'inscrit en priorité dans les dispositifs de droit commun. Certains thèmes peuvent être retenus en matière de prévention et d'éducation à la santé tels que la prévention de la perte d'autonomie, la prévention des addictions, l'hygiène bucco-dentaire, l'éducation à la sexualité.

cf SRP - volet Prévention et Promotion de la Santé (SRP-PPS)

Chapitre 3 : Axe 2 : La promotion de la santé et l'éducation pour la santé

Objectif opérationnel 2.1 : Promouvoir le développement d'actions d'PS/EPS efficaces et de qualité en soutenant la professionnalisation et les bonnes pratiques des acteurs (professionnels et non professionnels) et la valorisation des actions à forte valeur ajoutée

Action 3 : Inscrire les établissements et services dans les dispositifs de veille et sécurité sanitaire

Cette action s'inscrit dans le cadre des plans d'intervention suivants : Plan canicule, Plan bleu, Lutte et prévention contre les infections associées aux soins, gestion des déchets associés aux soins, etc.

Action transversale figurant au sein du SRP - volet Veille, Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN)

[81] La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (ANESM)

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi
Action n°1 : Promouvoir la « bientraitance » conformément aux recommandations faites par l'ANESM	Actions de formations. Adaptation du kit bientraitance "personnes âgées" MOBIQUAL
Action n°2 : Promouvoir l'accès à la prévention et aux soins, aux dispositifs de dépistage de droit commun et à l'éducation à la santé	Présentation des dispositions prises dans le cadre du CPOM, du PE
Action n°3 : Inscrire les établissements et services dans les dispositifs de veille et sécurité sanitaire	Annexer les différents plans aux CPOM

Libellé de l'indicateur	Périodicité
Production d'un « kit bientraitance » personnes handicapées Indicateurs ANESM sur l'éthique	2014
% des personnes handicapées résidant en ESMS ayant fait l'objet de dépistage de droit commun (indicateur CPOM ESMS) Nombre de formations soins palliatifs dans les ESMS concernés (ex. polyhandicap) et conventions ESMS-réseau soins palliatifs	Annuel et action n°3 en continu

2.9 - Objectif opérationnel n° 9

Favoriser l'accès à la scolarisation en milieu ordinaire (Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009[82])

La loi du 11 février 2005 ainsi que les textes internationaux[83] affirment le droit des personnes handicapées à participer à l'ensemble des activités de la vie de la cité.

La loi reconnaît en particulier les principes de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés en milieu ordinaire et de la compensation du handicap.

Le décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 susmentionné, modifiant le CASF, 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.

Les dispositions du décret visent à favoriser ainsi le décloisonnement entre classes ordinaires et classes d'enseignement adaptées, ainsi que l'accès à une logique de parcours individualisé à travers la mise en place de dispositifs souples, adaptés aux besoins de l'élève et susceptibles d'être aménagés tout au long de sa scolarité.

[82] Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L.351-1 du code de l'éducation et les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 3° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.
[83] La convention de l'Organisation des Nations Unies (ONU) sur les droits des personnes handicapées et la récente recommandation du Conseil de l'Europe relative à la désinstitutionalisation et à la vie au sein de la collectivité des enfants handicapés

Action n°1 : Définir, à partir d'une convention cadre, les modalités d'organisation et de coopération entre les établissements scolaires et les ESMS

Au-delà de l'application des dispositions du texte réglementaire, le contenu de cette coopération pourra être décliné à partir d'une convention cadre élaborée entre l'ARS et le Rectorat ciblant notamment certaines actions susceptibles d'être conduites conjointement entre établissement spécialisé et établissement d'enseignement. Parmi celles-ci figurent :

- la poursuite, dans la région, de la mise en place des « pôles pour l'accompagnement à la scolarisation des jeunes sourds » en coopération avec les structures médico-sociales en charge de la déficience auditive, comme cela est déjà le cas dans la Marne ;ainsi que toute mesure favorisant la transition organisée et programmée en fonction des difficultés rencontrées par l'enfant entre une structure d'enseignement et une structure spécialisée.

En tout état de cause les conventions de coopération en vigueur entre établissements qui n'auraient pas encore été communiquées à l'ARS et celles qui seront prochainement établies lui seront également transmises.

Il convient par ailleurs d'anticiper la mise en œuvre de l'organisation du dispositif de prise en charge pédagogique et scolaire adéquat pour les enfants handicapés issus d'établissement et services médico-sociaux.

Pour cela, l'ARS communiquera au Rectorat, chaque année, le programme pluriannuel de création des nouveaux équipements sur la région (PRIAC actualisé) ainsi que les dates prévisionnelles d'ouverture des nouvelles structures.

Action n° 2 : Créer un groupe technique départemental de suivi de la scolarisation des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes handicapés.

L'organisation, les conditions d'installation ainsi que les thèmes et sujets susceptibles d'être abordés en groupe technique départemental figureront au sein d'une convention cadre élaborée conjointement entre l'ARS et le Rectorat.

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi
Action n°1 : Définir, à partir d'une convention cadre, les modalités d'organisation et de coopération entre les établissements scolaires et les ESMS	Intégration au CPOM des ESMS
Action n°2 : Créer un groupe technique départemental de suivi de la scolarisation des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes handicapés	Groupe de travail – Désigner des correspondants "scolarisation" dans les ARS [84]

Libellé de l'indicateur	Périodicité
Signature d'une convention de partenariat ARS-Rectorat (y compris concernant l'insertion professionnelle)	2012-2013

[84] Conférence Nationale du Handicap (8 juin 2011)

2.10 - Objectif opérationnel n° 10

Favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées

Le principe de la non discrimination et d'égal accès à l'emploi et à la formation professionnelle pour les personnes handicapées a été réaffirmé par la loi du 11 février 2005. Par conséquent, l'accès aux dispositifs de droit commun est le principe.

Les établissements accueillant des adolescents et adultes handicapés seront encouragés à poursuivre la mise en œuvre des actions de soutien et d'accompagnement (ex. FEXCA, SDAIP, permanence du Jard) favorisant l'insertion en milieu ordinaire de travail.

Ces actions devront être coordonnées avec d'autres partenaires et acteurs institutionnels (Education nationale, DIRECCTE[85], CAP EMPLOI, Organismes de Formation, AGEFIPH[86], Organismes sociaux professionnels, etc..) dans le cadre de la définition d'un véritable parcours d'insertion professionnelle.

Action n° 1 : Favoriser la connaissance du milieu professionnel pour les jeunes pris en charge en IME-SESSAD par des stages en ESAT ou en milieu ordinaire

Le recours aux périodes de stage en ESAT pour les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton avec orientation ESAT et pour les jeunes issus des sections professionnelles des IME ou en alternance en milieu ordinaire dans le cadre de dispositif de formation professionnelle de droit commun devront également être poursuivis.

La mise en œuvre de cette action pourra s'appuyer sur des modes de prises en charge innovants (SESSAD renforcé sur l'axe insertion professionnelle, service d'appui au Centre de Formation d'Apprentis (CFA), au sein d'IME, etc).

Action n°2 : Renforcer les liens ULIS - IMPro (Institut Médico-Professionnel) afin d'anticiper l'orientation et favoriser l'adaptation des jeunes scolarisés en milieu ordinaire vers le secteur médico-social

A partir de la convention cadre ARS - Rectorat, l'objectif est d'anticiper au sein des établissements scolaires le repérage des élèves handicapés dont la poursuite de la scolarisation à temps plein ou partiel en milieu ordinaire est compromise afin de permettre une transition optimale.

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi
Action n°1 : Favoriser la connaissance du milieu professionnel pour les jeunes pris en charge en IME par des stages en ESAT ou en milieu ordinaire	Convention ESAT-IME. Convention IME - entreprises
Action n°2 : Renforcer les liens ULIS-IMPRO afin d'anticiper l'orientation et favoriser l'adaptation des jeunes scolarisés en milieu ordinaire vers le secteur médico-social	Convention IMPRO - Education nationale

[85] DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
[86] AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées

Libellé de l'indicateur	Périodicité
Nombre de sorties d'ESAT vers le milieu ordinaire (indicateurs ESAT)	Convention 2012-2013
Nombre de contrats signés entre ESAT et milieu ordinaire de travail (indicateurs ESAT)	

2.11 - Objectif opérationnel n° 11

Faciliter l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées psychiques en lien avec les acteurs du champ de la santé mentale et les acteurs du social

La notion de handicap psychique a été reconnue et définie dans le cadre des dispositions de la loi du 11 février 2005.

Une offre d'équipement spécialisée existe au sein de la région mais elle est insuffisante, inégalement répartie et insuffisamment diversifiée. (Voir carte Annexe 6 " localisation des FAM – ESAT – SAMSAH et MAS ")

En conséquence, 3 actions seront conduites pour y remédier.

Action n°1 : Compléter l'offre d'équipement en ESAT pour personnes handicapées psychiques

Cette action vise à :

- compléter l'offre d'équipement en ESAT pour personnes handicapées psychiques, notamment dans les départements de la Haute - Marne et des Ardennes, afin de réduire les inégalités territoriales existantes ;

- adapter également les méthodes et outils d'insertion et de formation professionnelle à ce public en cohérence avec les orientations et préconisations retenues par la DIRECCTE dans le cadre du Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés.

Action n°2 : Ouvrir un GEM dans les Ardennes

Le dispositif national des GEM contribuant au maintien du lien social sera complété sur la région par la création de cet équipement sur le territoire des Ardennes.

Action n°3 : Renforcer les liens entre secteur médico-social-social et sanitaire, en vue de favoriser le maintien en milieu ordinaire

Favoriser avec les partenaires et acteurs institutionnels concernés les interfaces avec le milieu ordinaire (enseignement - formation - activité professionnelle - logement) en faveur des personnes souffrant de handicap psychique. Lorsque l'état de santé de ces personnes et les manifestations de leur(s) handicap(s) l'imposent, il s'agira de développer des SAMSAH spécifiques résultant d'une complémentarité entre les secteurs sanitaire et médico-social à partir de la mutualisation des compétences et des savoir-faire réciproques.

L'une des préoccupations essentielles à l'intégration en milieu ordinaire des personnes souffrant de handicap psychique est étroitement liée au maintien en logement ordinaire. Des liens forts doivent

être développés et entretenus entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire, tant MCO[87] que spécialisé, afin d'éviter les décompensations qui conduisent aux hospitalisations sans consentement et à la désinsertion de la personne handicapée psychique.

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi
Action n°1 : Compléter l'offre d'équipement en ESAT pour personnes handicapées psychiques	Priorités définies *infra*
Action n°2 : Ouvrir un GEM dans les Ardennes	Convention d'installation
Action n°3 : Renforcer les liens entre secteur médico-social-social et sanitaire, en vue de favoriser le maintien en milieu ordinaire	Création de SAMSAH

👁 cf. SROS psychiatrie

Titre 2 : liens entre secteurs sanitaire, médico-social et social
Sous-titre 2 : plans d'action
B) Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés / service d'accompagnement à la vie sociale.

Libellé de l'indicateur	Périodicité
Evolution du nombre de places créées en direction des personnes handicapées psychiques dont nombre de places en services	En continu

2.12 - Objectif opérationnel n° 12

Poursuivre la mise en œuvre du Plan Autisme en région.

La poursuite de la mise en œuvre du plan Autisme dans la région portera en particulier sur la déclinaison des actions suivantes :

Action n°1 : Structurer l'organisation territoriale en matière de diagnostic, de soin et d'accompagnement

👁 cf SROS - Psychiatrie

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plans d'action
Titre 4 : Personnes autistes et souffrant de troubles envahissants du développement

[87] MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

Le repérage et la prise en charge des personnes autistes ou souffrant de TED nécessitent, en particulier pour les adultes, une véritable articulation entre les professionnels du secteur sanitaire (médecins traitants ou spécialistes, équipes des secteurs de psychiatrie) et les professionnels du secteur médico-social, les MDPH, la personne et son entourage. Cette coordination s'inscrira dans un travail en réseau, dont l'organisation est une des missions du CRA.

Il est proposé de créer une plate-forme relais du CRA, associant des équipes pluridisciplinaires locales dédiées permettant d'intégrer les personnes autistes ou avec TED dans une dynamique d'accès aux soins facilitant la mise en œuvre de leur parcours de vie.

Action n°2 : Améliorer l'accès aux soins somatiques primaires et spécialisés (mesure 14 du plan)

Action transversale SROMS-SROS [88]

Des difficultés ont été évoquées lors des auditions. Ces difficultés peuvent être relatives :
- aux troubles spécifiques et à leurs conséquences ;
- à un manque de connaissance du handicap par les professionnels de santé ;
- à la nécessaire adaptation de la prise en charge aux spécificités des personnes handicapées (par ex. certains soins couramment réalisés par un dentiste peuvent nécessiter davantage de séances et de temps dans le cas où ils sont dispensés à une personne autiste).

cf SROS MCO et ambulatoire

Action n°3 : Poursuivre le développement de l'offre de places pour les adultes (mesure 25 du plan)

Pour la réalisation de cette action, il sera tenu compte :
- prioritairement du nombre de jeunes autistes / souffrant de TED maintenus dans les structures pour enfants au titre de l'amendement Creton ;
- des disparités territoriales d'équipement en FAM et MAS ;
- des interfaces avec le milieu ordinaire, en promouvant le développement de services et notamment de SAMSAH.

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi
Action n°1 : Structurer l'organisation territoriale en matière de diagnostic, de soins et d'accompagnement	Définition d'un plan d'actions conjoint avec la DOS
Action n°2 : Améliorer l'accès aux soins somatiques primaires et spécialisés	Convention ESMS - professionnels formés
Action n°3 : Poursuivre le développement de l'offre de places pour les adultes	Priorités définies en infra

Libellé de l'indicateur	Périodicité
Reprise des indicateurs nationaux	Adapté au plan national

[88] Autisme et Troubles Envahissants du Développement (HAS – janvier 2010)

2.13 - Objectif opérationnel n° 13

Favoriser le soutien et l'accompagnement aux aidants et aux familles de personnes handicapées.

L'accompagnement des aidants doit s'appuyer sur :

- la formation et l'information ;
- le soutien psychologique et l'aide dans la souffrance morale ;
- la possibilité d'avoir des temps de répit et de distanciation.

Action 1 : Développer l'information et l'accompagnement des familles de personnes handicapées.

La mise en œuvre de cette action sera déclinée autour de 3 axes :

1/ L'annonce du handicap au sein des établissements de santé est une étape importante pour la famille et le futur parcours de vie de la personne handicapée. Les conditions dans lesquelles cette annonce doit être effectuée seront définies et organisées au sein de l'établissement en privilégiant la dimension humaine de la relation et en tenant compte de la nature du handicap.

Au-delà de l'annonce du handicap, l'accompagnement de la personne handicapée et de sa famille doit être poursuivi, en particulier au sein des établissements de santé.[89] Le dispositif d'annonce et d'accompagnement devra être intégré au projet individuel de la personne handicapée en ESMS.

Les conséquences induites par le handicap au regard de l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante seront en outre explicités.

Enfin, les mesures destinées à éclairer la personne handicapée et sa famille sur les modalités d'orientation et d'accès aux établissements et services sanitaires ou destinés aux personnes handicapées et adaptés à la nature du handicap seront évoquées à cette occasion.

Cette action sera déclinée en concertation avec les associations d'usagers.

cf. Action transversale déclinée au sein du SROS MCO

2/ Identifier en lien avec les MDPH et les services sociaux des conseils généraux, les familles vulnérables rencontrant des difficultés pour engager la procédure administrative nécessaire pour permettre à leur enfant de rejoindre l'établissement ou le service adapté à son handicap.

Définir ensuite en concertation avec l'ensemble des partenaires (MDPH, services de l'Etat, services des conseils généraux et les gestionnaires d'établissement et services pour personnes handicapées) les modalités d'accompagnement et de soutien adéquates susceptibles de les aider à aboutir dans cette démarche.

cf. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS)

AXE STRATEGIQUE II - L'accompagnement des personnes en situation de précarité

[89] Circulaire DHOS/E1/DGS/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 post natale d'une maladie ou d'une malformation.

3/ Information via un e space dédié sur le site in ternet de l'ARS accessible aux professionnels de santé, aux é tablissements de santé, aux usage rs et familles de person nes handicapées sur le contenu des missions des structures et services accueillant des personnes handicapées, leur localisation géographique et les conditions administratives à remplir pour y être accueilli.

Action 2 : Poursuivre le développement des formules d'accueil de répit permettant d'apporter un soutien aux aidants et aux familles

L'adaptation de l'offre ou la créatio n de places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire sera poursuivi[90] (voir obje ctif opérationnel n°4-action 1). Les modalités d'accès devront tenir com pte des besoins particuliers (ex.. pendant les vacances –absence de l'aidant pour maladie, garde et soutie n scolaire à domicile d'enfants handicapés) liés notamment aux situations d'urgence.

Le recours à des p rojets correspondant à des p ratiques innovantes ou à l a création de services expérimentaux (au sens de l'article L 312 – 1 §1-12°)[91] et/ou à la **transformation partielle de l'offre existante** pour les enfants ou adultes handicapés en établissements sera envisagé dans le cadre de la mise en œuvre de la présente action.

Actions	Modalités de mise en œuvre et de suivi
Action n°1 : Développer l'Information et l'accompagnement des familles de personne handicapée	Développer un dispositif d'annonce du handicap en lien avec les familles et les associations Accompagner les familles, en priorité les familles vulnérables dans leurs démarches Mettre en place un espace dédié sur le site internet de l'ARS
Action n°2 : Poursuivre le développement des formules d'accueil de répit permettant d'apporter un soutien aux aidants et aux familles	Diversification de l'offre alternative

Libellé de l'indicateur	Périodicité
Date de création de l'espace internet dédié Nombre de formations au dispositif d'annonce et d'accompagnement	En continu

[90] Cf. objectif opérationnel n° 4 : Adapter l'organisation et la prise en charge en établissement et service au projet personnalisé d'accompagnement
Action 1 : Diversifier les modes de prise en charge et d'accompagnement

[91] *Article L.312-1 – CASF : « Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après : […] 12° Les établissements ou services à caractère expérimental »*

Chapitre 4 - Les priorités régionales d'équipement

L'objectif est de déterminer les territoires et les types d'équipement devant faire l'objet d'un renforcement de l'offre au regard des besoins identifiés comme insuffisamment couverts.

1- Les éléments de contexte

1.1 - Relatifs aux plans nationaux

Les objectifs arrêtés au sein du présent schéma ont été établis en cohérence avec les orientations et priorités des plans nationaux et en prenant en compte les enseignements issus des bilans correspondant à leur exécution.

1.2 - Relatifs aux critères d'évaluation des besoins

Le taux de bénéficiaires de l'Allocation pour Adultes Handicapés (AAH) en Champagne Ardenne est supérieur au taux de bénéficiaires au niveau national. Ce constat est plus particulièrement fait pour les Ardennes, la Haute Marne et la Marne, l'Aube se situant à un taux équivalent au taux national.

Le taux de bénéficiaires de l'AAH apparait donc comme un critère de pondération pertinent permettant d'appréhender la part de la population handicapée dans la population générale.

Le financement des engagements pris par l'Etat et les Conseils Généraux antérieurement à l'élaboration du SROMS sera assuré. Les opérations visées sont inscrites au titre de la programmation pluriannuelle 2010-2013, qu'il s'agisse d'opérations programmées, autorisées ou finançables.

Des jeunes adultes sont maintenus au titre de l'amendement Creton dans des structures pour enfants en l'absence de places suffisantes dans le secteur adultes.

Pour chaque type d'établissement et de service, le nombre de personnes en attente d'une place a été transmis par les MDPH.

1.3 - Relatifs au territoire pertinent pour l'implantation des équipements.

Le territoire retenu est le département à l'exception des cas suivants :

- L'accueil permanent pour les personnes handicapées traumatisés crâniens et les personnes atteintes d'un handicap rare (territoire régional, voire interrégional s'agissant des handicaps rares).

- Les structures de prise en charge de proximité (SSIAD PH – CAMPS – SESSAD – CMPP)

Pour les SAMSAH, l'organisation d'un réseau infra départemental mutualisant les compétences de SAMSAH spécialisés ou de SAMSAH proposant l'accueil de plusieurs types de profils de personnes handicapées est une approche qui paraît devoir être privilégiée. Pour les SSIAD PH, le territoire d'intervention sera celui retenu pour les SSIAD pour personnes âgées.

- Lorsqu'un même équipement doit répondre aux besoins des personnes handicapées situées à proximité et de part et d'autre des frontières administratives.

2- La détermination du niveau de création de places sur la durée du schéma

2.1- Les principes

1 - La mise en œuvre de la politique nationale : augmenter la part de services dans l'offre globale d'équipement

Le directeur général de l'ARS a signé le 08 février 2011, un contrat d'objectifs et de moyens avec les Ministres en charge de la Santé et des Solidarités. La fiche action n° 6.3 précise les objectifs à atteindre en ce qui concerne la part des services dans l'offre globale médico-sociale.

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	21,3%	23%	26%	29%	32%

S'agissant du secteur enfants, la part des services dans l'offre globale d'équipement représente à ce jour : **26.67%** (avec prise en compte des enveloppes anticipées 2012-2013).

S'agissant du secteur adulte, la part des services dans l'offre globale d'équipement représente **19.69% (hors ESAT)** avec prise en compte des enveloppes anticipées 2012-2013.

Au global, la part des services dans l'offre globale d'équipement représente
en Champagne Ardenne 24.78%

Considérant un nombre de places en institutions stable, i**l faudrait 1 660 places de services,** soit 1 212 places sur le secteur enfants et 448 places sur le s ecteur adultes, pour atteindre l'objectif du CPOM s'agissant de l'offre d'équipement en services (32%).

Pour autant, il y a lieu de veiller à ce que la mise en œuvre de la politique nationale, qui privilégie la prise en charge en milieu ordinaire, respecte également les engagements antérieurs qui ont été pris en matière de réponse aux besoins.

Compte tenu de ces éléments, les moyens notifiés à l'ARS par la CNSA seront répartis entre services et institutions à raison de 50% pour les services et 50% pour les institutions est retenue, les moyens ainsi répartis devant permettre d'honorer les engagements antérieurs au Schéma.

Par engagement, sont retenus:

- Les projets soutenus conjointement par l'Etat et le Conseil Général mais qui n'ont pu faire l'objet d'un financement à ce stade.
- Les projets qui ont fait l'objet d'un début de financement.
- Les projets dont le financement est acquis.

2 - La priorisation des équipements et territoires

L'évaluation des besoins découle des :

- Listes d'attente et nombre de jeunes relevant de l' amendement Creton, identifiées par les MDPH.
- Corrections des inégalités territoriales en termes d'offre d'équipement à l'intérieur de la région au regard des taux d'équipement pondérés du taux d'AAH ou AEEH.

Une quantification des besoins résultant exclusivement du seul critère liste d'attente et nombre de jeunes maintenus en établissement pour enfants au titre de l' amendement Creton, présente des

inconvénients majeurs (insuffisante fiabilité des informations, problème d'identification des orientations par défaut….).

La priorisation du renforcement de l'offre d'équipement intervient à deux niveaux :

- en fonction du type d'équipement ;
- au niveau des territoires, en l'occurrence les départements, découpage territorial qui a fait l'objet d'un consensus.

➲ Le type d'équipement à prioriser

- **Méthode du scoring** à partir d'une double approche d'évaluation des besoins fondée à la fois sur la liste d'attente et le nombre d'amendements Creton et également sur les besoins découlant de la réduction des inégalités au niveau régional par rapport aux taux national (nombre de places nécessaires).

Une pondération est appliquée sur ces critères à hauteur de 40% taux d'équipement et 60% liste d'attente + amendements Creton.

➲ Le classement des territoires par ordre de priorité

La méthode proposée est la même que précédemment mais la comparaison entre taux d'équipement s'effectue entre taux régional et taux départementaux.

- **Méthode du scoring** à partir d'une double approche d'évaluation des besoins fondée à la fois sur la liste d'attente et le nombre d'amendement Creton et également sur les besoins découlant de la réduction des inégalités départementales par rapport aux taux régional pondéré du taux d'AAH ou d'AEEH (nombre de places nécessaires).

Une pondération est appliquée sur ces critères à hauteur de 40% taux d'équipement et 60% liste d'attente + amendements Creton

2.2 - Les résultats

Compte tenu du principe de répartition des moyens à hauteur de 50% des moyens financiers pour les institutions et de 50% des moyens financiers pour les services, et selon l'hypothèse d'un montant d'enveloppe annuel constant et égal à celui constaté en 2011 sur la période du schéma, la répartition des moyens mobilisables serait la suivante :

	2012 (30% enveloppe)	2013 (40% enveloppe)	2014	2015	2016	Total
Adultes	625 624	796 808	2 100 000	2 100 000	2 100 000	7 722 432
Enfants	268 124	341 489	900 000	900 000	900 000	3 309 614
Total	**893 748**	**1 138 297**	**3 000 000**	**3 000 000**	**3 000 000**	**11 032 046**

La répartition des crédits disponibles sur la période 2012-2016 entre secteur adultes handicapés et secteur enfants handicapés respecte le principe des 70% / 30% conformément aux directives nationales.

Pour le secteur « adultes » la méthode de priorisation des équipements conduit à privilégier d'une part les FAM sur les MAS et d'autre part les SAMSAH sur les SSIAD.

Par conséquent, 50% des moyens « institution adultes » seront fléchés en direction des FAM et 50% des moyens « institution adultes » en direction des MAS ce qui revient, en nombre de places, à une proportion de création de 3 places de FAM pour une place de MAS.

Pour les mêmes raisons, il a été décidé de flécher 90% des moyens « services adultes » en direction des SAMSAH et 10% des moyens « services adultes » en direction des SSIAD.

Concernant le secteur « enfants », il n'a pas été retenu de règle de répartition de l'enveloppe « enfants » entre les différents types d'établissement et entre les différents types de SESSAD, en fonction des priorités définies par territoire. (Cf. *infra* - Les priorités relatives aux institutions adultes par type d'équipement et par territoire).

Le nombre de places à créer (à financer) sur la période 2012-2016 serait réparti comme suit :

Services	Nombre de places	Institutions	Nombre de places
SAMSAH	214	**FAM**	71
SSIAD	34	**MAS**	27
SESSAD	94	**Etab. enfants**	36
% services/ offre globale d'équipement			<29%

Ce nombre de places indicatif doit permettre d'honorer les engagements et de mettre en œuvre les priorités territoriales d'équipement.

2.2.1 Le financement des engagements

a / Les autorisations accordées sur enveloppe anticipée 2012 et 2013

Secteur adultes

Dép.	Type de structure	Projet	Nature	Nombre total de places	Coût	FINANCEMENT SUR 2012-2013			
						2012		2013	
						Nombre de places	Coût	Nombre de places	Coût
ARDENNES									
AUBE									
10	FAM	Le Carosse	Création	15	422 903	15	422 903		
10	MAS	La Fontaine de l'Orme-Brienne	Extension	24	1 788 336	5	382 959		
10	SSIAD	ADMR	Création	10	117 282			6	64 782
10	FAM	Promoteur non identifié	Création	12	347 309			12	347 309
Sous-Total							**805 862**		**412 091**
MARNE									
51	FAM	ADEF-Dormans	Création	35	1 020 124	17	533 217		
51	SAMSAH	Foyer L'Amitié	Création	20	280 000	9	126 000	11	154 000
51	SSIAD	HL Montmirail	Création	1	11 500			1	12 332
51	SAMSAH	Association des IMC	Création	40	590 000	3	40 332		
Sous-Total							**699 549**		**166 332**
HAUTE MARNE									
52	MAS	CHHM	Extension	10	691 328			4	285 008
52	SAMSAH	ADASMS Puellemontier	Création	12	203 196			4	64 800
52	SAMSAH	Bois l'Abbesse	Création	33	574 793			6	97 200
52	SAMSAH	Promoteur à identifier	Création	5	84 303			5	84 303
Sous-Total							**0**		**531 311**
TOTAL							**1 505 411**		**1 109 734**

Secteur enfants

Dép.	Type de structure	Projet	Nature	Nombre total de places	Coût	FINANCEMENT SUR 2012-2013			
						2012		2013	
						Nombre de places	Coût	Nombre de places	Coût
ARDENNES									
AUBE									
10	SESSAD	Montceaux	Extension	15	257 220			5	52 106
10	SESSAD	Aubtimisme	Création	15	449 558			3	110 151
Sous-Total							**0**		**162 257**
MARNE									
51	ITEP	ALEFPA	Création	20	952 000	10	480 000		
51	ITEP	Lucy Lebon	Création	16	787 050			6	310 000
Sous-Total							**480 000**		**310 000**
HAUTE MARNE									
52	CAMSP		Extension	file active	100 000		100 000		
52	Accueil temp.	IME ADASMS	Extension	2	83 636			2	83 636
52	Accueil temp.	ITEP Lucy Lebon	Extension	1	41 818			1	41 818
Sous-Total							**100 000**		**125 454**
TOTAL							**580 000**		**597 711**

b / Les opérations pour lesquelles un financement est à solliciter

Secteur adultes

Dép.	Type de structure	Gestionnaire	Nature	Solde d'opération OUI/NON
ARDENNES				
AUBE				
10	MAS	EPSMA	Extension	OUI
10	SSIAD	ASIMAT	Extension	OUI
MARNE				
51	SAMSAH	IMCCA	Création	OUI
51	SSIAD	ADMR	Création	OUI
51	SSIAD	Asso SSIAD Sud-Ouest Marnais	Création	OUI
51	MAS	IMCCA	Création	OUI
51	FAM	Elan Argonnais	Création	NON
51	FAM	ACPEI Châlons	Création	NON
51	FAM	Papillons Blancs de Reims	Création	NON
HAUTE MARNE				
52	SAMSAH	ADASMS	Création	OUI
52	SAMSAH	Bois l'Abbesse	Création	OUI
MONTANT FINANCIER TOTAL ESTIME A SOLLICITER	**4 158 056**			

Secteur enfants

Dép.	Type de structure	Gestionnaire	Nature
ARDENNES			
AUBE			
10	ITEP	Assage-Home Plein Espoir	Création
10	ITEP	l'Eveil	Création
10	SESSAD	ALEFPA	Création
MARNE			
51	ITEP	PEP	Création
HAUTE MARNE			
52	SESSAD TSL	ADPEP	Transformation
52	CASF	Lucy Lebon	Création
52	SESSAD	ALEFPA	Extension
MONTANT FINANCIER TOTAL ESTIME A SOLLICITER	**1 252 236**		

2.2.2- Les priorités relatives aux institutions adultes par type d'équipement et par territoire

Secteur Adultes

Etablissements

Equipements/ Territoires	Priorité 1	Priorité 2
	FAM	MAS
1	Haute Marne	Marne
2	Aube	Aube
3	Marne	Ardennes
4	Ardennes	Haute Marne

Services

Equipements/ Territoires	Priorité 1	Priorité 2
	SAMSAH	SSIAD
1	Aube	Marne
2	Haute Marne	Aube
3	Marne	Ardennes
4	Ardennes	Haute Marne

Secteur Enfants

Etablissements

Equipements/ Territoires	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3	Priorité 4
	ITEP	Poly. hand. moteur	Déficience sensorielle	IME DI-autisme
1	Marne	Aube	Aube	Marne
2	Aube	Haute Marne	Haute Marne	Aube
3	Ardennes	Ardennes	Marne	Haute Marne
4	Haute Marne	Marne	Ardennes	Ardennes

SESSAD

Equipements/ Territoires	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3	Priorité 4
	DI-autisme	Poly. hand. moteur	TCC	Déficience sensorielle
1	Marne	Haute Marne	Aube	Aube
2	Aube	Marne	Marne	Haute Marne
3	Haute Marne	Ardennes	Ardennes	Marne
4	Ardennes	Aube	Haute Marne	Ardennes

2.3 - Le cas particulier des ESAT

Les places nouvelles sont notifiées chaque année à la région Champagne-Ardenne par la Direction Générale de la Cohésion Sociale. Il n'est pas possible de déroger à ce contingent de places financé sur des crédits Etat.

Le schéma doit s'attacher à définir les territoires prioritaires en matière de renforcement de places ESAT, tout en poursuivant le financement des projets en cours, dans la limite des mesures nouvelles notifiées par la DGCS à la région.

Les projets en cours de financement

Dép.	Nom de la Structure	Gestionnaire	Nature	Nombre total de places	Coût	Places financées		2012-2016	
						Nombre de places	Coût	Nombre de places restant à financer	Coût
ARDENNES									
AUBE									
10	ESAT Champagne	ADPEP	Extension	7	83 300	3	35 700	4	47600
10	ESAT Quai de la Pallée	Les musicales du Quai de la Pallée	Création	50	595 000	15	178 500	35	416 500
Sous-Total							**214 200**		**464 100**
MARNE									
51	ESAT du GPEAJH	GPEAJH	Extension	7	84 000	1	11 900	6	72 100
Sous-Total							**11 900**		**72 100**
HAUTE MARNE									
TOTAL							**226 100**		**536 200**

La définition des territoires prioritaires s'effectue à partir de la méthode du scoring relevant d'une double approche évaluation des besoins fondée à la fois sur la liste d'attente et le nombre d'amendement Creton et également sur les besoins découlant de la réduction des inégalités départementales par rapport aux taux régional (nombre de places nécessaires) pondéré du taux d'AAH.
Une pondération est appliquée sur ces critères à hauteur de 40% taux d'équipement et 60% liste amendement Creton.

La liste d'attente ESAT étant en cours de recensement par les MDPH, les besoins sont recensés à partir de la liste des jeunes maintenus en structure pour enfants au titre de l'amendement Creton et en attente d'une place en ESAT.

Priorité 1 Ardennes
Priorité 2 Haute Marne
Priorité 3 Marne
Priorité 4 Aube

3- Des priorités régionales d'équipement déclinables en cohérence avec les priorités des plans nationaux et du SROS ambulatoire

Les priorités régionales d'équipement doivent se décliner en cohérence :

- avec les orientations et priorités définies en l'espèce au sein des plans nationaux notamment le plan autisme ;
- avec les orientations définies au sein du SROS ambulatoire
- avec les ressources pérennes mobilisables en professionnels de santé.

Cf Annexe VII « cartographie soins de 1er recours et démographie des professionnels de santé»

4- Les orientations du schéma relatives aux actions de transformation de l'équipement existant

Les orientations nationales arrêtées conjointement par le Ministère et la CNSA pré conisent d'accompagner, au sein d e chaque région, le re nforcement de l' offre d'équipement notamment en services en recourant à d es actions de transformation des places existantes en établissement pour personnes handicapées.

En Champagne Ardenne, la transformation d'équipements obéira aux critères suivants :

- les établissements et services qui, dans la région, connaissent une diminution d'activité structurelle se traduisant par un taux d'occupation en diminution constante seraient concernés par une action visant à transformer leur capacité d'accueil ;

- à l'initiative des gestionnai res d'établissements et services de la région mai s en cohérence avec les orientations et priorités figurant au sein d u SROMS, de s transformations d'équipement à moyen constant réalisables dans le cadre des dispositions des articles L. 312-1 et R. 313-2-1 du CASF (sans changement de la catégorie juridique de rattachement) seront examinées et à des fins d'autorisation .par l'ARS ;

- soutien à la politique de diversification relative à l'offre d'équipement et d'intégration en milieu ordinaire.

PROJET REGIONAL DE Santé Champagne-Ardenne 2012-2016

Chapitre 5 - Synthèse régionale et conduite de la mise en œuvre du SROMS

Synthèse des objectifs opérationnels, des actions et des indicateurs d'évaluation

Objectifs opérationnels		Actions	Libellé de l'indicateur	Périodicité
1	**Contribuer à la mise en place d'un observatoire régional afin d'améliorer la connaissance continue des besoins des personnes handicapées et de permettre l'adaptation des moyens**	Définir les modalités d'organisation de l'observatoire, ses missions et les critères de suivi	Date d'installation du comité de pilotage de l'observatoire	2012-2016
		Réaliser les études sur des champs prioritaires	Nombre de réunions du COPIL observatoire régional médico-social Nombre d'études produites	
2	**Décliner au niveau régional, le schéma national relatif aux handicaps rares**	Etablir un état des lieux régional sur les handicaps rares en recensant les handicaps rares congénitaux et acquis sur la région	Production de l'état des lieux régional	2013
3	**Evaluer les besoins relatifs à la prise en charge des " DYS "**	Etablir un recensement des enfants et adolescents concernés par des troubles "DYS" (Dyslexie – dyspraxie-Dyscalculie), en lien avec l'Education Nationale et les MDPH	Nombre de réunions du groupe de travail	2013
			Nombre d'enfants avec troubles "DYS" sans solution de prise en charge	
4	**Adapter l'organisation et la prise en charge en établissement et service au projet personnalisé d'accompagnement**	Diversifier les modes de prise en charge et d'accompagnement	Evolution de la part des places en accueil alternatifs dans l'offre globale d'équipement (Cf également objectif 13)	annuel
		Etudier les solutions de prises en charge pour des enfants et adolescents relevant de prises en charge complexes (sanitaire, sanitaire, sociale…)	Nombre d'enfants relevant d'une prise en charge complexe Production de l'étude	2013-2014

PROJET REGIONAL DE Santé Champagne-Ardenne 2012-2016

5	**Coordonner les modes de prise en charge et d'accompagnement afin de garantir la continuité des parcours de vie et de soins**	Identifier les difficultés liées aux prises en charge conjointes entre structures de l'ASE et structures médico-sociales	Tableaux de bord CPOM ou conventions	2012-2016
		Favoriser les coopérations entre structures proposant des prises en charge complémentaires	Tableaux de bord CPOM ou conventions	
		Faciliter la prise en charge au sein des établissements de santé des personnes handicapées issues de structure médico-sociale par l'échange d'information et de pratiques professionnelles	Tableaux de bord CPOM ou conventions	
		Faciliter la transition entre structures enfants et adultes et permettre de résorber le nombre de jeunes maintenus au titre de l'amendement Creton	Evolution de la part des jeunes relevant de l'amendement Creton dans les structures pour enfants.	biennal sur la durée du schéma
		Définir les réponses adaptées aux besoins des personnes handicapées vieillissantes	Production d'une étude régionale	2012-2013
6	**Faciliter le maintien en milieu de vie ordinaire des personnes handicapées par un égal accès à l'offre de services polyvalents de proximité**	Développer l'offre de services	Evolution de la part des services dans l'offre globale d'équipement Conventions entre services relatives à la mutualisation des interventions	annuel
		Organiser le maillage territorial des services au regard des types de handicap et favoriser ainsi le maintien à domicile et dans le milieu ordinaire		
7	**S'assurer de la mise en œuvre d'un véritable projet de soins garant de la qualité et de la sécurité des soins**	Veiller à ce qu'au sein de chaque établissement médicalisé, la coordination, la cohérence et la continuité des soins soient assurés et formalisées notamment par des protocoles de soins et des conventions ou partenariats effectifs S'assurer que le projet global de soins soit formalisé et qu'il intègre les conditions d'accès aux soins non spécialisés et les actions d'éducation thérapeutique et de prévention	Production d'un cadre type de projet de soins	2012-2013

PROJET REGIONAL DE Santé Champagne-Ardenne 2012-2016

		S'assurer de la formation continue de l'équipe médicale et soignante Prioriser la mise en place du DMP pour les PH		
8	**Promouvoir le droit d'expression, la sécurité, la santé et le bien être des personnes handicapées accueillies au sein des établissements et services pour personnes**	Promouvoir la " bientraitance " conformément aux recommandations faites par l'ANESM	Production d'un "kit bientraitance" personnes handicapées Indicateurs ANESMS sur l'éthique	2014
		Promouvoir l'accès à la prévention, aux dispositifs de dépistage de droit commun et à l'éducation à la santé	% des personnes handicapées résidant en ESMS ayant fait l'objet de dépistage de droit commun (indicateur CPOM ESMS) Nombre de formations soins palliatifs dans les ESMS concernés (ex. polyhandicap) et conventions ESMS-réseau soins palliatifs	annuel
		Inscrire les établissements et services dans les dispositifs de veille et sécurité sanitaire	-	en continu
9	**Favoriser l'accès à la scolarisation en milieu ordinaire**	Définir, à partir d'une convention cadre, les modalités d'organisation et de coopération entre les établissements scolaires et les ESMS	Signature d'une convention de partenariat ARS- Rectorat (y compris concernant l'insertion professionnelle)	2012-2013
		Créer un groupe technique départemental de suivi de la scolarisation des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes handicapés		
10	**Favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées**	Favoriser la connaissance du milieu professionnel pour les jeunes pris en charge en IME par des stages en ESAT ou en milieu ordinaire	Nombre de sorties d'ESAT vers le milieu ordinaire (indicateurs ESAT) Nombre de contrats signés entre ESAT et milieu ordinaire de travail (indicateurs ESAT)	2012-2013

PROJET REGIONAL DE Santé Champagne-Ardenne 2012-2016

		Renforcer les liens ULIS-IMPRO afin d'anticiper l'orientation et favoriser l'adaptation des jeunes scolarisés en milieu ordinaire vers le secteur médico-social	Confère objectif 9 convention ARS-Education Nationale	
11	**Faciliter l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées psychiques en lien avec les acteurs du champ de la santé mentale et les acteurs du social**	Compléter l'offre d'équipement en ESAT pour personnes handicapées psychiques	Evolution du nombre de places créées en direction des personnes handicapées psychiques dont nombre de places en services	En continu
		Ouvrir un GEM dans les Ardennes		
		Renforcer les liens entre secteur médico-social-social et sanitaire, en vue de favoriser le maintien en milieu ordinaire		
12	**Poursuivre la mise en œuvre du plan autisme en région**	Structurer l'organisation territoriale en matière de diagnostic, de soin et d'accompagnement	Reprise des indicateurs nationaux	Adapté au plan national
		Améliorer l'accès aux soins somatiques primaires et spécialisés		
		Poursuivre le développement de l'offre de places pour les adultes		
13	**Favoriser le soutien et l'accompagnement aux aidants et aux familles de personnes handicapées**	Développer l'Information et l'accompagnement des familles de personnes handicapées	Date de création de l'espace internet dédié Nombre de formations au dispositif d'annonce et d'accompagnement	En continu
		Poursuivre le développement des formules d'accueil de répit permettant d'apporter un soutien aux aidants et aux familles	Confère objectif opérationnel 4	

Annexes

Annexe I

Constitution d'une équipe projet

L'équipe projet du volet " Personnes Handicapées" était constituée :

- d'un pilote, M. Eric CL OZET – ARS – Direction du Secteur Médico-Social / Servi ce Organisation et Autorisations/ Responsable du service Organisation et Autorisations
- d'un copilote, Mme Karine VIENNESSE – ARS - Direction du Secteur Médico-Social / Service Organisation et autorisations / Responsable de l'unité fonctionnelle " personnes handicapées "
- d'un secrétariat, Mme Pascale G UINVARCH – ARS - Direction du Secteur Médico-Social / Service Organisation et autorisations / Unité fonctionnelle " personnes handicapées "
- du responsable de l'uni té fonctionnelle PH du service all ocation de ressources et contractualisation, Mme Florence STREF
- de représentant désigné par chacune des délégations territoriales – service offre de santé :
    - DT 08 : Mme Sabine MONTI
    - DT 10 : Mme Anne-Marie WERNER
    - DT 52 : M. Philippe KRIN
- de représentant désigné par chacun des Conseils Généraux de la région :
    - Représentant le CG 08 : Mme Emilie Fillion suppléante : Mme Laurence RENAUDIN
    - Représentant le CG 10 : Dr Laurent MARIE
    - Représentant le CG 51 : M. Damien COLLARD
    - Représentant le CG 52 : Mme Virginie DOYON

- des directeurs des Maisons Départementales des Personnes Handicapées :
    - MDPH 08 : M. Igor DUPIN
    - MDPH 10 ; M. Didier MALNOURY
    - MDPH 51 : Mme Nadine NONNAIN
    - MDPH 52 : Mme Christine SELSKI

- de deux experts : Mme Claudine RIVIERE, Directrice du CREAHI Champagne Ardenne
  M.Olivier DURIEUX, Inspecteur Education Nationale Rectorat de Reims

Annexe II

SROMS - groupe projet
- Personnes handicapées-

Le guide des auditions

1- Rappel succinct de la méthode d'élaboration du SROMS –volet PH et de son calendrier.

➔ Elaborer un projet de SROMS volet PH structuré :

- par des objectifs de travail programmés,
- autour de thèmes d'études structurant la démarche
- sur la base d'un découpage territorial arrêté en commun.
- à partir de l'audition d'associations d'usagers, de gestionnaires d'établissements et d'experts

➔ Désigner et auditionner des associations d'usagers, des gestionnaires du secteur des Personnes Handicapées, et des experts.

➔ Transversalité incontournable avec les groupes ARS/ DOS – santé mentale – périnatalité-soins de suite et de réadaptation fonctionnelle.

- Thématiques proposées :

- Les parcours de vie des enfants et adolescents handicapés : le diagnostic précoce, les modes d'accompagnement, la scolarisation et la participation sociale (Toutes déficiences confondues à l'exception des publics ci-dessous faisant l'objet d'un examen particulier)

- Les parcours de vie des adultes handicapés : les modes d'accompagnement en institution et en milieu ordinaire, l'insertion professionnelle - les personnes handicapées vieillissantes. (Toutes déficiences confondues à l'exception des publics ci-dessous faisant l'objet d' un examen particulier)

- L'autisme et les troubles envahissants du développement

- Le handicap psychique

- les traumatisés crâniens et les cérébrolésés.

- Les déficients sensoriels et les troubles spécifiques du langage.

2- Les objectifs attendus des auditions des organismes et professionnels de santé.

➔ Connaitre les orientations, objectifs et priorités que les acteurs de terrain souhaitent voir figurer au sein du prochain schéma régional, sur la base d'un questionnaire d'audition. Voir (*1*).

➔ L'organisme auditionné devra organiser **avant son audition une concertation avec l'ensemble des adhérents qu'il représente dans la région.**

➔ Débattre et répondre aux questions des membres du groupe projet – SROMS PH.

*(1)Pour structurer les échanges entre les membres du groupe projet, les organismes et les experts seront auditionnés **sur la base d'un questionnaire de référence (voir document p 5)** décliné autour des axes suivants :*

- *L'offre d'équipement installée (par mode d'accueil et par territoire) : Permet-elle de répondre de manière adaptée **ou** suffisante aux besoins présents et à venir ?*
- *Les éventuelles difficultés d'accès aux dispositifs sanitaires et médico-sociaux et leurs causes (Territorial - amplitude de fonctionnement en EMS – services hospitaliers et professionnels de santé- délai de réponse)*
- *le niveau des ressources mobilisables en personnel médical et paramédical présent et à venir par territoire (médecin généralistes et spécialistes- IDE –kiné)*
- *Les mesures destinées à favoriser l'efficience des ESMS : la qualité du service rendu, formation, contractualisation – évaluation.*
- *Les dispositifs de coordination pour soutenir le parcours de vie des PH (Offre médico-sociale sanitaire – offre médico-sociale et libérale – institution et milieu ordinaire.)*
- *La nature des informations susceptibles d'améliorer de manière pérenne la connaissance de l'évolution des besoins des personnes handicapées.*

3- Les Modalités d'organisation des auditions

3.1 La phase préparatoire

➔ Les organismes et professionnels de santé reçoivent environ 1 mois avant la date de l'audition une invitation par mail ainsi qu'une proposition de date de RDV au cours de la période avril-mai. Le guide d'audition leur est également transmis.

➔ Chaque organisme auditionné peut, s'il le souhaite, être accompagné au maximum de 5 collaborateurs ou partenaires de l'institution.

➔ Il leur est demandé de transmettre par courriel **8 jours avant l'audition,** à l'ARS – secrétariat du groupe projet PH- une contribution écrite (dans la limite de 10 pages) répondant au questionnaire d'audition.

Contact ARS- Secrétaire du groupe projet
Pascale Guinvarch.
Tél : 03 26 66 78.52
E mail : ars-ca-oa-ph @ars.sante.fr

3.2 Le déroulement des Auditions :

➔ Les auditions s'effectueront sur une ½ journée:

- A raison de 3 auditions
- La durée de l'audition : 1heure maximum par organisme et professionnels de santé

➔ L'organisme ou le professionnel de santé auditionné est invité :

- A présenter de manière **synthétique** ses conclusions en réponse au questionnaire d'audition.
- A répondre aux éventuelles questions des membres du groupe projet.

➔ A l'issue de l'audition un relevé de conclusions sera rédigé par le secrétariat du groupe projet et communiqué pour validation à l'organisme ou professionnel auditionné.

4- Le questionnaire d'audition.

Rappel :

L'objectif de ce document est d'identifier l'offre d'équipement, les besoins et leurs évolutions ainsi que les propositions des acteurs pour répondre aux problématiques existantes ou à venir.

AXES DE REFLEXION ET QUESTIONNEMENTS :

- **L'adéquation du niveau de l'offre d'équipement et des modes d'accueil avec les besoins actuels.**
  - Manque ou inadaptation de l'offre d'équipement ? sur quel(s) territoire (s) ?
  - De quelle nature ? Institution-services ? pour quel type de prise en charge ? création de structure expérimentale nécessaire ?
  - De quel type ? Mauvaise répartition sur le territoire, taux de fuite importa nt ou afflux de demandes localement/ diminution ou augmentation des besoins localement.
  - Difficultés dans le repérage des niveaux de recours : de l a réponse généraliste de proximité à la réponse spécialisée de niveau régional. Quel territoire pertinent par nature d'équipement ?
  - Orientations par défau t – inadéquation avec la nature de l'agré ment de l'établissement.
  - Liste d'attente – jeunes adultes relevant de « l'amendement Creton » présents au sein de l'établissement.-.

- **L'accès à certains dispositifs ou équipements sanitaire ou médico-social**

Si des difficultés sont rencontrées quelles en sont la nature ?

  - Accessibilité territoriale
  - Au niveau des amplitudes de fonctionnement

- Au niveau des délais de réponse
- Temps de transport quotidien important
- Cout du transport ?

- **L'évolution des besoins de prise en charge et le questionnement sur les organisations**

  - Diversification de la palette des réponses : ex. offre de répit – accueil de jour-hébergement d'urgence – recours à des méthodes de prise en charge innovantes ?

  - Impact de l'évolution des besoins ? Diminution des taux d'occupation ? Pression de la demande -Evolution des types de prise en charge, des modes de prise en charge. Articulation entre accueil et accompagnement, entre appui aux professionnels et soutien aux aidants

- **Ressources en personnel**

  - Qualification – Formation.
  - Difficulté de recruter des professionnels ? De quelle catégorie ou spécialité ? sur quels territoires ?

- **Efficience des organisations et qualité du service rendu**

  - En matière de mutualisation des fonctions support (Achats- transports- GRH – Comptabilité – systèmes d'information)
  - En matière de contractualisation et de conventionnement avec les partenaires.
  - En matière de démarche qualité et d'évaluation (interne et externe)

- **Coordination- parcours de vie**

  - Existe-t-il des manques identifiés en matière de coordination des parcours et de continuité de prise en charge entre:

- offre médico-sociale et offre sanitaire
- offre médico-sociale et offre libérale
- offre en établissement et offre en milieu ordinaire/ domicile
- offre en établissement et services

- **Connaissance des besoins**

  - Nature des informations et critères permettant d'améliorer la connaissance de l'évolution des besoins des personnes handicapées.

Annexe III

Thématiques	Organismes	Personnes présentes
Diagnostic précoce, mode d'accompagnement, scolarisation et participation sociale des enfants et adolescents handicapés	**FEGAPEI URAPEI APEI ADAPEI 51**	**Mme Chantal Doublet**, DG adjointe Association Bois l'Abbesse **M.Sylvain Brocheton**, Directeur d'exploitation APEI Aube **M.Lionnel Boidin**, DG APEI Aube **M.Denis Collet**, Président URAPEI **M.Jean-Pierre Tillier**, Vice Président ADAPEI 51
	Union régionale des CAMSP	**Dr Marie-Hélène Garnier**, Directrice du CAMSP de l'Aube **Mme Odile Caron**, membre du Conseil d'Adminstration de l'ANECAMSP
	GEPSO	**Mme Delphine Detez**, Déléguée Régionale GEPSo **Mme Monique Samson**, Administratrice GEPSo Directrice du CAPS's Châlons en Champagne
	ALEFPA	**Mme Pascale Enfer**, Directrice ITEP du RESAC à Reims **Mme Pascale Mahu,** CSE ITEP du RESAC à Reims **Mme Pascale Meyer**, Directrice ITEP Henri Viet à Montigny le Roi **M.Yves Optel**, psychiatre à l'ITEP Henri Viet
	UGECAM	**M. Thierry Istace**, Directeur Médico-Social UGECAM 08 **M.Pierre Taton**, Directeur CRME Wamecourt/SESSAD **Mme Monique Schloesser**, Directrice IME Ville en Selve/SESSAD
	GPEAJH-APAJH	**M.Patrick Robin**, Président de l'APAJH Aube **M.Jean Fournials**, DG du GPEAJH **M.Gérard Raymond**, Président du GPEAJH **Mme Liliane Tardy**, Vice-Présidente du GPEAJH
	Fédération Trisomie 21	**Mme Véronique Nonon**, Présidente Trisomie 21 Ardennes **Mme Estelle Copinet**, Présidente Trisomie 21 Marne **Mme Odile Parmentier**, Présidente Trisomie 21 Haute Marne **M.Francis Perrin**, Président Trisomie 21 Aube
	AAIMC-AMF	**M.Jacques Toussaint**, Président Association IMCCA **M.Jean-Pol Pertus**, Vice-Président IMCCA **Mme Vanessa Strzyzewski**, Sectrétaire Générale IMCCA **M.Pierre Dubus**, Directeur du FAM Thibierge à Reims **M.Eric Sauloup**, Directeur du CRM-IMC à Reims
	Expert	**Dr Nathalie Bednarek,** Pôle Femme/Mère/Enfant (Pédiatrie B) CHU Reims

	AIRE	**M. Jacky Desmet**, Délégué Régional
Thématiques	**Organismes**	**Personnes présentes**
Modes d'accompagnement en institution, en milieu ordinaire et professionnel Adultes Handicapés et PHV	**Fédération Hospitalière de France**	**M.Jérome Passicousset**, Directeur Adjoint de l'EDPAMS à Belleville **M.Pascal Roge**, Directeur Foyer Monteclair à Andelot **Mme Odile Velut**, Directeur CMSPChanteloup à Troyes **Dr Corinne Fréville, P**sychiatre IME EDPAMS
	FEGAPEI URAPEI APEI ADAPEI 51	**Mme Chantal Doublet**, DG adjointe Association Bois l'Abbesse **M.Sylvain Brocheton**, Directeur d'exploitation APEI Aube **M.Lionnel Boidin**, DG APEI Aube **M.Denis Collet**, Président URAPEI **M.Jean-Pierre Tillier**, Vice Président ADAPEI 51
	APF	**M.Pierre Salachas**, Directeur Régional APF **Mme Badia Allart**, Représentante Régionale APF
	GEPSO	**Mme Delphine Detez**, Déléguée Régionale GEPSo **Mme Monique Samson**, Administratrice GEPSo Directrice du CAPS's Châlons en Champagne
Modes d'accompagnement en institution, en milieu ordinaire et professionnel Adultes Handicapés et PHV	**GPEAJH-APAJH**	**M.Patrick Robin**, Président de l'APAJH Aube **M.Jean Fournials**, DG du GPEAJH **M.Gérard Raymond**, Président du GPEAJH **Mme Liliane Tardy**, Vice-Présidente du GPEAJH
	AAIMC-AMF	**M.Jacques Toussaint**, Président Association IMCCA **M.Jean-Pol Pertus**, Vice-Président IMCCA **Mme Vanessa Strzyzewski**, Sectrétaire Générale IMCCA **M.Pierre Dubus**, Directeur du FAM Thibierge à Reims **M.Eric Sauloup**, Directeur du CRM-IMC à Reims
	UNA	**M.Alain Denizet**, Président Régional de l'UNA, membre de l'ARIHA
	URIOPSS	**M.Thomas Dubois**, Directeur de l'URIOPSS
Autisme	**Collectif Associatif Autisme**	**M.Alain Laudenot**, ADAPEI 08 **M.Bruno Boucher**, ADAPEI 08 **M.Christian Charlot**, Autisme Marne **Mme Nicole Benadassi**, ACPEI
	Experts	**Dr Nathalie Golovkine**, Psychiatre coordonnateur du CRA Champagne Ardenne
		Dr Philippe Darbourg, Pédopsychiatre **M.Jean-Luc Geeraert**, UGECAM Nord Est

	Association Bois l'Abbesse	**M.Alain Laurent**, DG de l'Association Bois l'Abbesse **Mme Chantal Doublet**, DG adjointe Association Bois l'Abbesse
Thématiques	**Organismes**	**Personnes présentes**
Handicap Psychique	**UNAFAM**	**M.Jean-Louis Gilles**, Délégué Régional UNAFAM **Mme Françoise Gilles**, UNAFAM 51 **Mme Michèle Lebeuf**, Vice Présidente UNAFAM 52 **Mme Françoise Gobert**, UNAFAM 08 **Mme Danièle Loubier**, UNAFAM 10
	Fédération Hospitalière de France	**M.Jérome Passicousset**, Directeur Adjoint de l'EDPAMS à Belleville **M.Pascal Roge**, Directeur Foyer Monteclair à Andelot **Mme Odile Velut**, Directeur CMSPChanteloup à Troyes **Dr Corinne Fréville, P**sychiatre IME EDPAMS
Traumatisme crânien et cérébro-lésés	**UGECAM**	**M. Thierry Istace**, Directeur Médico-Social UGECAM 08 **M.Pierre Taton**, Directeur CRME Wamecourt/SESSAD **Mme Monique Schloesser**, Directrice IME Ville en Selve/SESSAD
	Experts	**Pr Serge Bakchine**, Pôle de neurologie au CHU de Reims
		Pr Alain Léon, Pôle URAD CHU Reims **Pr François Boyer**, Pôle Médecine Physique et Réadapta° CHU Reims **Dr Véronique Camus-Bombart**, Pôle Médecine Physique et Réadapta° CHU Reims **Dr Edwin Regrain**, Pôle Médecine Physique et Réadapta° CHU Reims
Déficients sensoriels- Troubles spécifiques du langage	**Institut Michel Fandre**	**M. Loïc Haffray**, Directeur de l'Institut Michel Fandre à Reims
	Expert	**Dr Agnès Ameil**, neuropédiatre au CHU de Reims
	CMSP Chanteloup	**Mme Marie-Odile VELUT**, Directrice CMSP Chanteloup à Sainte Savine
	Centre d'audiophonologie de Charleville Mézières	**Mme Sylvie Petipas**, Directrice du CAES Charleville Mézières
	Pôle Sensoriel	**Mme Isabelle Hins**, coordonatrice du Pôle Sensoriel Psychologue
Polyhandicap	**Expert**	**Dr Rofidal**, IME l'Eoline à Reims

Annexe IV

ARDENNES - ETABLISSEMENTS ENFANCE HANDICAPEE

CAPACITES AUTORISEES

Déficience intellectuelle (Annexes XXIV)										
Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	Nombre de places SESSAD	Nombre de places internat de semaine	Nombre de places internat complet	Nombre de places semi-internat	Nombre de places externat	Placement familial	Capacité totale	en 2012	en 2013	au 31/12/2011
Ass. Les Papillons Blancs IME à Boutancourt	24	15	0	55	0	0	94			
Comité La Tour I.M.E La Tour à Glaire	40	0	0	87	0	0	127			
Fédération des Ardennes de la Ligue de l'Enseignement Services d'Accueil et d'Accompagnement Médico-Educatifs Thérèse et Charles Fortier	30	25	0	55	0	0	110			
EDPAMS Jacques Sourdille IME de Montcy	47	70	0	150	0	3	270			
Ass Les Sapins I.M.E Les Sapins à Rocroi	12	0	0	74	0	0	86			
AFEIH I.M.Pro à Revin	0	15	0	19	0	0	34			
TOTAL	**153**	**125**	**0**	**440**	**0**	**3**	**721**			**721**

Troubles du caractère et du comportement (Annexes XXIV) - ITEP

Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
EDPAMS ITEP de Belleville sur Bar	18	20	0	25	0	0	63			
Ass pour la Sauvegarde de l'Enfance Ados et Jeunes Adultes ITEP à Bazeilles	18	10	0	12	0	0	40			
Fédération des Ardennes de la Ligue de l'Enseignement Services d'Accueil et d'Accompagnement Médico-Educatifs Thérèse et Charles Fortier	10	13	0	7	0	0	30			
TOTAL	**46**	**43**	**0**	**44**	**0**	**0**	**133**			**133**

INFIRMES .MOTEURS.CEREBRAUX. (Annexes XXIV bis)

Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
AAIMC 08 I.E.P. Montvillers à Bazeilles	10	4	0	14	0	0	28			
UGECAM CRM à Warnecourt	28	6	0	20	0	0	54			
TOTAL	**38**	**10**	**0**	**34**	**0**	**0**	**82**			**82**

POLYHANDICAPES (Annexes XXIV ter)

Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
AAIMC 08 I.E.P. Montvillers à Bazeilles	0	6	0	6	0	0	12			
UGECAM CRM à Warnecourt	3	0	10	8	0	0	21			
TOTAL	**3**	**6**	**10**	**14**	**0**	**0**	**33**			**33**

Déficience auditive (Annexes XXIV quater)

Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
Asso VAS "Vers l'autonomie du sujet" Centre d'audiophonologie et d'éducation sensorielle à Charleville	35	dt possibilité 4	0	32	0	0	67			
TOTAL	**35**	**dt 4**	**0**	**32**	**0**	**0**	**67**			**67**

Déficience visuelle (Annexes XXIV quinquies)

Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
Asso VAS "Vers l'autonomie du sujet" Centre d'audiophonologie et d'éducation sensorielle à Charleville	20	dt possibilité 4	0	23	0	0	43			
TOTAL	**20**	**dt 4**	**0**	**23**	**0**	**0**	**43**			**43**

ANNEXES	Nombre de places SESSAD	Nombre de places internat de semaine	Nombre de places internat complet	Nombre de places semi-internat	Nombre de places externat	Placement familial	capacité totale
DEFICIENCE INTELLECTUELLE	153	125	0	440	0	3	**721**
T.C.C.	46	43	0	44	0	0	**133**
XXIV BIS	38	10	0	34	0	0	**82**
XXIV TER	3	6	10	14	0	0	**33**
XXIV QUATER	35	dt 4	0	32	0	0	**67**
XXIV QUINQUIES	20	dt 4	0	23	0	0	**43**
TOTAL	**295**	**192**	**10**	**587**	**0**	**3**	**1079**

Annexe IV

AUBE - ETABLISSEMENTS ENFANCE HANDICAPEE

CAPACITES AUTORISEES

Déficience intellectuelle (Annexes XXIV)									
Capacités autorisées en 2011							**Dont capacités autorisées par anticipation**		**Capacités installables**
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
APEI I.M.E Verger Fleuri à Maizière la Gde Paroisse	0	30	0	33	0	63			
APEI I.M.E l'Accueil au Mesnil St Loup	0	33	0	6	0	39			
APEI IME Le Gai Soleil à Troyes	0	0	0	90	0	90			
APEI I.M.E l'Eveil à Vendeuvre sur Barse	15	13	0	22	0	50			
APEI IME La Sitelle à La Chapelle St Luc	50	0	0	0	0	50			
Ass.Sociale et Sanitaire de Gestion I.M.E Chantejoie à Mery/ Seine	0	5	0	0	0	5			
Ass.Sociale et Sanitaire de Gestion I.M.E Chantejoie à Rouilly St Loup	20	42	0	55	0	117			
ADPEP de l'Aube I.M.E Montceaux les Vaudes	10	29	0	33	0	72			
Asso Autisme Aube SESSAD Aubtimisme à Troyes	15	0	0	0	0	15		3	
TOTAL	**110**	**152**	**0**	**239**	**0**	**501**			**498**

Toubles du caractère et du comportement (Annexes XXIV) - ITEP

Capacités autorisées en 2011							Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
Ass.Sociale et Sanitaire de Gestion ITEP Home Plein Espoir à Mery/ Seine	0	27	0	0	0	27			
ADPEP de l'Aube ITEP Montceaux les Vaudes	15	7	0	7	0	29			
Ass.Sociale et Sanitaire de Gestion ITEP Chantejoie à Rouilly St Loup	10	10	0	13	0	33			
APEI ITEP l'Eveil à Vendeuvre sur Barse	0	6	0	4	0	10			
TOTAL	**25**	**50**	**0**	**24**	**0**	**99**			**99**

INFIRMES .MOTEURS.CEREBRAUX. (Annexes XXIV bis)

Capacités autorisées en 2011							Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
C.M.S.P. Chanteloup à Sainte Savine	39	8	0	16	0	63			
TOTAL	**39**	**8**	**0**	**16**	**0**	**63**			**63**

POLYHANDICAPES (Annexes XXIV ter)

Capacités autorisées en 2011							Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
APEI Lieu d'acueil et de soins " Les Parpaillols" à Bréviandes	0	0	0	0	24	24			
APEI SSAD à Breviandes	8	0	0	0	0	8			
TOTAL	**8**	**0**	**0**	**0**	**24**	**32**			**32**

Déficience auditive (Annexes XXIV quater)

Capacités autorisées en 2011							Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
C.M.S.P. Chanteloup à Sainte Savine	19	1	0	14	0	34			
TOTAL	**19**	**1**	**0**	**14**	**0**	**34**			**34**

Déficience visuelle (Annexes XXIV quinquies)

Capacités autorisées en 2011							Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
C.M.S.P. Chanteloup à Sainte Savine	12	1	0	5	0	18			
TOTAL	**12**	**1**	**0**	**5**	**0**	**18**			**18**

ANNEXES	Nombre de places SESSAD	Nombre de places internat de semaine	Nombre de places internat complet	Nombre de places semi-internat	Nombre de places externat	capacité totale
DEFICIENCE INTELLECTUELLE	110	152	0	239	0	**501**
T.C.C.	25	50	0	24	0	**99**
XXIV BIS	39	8	0	16	0	**63**
XXIV TER	8	0	0	0	24	**32**
XXIV QUATER	19	1	0	14	0	**34**
XXIV QUINQUIES	12	1	0	5	0	**18**
TOTAL	**213**	**212**	**0**	**298**	**24**	**747**

Annexe IV

MARNE - ETABLISSEMENTS ENFANCE HANDICAPEE

CAPACITES AUTORISEES

Déficience intellectuelle (Annexes XXIV)									
Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	Nombre de places SESSAD	Nombre de places internat de semaine	Nombre de places internat complet	Nombre de places semi-internat	Nombre de places externat	Placement familial	Capacité totale	en 2012	en 2013	au 31/12/2011
APEI de Vitry le François I.M.E de BLACY	15	20	0	55	0	0	90			
APEI Vitry le François I.M.E de BLACY (Pavillon pour adolescents autistes)	0	4	0	6	0	0	10			
APEI de Châlons en Champagne I.M.E Jeanne d'Arc à Châlons en Champagne	0	0	30	70	0	0	100			
APEI d'Epernay IME Geneviève Caron	15	0	0	40	0	13	68			
Ass. Les Papillons Blancs Reims I.M.E. La Sitelle à Reims	15	0	0	77	0	0	92			
Ass. l'Elan Argonnais I.M.E Elan Argonnais à Ste Menehould	16	12	0	29	0	0	57			
ASOMPAEI de Sézanne I.M.E de SEZANNE	0	0	0	20	0	0	20			

UGECAM Lorraine Champagne Ardenne I.M.E de Ville en Selve	25	50	0	75	0	0	150			
GPEAJH I.M.E. Le Clos Villers à Villers Franqueux	0	14	0	70	0	0	84			
GPEAJH SESSAD Reims Nord	20	0	0	0	0	0	20			
Association l'Eveil I.M.P l' Eveil à Reims	0	22	0	78	0	0	100			
TOTAL	**106**	**122**	**30**	**520**	**0**	**13**	**791**			**791**

Troubles du caractère et du comportement (Annexes XXIV) - ITEP

Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
Fondation Lucy Lebon Montier En Der SESSAD Vitry-Le-François	19	0	0	0	0	0	19			
Fondation Lucy Lebon Montier en Der ITEP + CAFS Vitry-le-François	0	12	0	2	0	5	19			
ADPEP de la Marne ITEP sur le secteur Epernay/Sézanne	0	0	0	10	0	0	10			
ADPEP de la Marne SESSAD	30	0	0	0	0	0	30			
Fondation Lucy Lebon Montier en Der ITEP Châlons-en-Champagne	0	12	0	4	0	0	16		2 places internat et 4 places semi-internat	10
Ass Châlonnaise de Réadaptation Médico-Pédagogique SESSAD Châlons	14	0	0	0	0	0	14			
Association Anais ITEP St Imoges SESSAD Reims	32	20 dont 1 HT	0	20	0	0	72			
ALEFPA ITEP Reims	0	12	0	8	0	0	20	7 places internat et 3 places SI		10
Asso Elan Argonnais SESSAD Thalie et Pégase à Suippes	9	0	0	0	0	0	9			
TOTAL	**104**	**56**	**0**	**44**	**0**	**5**	**209**	10	6	**193**

INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX. (Annexes XXIV bis)

Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
AIMCCA de Reims CRM à Reims	40	13	0	48	0	0	101			
Ass Roger et Simone Degas IEM à Fagnières SESSAD à Fagnières	12	16	0	16	0	0	44			
TOTAL	**52**	**29**	**0**	**64**	**0**	**0**	**145**			**145**

Polyhandicaps (Annexes XXIV ter)

Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
Ass. Les Papillons Blancs de Reims I.M.E l'Eoline à Reims	15	0	12	23	0	0	50			
Carrefour d'Accompagnement Public Social (CAPS) Nancy I.M.E. Crin Blanc à Châlons en Champagne	10	0	20	10	0	0	40			
TOTAL	**25**	**0**	**32**	**33 (dont 1 pl AT)**	**0**	**0**	**90**			**90**

Déficience auditive (Annexes XXIV quater)										
Capacités autorisées en 2011								**Dont capacités autorisées par anticipation**		**Capacités installables**
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
Institut Michel Fandre à Reims CRESVAL	37	13	0	40		0	90			
TOTAL	**37**	**13**	**0**	**40**		**0**	**90**			**90**
	12	6		12						
Déficience visuelle (Annexes XXIV quinquies)										
Capacités autorisées en 2011								**Dont capacités autorisées par anticipation**		**Capacités installées**
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
Institut Michel Fandre à Reims CRESVAL	28	7	0	5		0	40			
TOTAL	**28**	**7**	**0**	**5**		**0**	**40**			**40**

ANNEXES	Nombre de places SESSAD	Nombre de places internat de semaine	Nombre de places internat complet	Nombre de places semi-internat	Nombre de places externat	Placement familial	Capacité totale
DEFICIENCE INTELLECTUELLE	106	122	30	520	0	13	**791**
T.C.C.	104	56	0	44	0	5	**209**
XXIV BIS	52	29	0	64	0	0	**145**
XXIV TER	25	0	32	33 (dont 1 pl AT)	0	0	**90**
XXIV QUATER	37	13	0	40	0	0	**90**
XXIV QUINQUIES	28	7	0	5	0	0	**40**
TOTAL	**352**	**227**	**62**	**706**	**0**	**18**	**1365**

Annexe IV

HAUTE - MARNE - ETABLISSEMENTS ENFANCE HANDICAPEE

CAPACITES AUTORISEES

Déficience intellectuelle (Annexes XXIV)									
Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	Nombre de places SESSAD	Nombre de places internat de semaine	Nombre de places internat complet	Nombre de places semi-internat	Nombre de places externat	Placement familial	Capacité totale	en 2012	en 2013	au 31/12/2011
ADPEP I.M.E de Bourbonne les Bains	12	30	0	6	0	0	**48**			
UGECAM I.M.E. de Brottes	24	35	0	58	0	0	**117**			
Fondation Lucy Lebon IME	15	30	0	10	0	0	**55**			
Fondation Lucy Lebon C.A.F.S	0	0	0	0	0	17	**17**			
ADASMS I.M.E. Le Joli Coin à Puellemontier	0	32	0	13	0	0	**45**		2 places accueil temporaire internat	
Ass Le Bois l'Abbesse I.M.E. Bois l'Abbesse à St Dizier	39	23	0	86	0	0	**148**			
TOTAL	**90**	**150**	**0**	**173**	**0**	**17**	**430**			**428**

Troubles du caractère et du comportement (Annexes XXIV) - ITEP

Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
ALEFPA IRP Henri Viet à Montigny-Le-Roi	15	46	0	16	0	0	77			
Fondation Lucy Lebon ITEP enfants	27	27	0	3	0	0	57		1pl. Accueil temporaire internat	
Fondation Lucy Lebon ITEP ADOS à Bettancourt	0	12	0	2	0	0	14			
TOTAL	**42**	**85**	**0**	**21**	**0**	**0**	**148**			**147**

INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX. (Annexes XXIV bis)

Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
	0	0	0	0	0	0	**0**			
	0	0	0	0	0	0	**0**			
TOTAL	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**			

Polyhandicaps (Annexes XXIV ter)

Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
UGECAM I.M.E. de Brottes	1	6	0	8	0	0	**15**			
Ass Le Bois l'Abbesse I.M.E. Bois l'Abbesse à St Dizier	6	0	0	12	0	0	**18**			
TOTAL	**7**	**6**	**0**	**20**	**0**	**0**	**33**			**38**

Déficience auditive (Annexes XXIV quater)

Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
ADPEP Institut Education Sensorielle à Langres	6	0	0	0	12	0	18			
TOTAL	**6**	**0**	**0**	**0**	**12**	**0**	**18**			

Déficience visuelle (Annexes XXIV quinquies)

Capacités autorisées en 2011								Dont capacités autorisées par anticipation		Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places SESSAD**	**Nombre de places internat de semaine**	**Nombre de places internat complet**	**Nombre de places semi-internat**	**Nombre de places externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**en 2012**	**en 2013**	**au 31/12/2011**
	0	0	0	0	0	0	**0**			
	0	0	0	0	0	0	**0**			
TOTAL	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**			

ANNEXES	Nombre de places SESSAD	Nombre de places internat de semaine	Nombre de places internat complet	Nombre de places semi-internat	Nombre de places externat	Placement familial	Capacité totale
DEFICIENCE INTELLECTUELLE	90	150	0	173	0	17	**430**
T.C.C.	42	85	0	21	0	0	**148**
XXIV BIS	0	0	0	0	0	0	**0**
XXIV TER	7	6	0	20	0	0	**33**
XXIV QUATER	6	0	0	0	12	0	**18**
XXIV QUINQUIES	0	0	0	0	0	0	**0**
TOTAL	**145**	**241**	**0**	**214**	**12**	**17**	**629**

Annexe IV

CHAMPAGNE-ARDENNE - ETABLISSEMENTS ENFANCE HANDICAPEE

CAPACITES AUTORISEES - AUTISME

ARDENNES							
Etablissements	**Nombre de places de SESSAD**	**Nombre de places internat**	**Nombre de places semi-internat externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**Age d'accueil**	**Observations**
Fédération des Ardennes de la Ligue de l'Enseignement Services d'Accueil et d'Accompagnement Médico-Educatifs Thérèse et Charles Fortier					0	6-18 ans	Correspond à âge d'accueil IME (non spécifié pour l'autisme)
Comité La Tour I.M.E La Tour à Glaire			7		7	6-16 ans	Correspond à âge d'accueil IME (non spécifié pour l'autisme)
Fédération des Ardennes de la Ligue de l'Enseignement Services d'Accueil et d'Accompagnement Médico-Educatifs Thérèse et Charles Fortier		10	10		20	6-14 ans	
EDPAMS Jacques Sourdille IME de Belleville sur Bar		15	5		20	6-20 ans	
AFEIH I.M.Pro à Revin		6	3		9	14-20 ans	
Ass. Les Papillons Blancs IME à Boutancourt	4		4		8		
TOTAL	**4**	**31**	**29**	**0**	**64**		
AUBE							
Etablissements	**Nombre de places de SESSAD**	**Nombre de places internat**	**Nombre de places semi-internat externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**Age d'accueil**	**Observations**
APEI I.M.E Verger Fleuri à Maizière la Gde Paroisse			10		10	6-20 ans	

Asso Autime Aube SESSAD Aubtimisme à Troyes	15				15	18 mois-20 ans	dont 3 places autorisées par anticipation au titre de 2013
TOTAL	15	0	10	0	25		
MARNE							
Etablissements	**Nombre de places de SESSAD**	**Nombre de places internat**	**Nombre de places semi-internat externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**Age d'accueil**	**Observations**
APEI de Châlons en Champagne I.M.E Jeanne d'Arc à Châlons en Champagne			15		15	6-20 ans	Régime non précisé dans l'AP - semi-internat ?
Ass. Les Papillons Blancs Reims I.M.E. La Sitelle à Reims	5		15		20	Non précisé dans l'AP propre à l'autisme	dont 1 place en accueil temporaire
APEI de Vitry le François I.M.E de BLACY		4	6		10		
TOTAL	**5**	**4**	**36**	**0**	**45**		
HAUTE-MARNE							
Etablissements	**Nombre de places de SESSAD**	**Nombre de places internat**	**Nombre de places semi-internat externat**	**Placement familial**	**Capacité totale**	**Age d'accueil**	**Observations**
Fondation Lucy Lebon C.A.F.S				3	3	0-20 ans	AP 28/07/97 : 2 places AP 19/02/99 : modif âge PEC AP 14/04/03 : 1 place
Ass Le Bois l'Abbesse I.M.E. Bois l'Abbesse à St Dizier	6	8	10		24	4-20ans (St Dizier, Joinville) 4-14 ans (Langres) SESSAD (0-20 ans)	Les 8 places internat prévues pour être installées en 2011 ont fait l'objet d'un débasage temporaire
TOTAL	**6**	**8**	**10**	**3**	**27**		
SYNTHESE REGIONALE							
	SESSAD	Internat	SI / Externat	Placement familial	Total		
ARDENNES	4	31	29	0	64		
AUBE	15	0	10	0	25		
MARNE	5	4	36	0	45		

HAUTE-MARNE	6	8	10	3	27		
REGION	30	43	85	3	161		

Capacités autorisées en 2011						Dont capacités autorisées par anticipation			Capacités installables
Etablissements	**Service externalisé à domicile**	**Nombre de places d'internat**	**Nombre de places de semi-internat (accueil de jour)**	**Nombre de places accueil temporaire**	**Capacité totale autorisée**	**en 2012**	**en 2013**	**en 2014**	**au 31/12/2011**
ARDENNES									
Association pour Handicapés MAS les Campanules à Auvillers les Forges	10	55	6	3	74				
Asso Les Papillons Blancs MAS le Pré aux saules à Etrepigny	10	33	7	3	53				
CH Belair Charleville Mézières MAS Le Clos de la Fontaine		60			60				
S/TOTAL	**20**	**148**	**13**	**6**	**187**				
AUBE									
AAPEI 10 MAS Le Village à La Chapelle Saint Luc		48	8		56				
EPSMA Brienne Le Château MAS La Fontaine de l'Orme		52	4	4	60	5			
S/TOTAL		**100**	**12**	**4**	**116**	**5**			
MARNE									
Asso Les Papillons Blancs de Reims MAS Odile Madelin à Cernay Les Reims		60	5	2	67				
MAS Les Alouettes Châlons en Champagne		65	5	5	75				
EPSMM Châlons en Champagne MAS du Prés St Jacques		48			48				
Carrefour d'Accompagnement Public Social (CAPS) Nancy MAS à Châlons en Champagne		44		1	45				

AIMCCA de Reims MAS à Cormontreuil		35	7	2	44				
S/TOTAL		252	17	10	279				
HAUTE-MARNE									
CHHM de Saint-Dizier MAS Jean-Marc Itard		57	5		62		4		
Foyer Monteclair MAS à Andelot Blancheville		70	6	2	78				
S/TOTAL		127	11	2	140		4		
TOTAL	**20**	**627**	**53**	**22**	**722**		**4**		

Annexe V

CHAMPAGNE-ARDENNE - ETABLISSEMENTS ENFANCE HANDICAPEE

CAPACITES AUTORISEES - FAM

Capacités autorisées fin 2011					Dont capacités autorisées par anticipation			Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places d'internat**	**Nombre de places de semi-internat (accueil de jour)**	**Nombre de places accueil temporaire**	**Capacité totale autorisée**	**en 2012**	**en 2013**	**en 2014**	**au 31/12/2011**
ARDENNES								
Asso Albatros 08 FAM La Source à Taillette	30			30				
AAIMCCA de Reims FAM La Baraudelle à Attigny	20			20				
EDPAMS FAM Acy Romance	20			20				
S/TOTAL	**70**	**0**	**0**	**70**				
AUBE								
APEI 10 FAM à Vendeuvre-Sur-Barse	14	10		24				
Asso Raphaël FAM Kerglas à Fontvannes	10		1	11				
Fondation Caisses d'Epargne pour la Solidarité FAM de Lusigny-sur-Barse	12			12				
APAJH de l'Aube FAM de Romilly-Sur-Seine	12			12				
Asso Le Carrosse de Mons FAM Le Carrosse à Troyes	15			15	15			0

S/TOTAL	**63**	**10**	**1**	**74**	**15**			**0**
MARNE								
AAIMCCA de Reims FAM Jean Thibierge à Reims	46	4		50				
ACPEI FAM Jean-Pierre Burnay à Fagnières	23		1	24				
APEI d'Epernay FAM Jean Paul BRU à Epernay	17			17				
Asso Les Papillons Blancs de Reims FAM pour autistes de Cormontreuil	30	5		35				
Asso Les Papillons Blancs de Reims FAM Aurore à Reims	10			10				
Asso La Sève et le Rameau FAM pour PHV à Reims	16			16				
ADEF Résidences FAM Psy à Dormans	42	2		44	17			27
APEI de Vitry le François FAM Jean Muller à Vitry-le-François	10			10				
S/TOTAL	**194**	**9**	**1**	**206**	**17**			**27**
TOTAL	**327**	**19**	**2**	**350**	**32**			**27**

Annexe V

CHAMPAGNE-ARDENNE - ETABLISSEMENTS ENFANCE HANDICAPEE

CAPACITES AUTORISEES - SAMSAH

Capacités autorisées fin 2011					Dont capacités autorisées par anticipation			Capacités installables
Etablissements	**Nombre de places d'internat**	**Nombre de places de semi-internat (accueil de jour)**	**Nombre de places**	**Capacité totale autorisée**	**en 2012**	**en 2013**	**en 2014**	**au 31/12/2011**
ARDENNES								
UGECAM Nord-Est SAMSAH La Passerelle Charleville Mézières			25	25				
EDPAMS Jacques Sourdille SAMSAH à Belleville-sur-Bar			8	8				
GCMS LIANT SAMSAH à Montcornet			15	15				
Collectif Associatif Le Lien SAMSAH Le Lien à Sedan			3	3				
S/TOTAL	**0**	**0**	**51**	**51**				
MARNE								
AAIMCCA de Reims			19	19	3	0		16
Asso "Foyer l'Amitié"de Reims			20	20	9	11		0
S/TOTAL	**0**	**0**	**39**	**39**				
HAUTE-MARNE								
ADASMS SAMSAH à Puellemontier			2	2		A prévoir 4 places en 2013 Arrêté non pris		

Asso Bois l'Abbesse SAMSAH à Saint-Dizier			3	3		A prévoir 6 places en 2013 Arrêté non pris		
S/TOTAL	**0**	**0**	**5**	**5**				
TOTAL	**0**	**0**	**95**	**95**				

Annexe V

ETABLISSEMENTS ADULTES HANDICAPEES
CAPACITES AUTORISEES - AUTISME

ARDENNES						
Etablissements	**Nombre de places internat**	**Nombre de places semi-internat externat**	**Nbre places accueil jour**	**Capacité totale**	**Age d'accueil**	**Observations**
EDPAMS Jacques Sourdille ESAT de Grandpré		5		5		
TOTAL		**5**		**5**		
AUBE						
Etablissements	**Nombre de places internat**	**Nombre de places semi-internat externat**	**Nbre places accueil jour**	**Capacité totale**	**Age d'accueil**	**Observations**
APEI 10 FAM de Vendeuvre/Barse	14	10		24	20 ans et +	Extension de l'âge au delà de 25 ans AP 06/11/2002
TOTAL	**14**	**10**		**24**		
MARNE						
Etablissements	**Nombre de places internat**	**Nombre de places semi-internat externat**	**Nbre places accueil jour**	**Capacité totale**	**Age d'accueil**	**Observations**
ACPEI Châlons FAM de Fagnières	24			24		

Asso Les Papilons Blancs de Reims FAM de Cormontreuil	30		5	35		dt 1 place d'internat en accueil temporaire. Les places seront installées en 2011
TOTAL	**54**	**0**	**5**	**59**		
HAUTE-MARNE						
Etablissements	**Nombre de places internat**	**Nombre de places semi-internat externat**	**Nbre places accueil jour**	**Capacité totale**	**Age d'accueil**	**Observations**
APEI Sud Haute-Marne FAM de Saint-Blin	10			10	20 ans et +	
Asso Bois l'Abbesse FAM de Saint-Dizier	17	2	1	20		
TOTAL	**27**	**2**	**1**	**30**		
SYNTHESE REGIONALE						
	Internat	SI / Externat	Accueil jour + accueil temporaire	Total		
ARDENNES	0	5	0	**5**		
AUBE	14	10	0	**24**		
MARNE	54	0	5	**59**		
HAUTE-MARNE	27	2	1	**30**		
REGION	**95**	**17**	**6**	**118**		

Annexe V

ETABLISSEMENTS ADULTES HANDICAPEES
CAPACITES AUTORISEES - HANDICAP PSYCHIQUE

ARDENNES					
Etablissements	**Nombre de places internat**	**Nombre de places semi-internat externat**	**Nbre places accueil jour**	**Capacité totale**	**Observations**
CHS Bélair à Charleville Mézières MAS Le Clos de la Fontaine	60	0	0	60	
Asso Albatros 08 FAM La Source à Taillette	30	0	0	30	
TOTAL	**90**			**90**	
AUBE					
Etablissements	**Nombre de places internat**	**Nombre de places semi-internat externat**	**Nbre places accueil jour**	**Capacité totale**	**Observations**
EPSM Aube à Brienne le Château MAS Fontaine de l'Orme	52	4	4	60	
ADAPT ESAT Hors les murs à Troyes	0	25	0	25	
TOTAL	**52**	**29**	**4**	**85**	
MARNE					
Etablissements	**Nombre de places internat**	**Nombre de places semi-internat externat**	**Nbre places accueil jour**	**Capacité totale**	**Observations**
EPSM Marne à Châlons en Champagne MAS Pré Saint Jacques	48	0	0	48	
MAS Les Alouettes Châlons en Champagne	65	5	5	75	

ADEF Résidences **FAM à Dormans**	42	2		44	
Asso l'Amitié à Reims SAMSAH	0	0	0	20	
Asso Les Antes ESAT Les Antes à Meix Tiercelin	0	84	0	84	
Asso ELAN ESAT Elisa 51 à Reims	0	60	0	60	
TOTAL	**155**	**151**	**5**	**331**	
HAUTE-MARNE					
Etablissements	**Nombre de places internat**	**Nombre de places semi-internat externat**	**Nbre places accueil jour**	**Capacité totale**	**Observations**
CHHM à Saint Dizier MAS Jean Itard	57	5		62	
TOTAL	**57**	**5**	**0**	**62**	

Annexe VI

Cartographie des établissements accueillant des enfants handicapés

- localisation des IME pour déficients auditifs avec le mode d'accompagnement.
- localisation des IME pour déficients intellectuels avec le mode d'accompagnement.
- localisation des IME pour déficients visuels avec le mode d'accompagnement.
- localisation des IME pour infirmes moteurs cérébraux avec le mode d'accompagnement.
- localisation des IME pour polyhandicapés avec le mode d'accompagnement.
- localisation des IME et des SESSAD pour jeunes autistes – TED.
- localisation des ULIS – Académie de Reims.

Cartographie des établissements accueillant des adultes handicapés

- localisation des ESAT.
- localisation des FAM.
- localisation des MAS.
- localisation des SAMSAH.
- localisation des FAM et ESAT pour autistes – TED adultes.
- localisation des FAM – ESAT- SAMSAH et MAS pour handicapés psychiques.

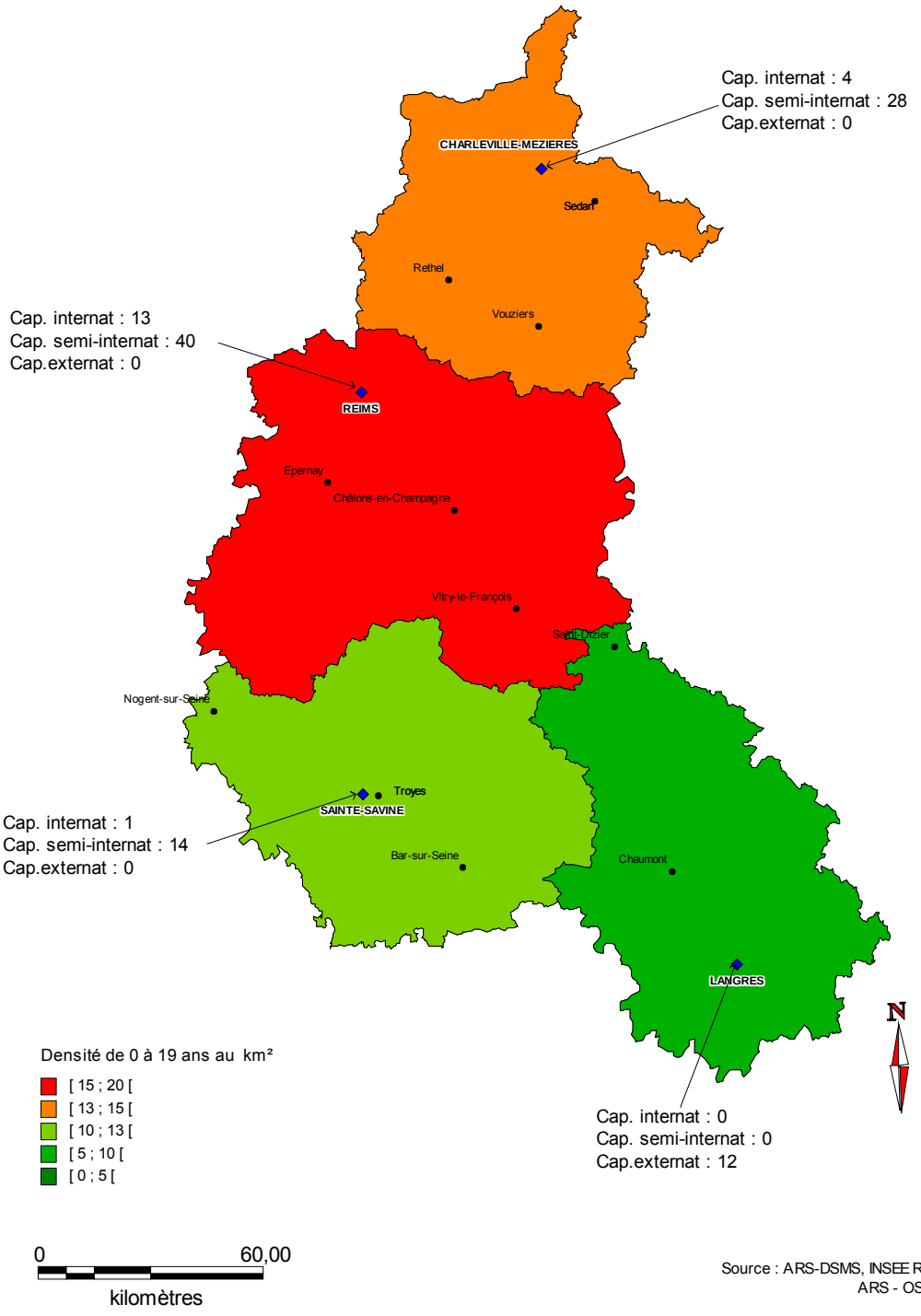
Densités des professionnels médicaux et para-médicaux.

- densité des médecins généralistes libéraux et localisation MAS FAM SAMSAH IME pour IMC et polyhandicapés.
- densité des infirmiers libéraux et lo calisation MAS FAM SAMSAH IME pou r IMC et polyhandicapés.
- densité des masseurs kinésithérapeutes et localisation MAS FAM SAMSAH IME pour IMC et polyhandicapés.

Temps d'accès.

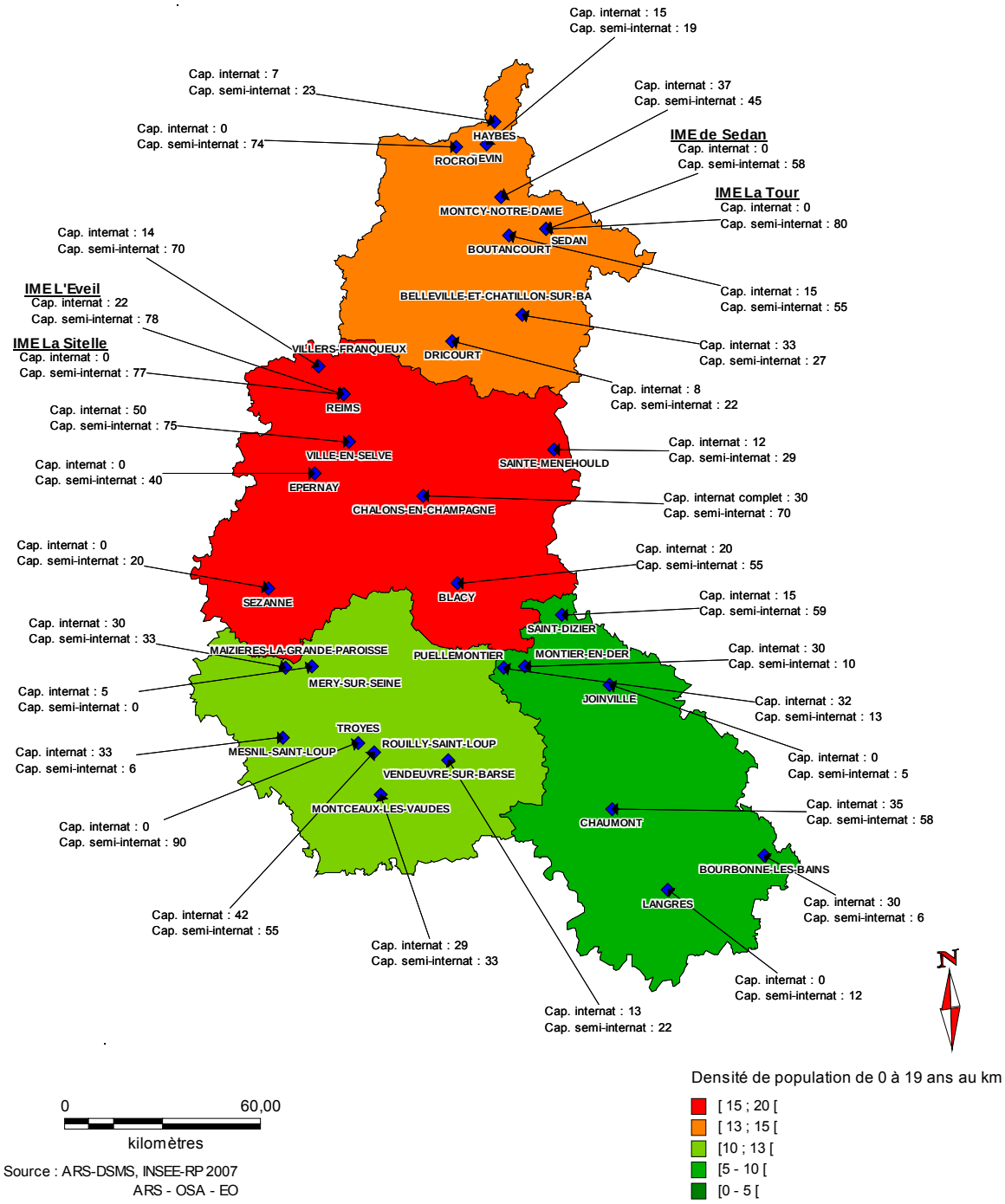
- accessibilité CAMSP.
- accessibilité CMPP.
- accessibilité SESSAD déficients auditifs.
- accessibilité SESSAD déficients intellectuels.
- accessibilité SESSAD déficients visuels.
- accessibilité SESSAD déficients infirmes moteurs cérébraux.
- accessibilité SESSAD polyhandicapés.
- accessibilité SESSAD troubles de la conduite et du comportement.

Localisation des IME pour déficients auditifs avec le mode d'accompagnement



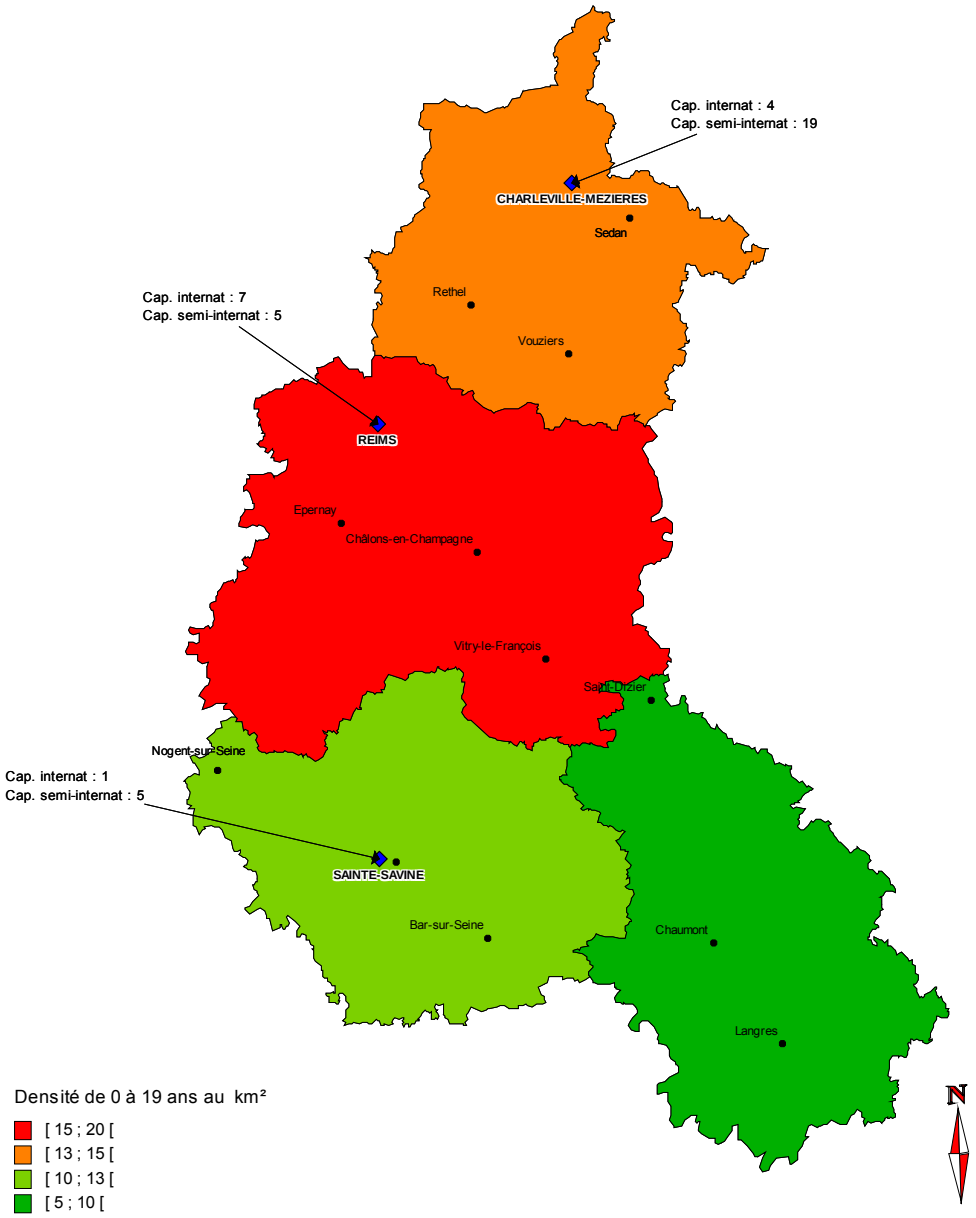
Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

Localisation des IME pour déficients intellectuels avec le mode d'accompagnement



Source : ARS-DSMS, INSEE-RP 2007
ARS - OSA - EO

Localisation des IME pour déficients visuels avec le mode d'accompagnement



Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

CARTE DES ULIS 2010-2011

ACADEMIE DE REIMS

ULIS DI collèges publics
1 Paul Fort
1 Brossolette
1 Université

ULIS DA collège public
2 F.Legros

ULIS collèges privés
1 St Joseph DI
1 St André Rogelet TSA

ULIS DI lycée professionnel public
1 Eiffel

ULIS DI lycée professionnel privé
1 Saint Michel

ULIS DI collèges publics
1 Côte Legris
1 Terres Rouges

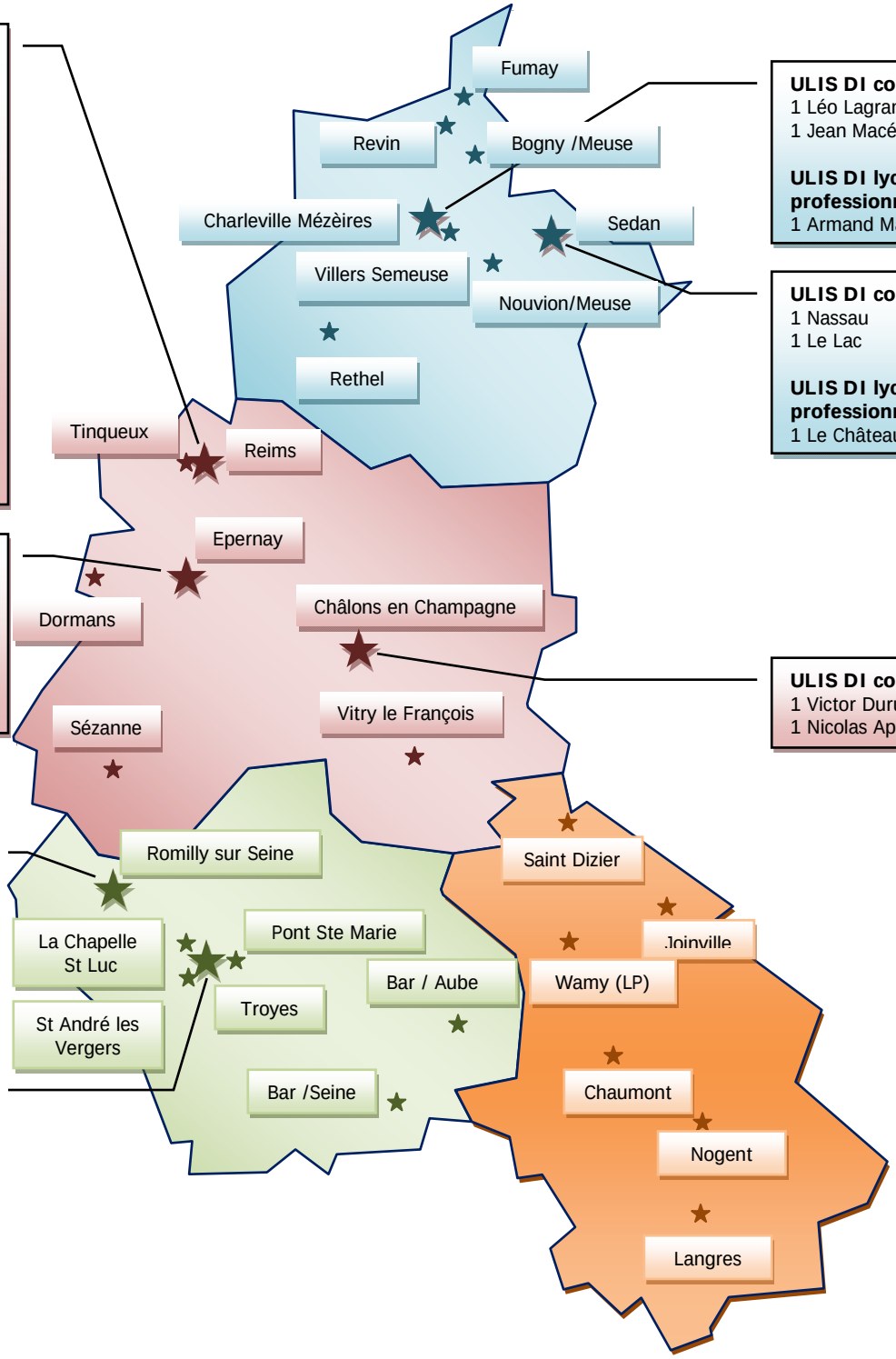
ULIS DI lycée professionnel public
1 Godard Roger

ULIS DI collège public
1 Le Noyer Marchand

ULIS DI lycée professionnel public
1 Diderot

ULIS DI collège public
1 Marie Curie

ULIS DI lycée professionnel public
1 Les Lombards



ULIS DI collèges publics
1 Léo Lagrange
1 Jean Macé

ULIS DI lycée professionnel public
1 Armand Malaise

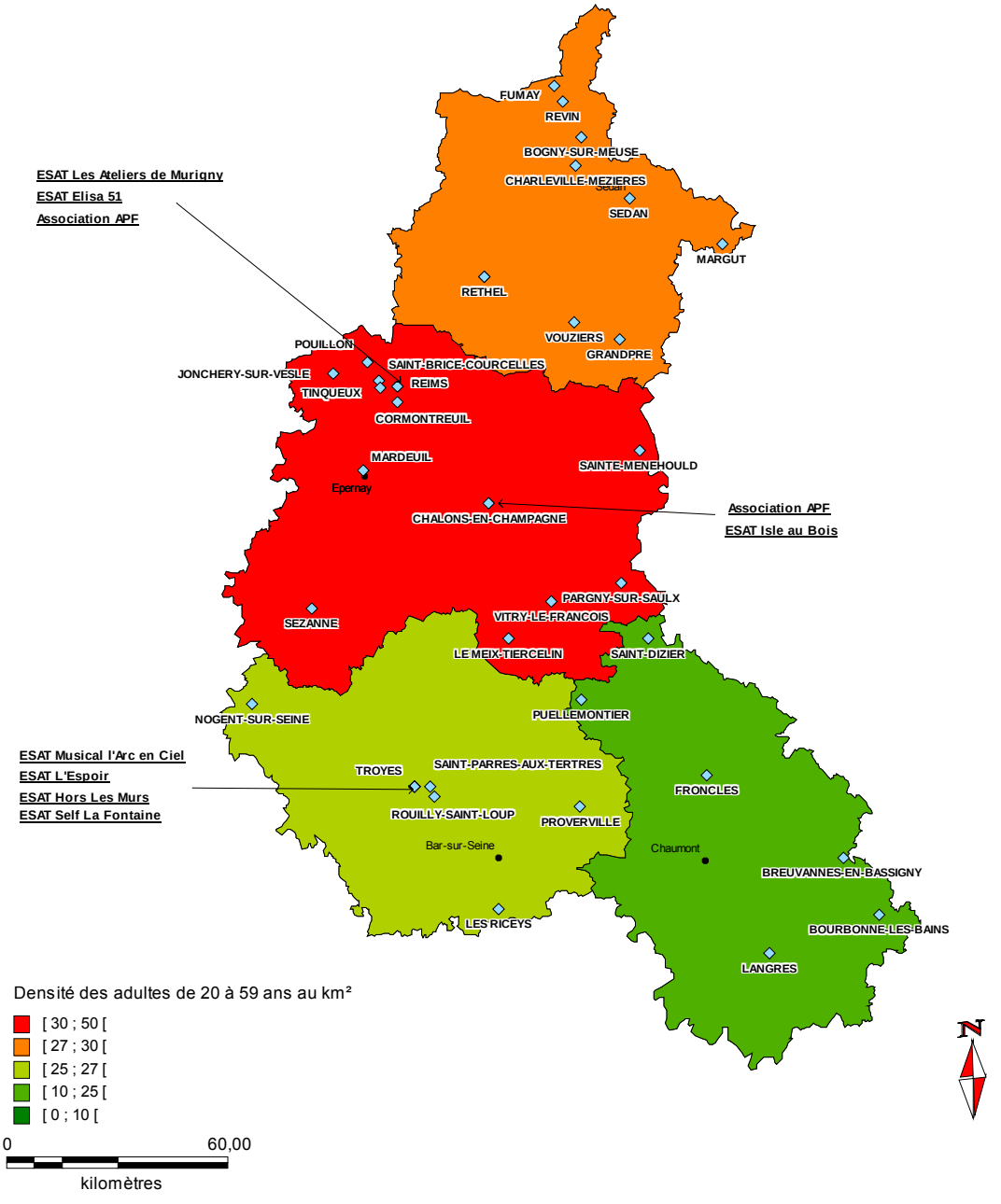
ULIS DI collèges publics
1 Nassau
1 Le Lac

ULIS DI lycée professionnel public
1 Le Château

ULIS DI collèges publics
1 Victor Duruy
1 Nicolas Appert

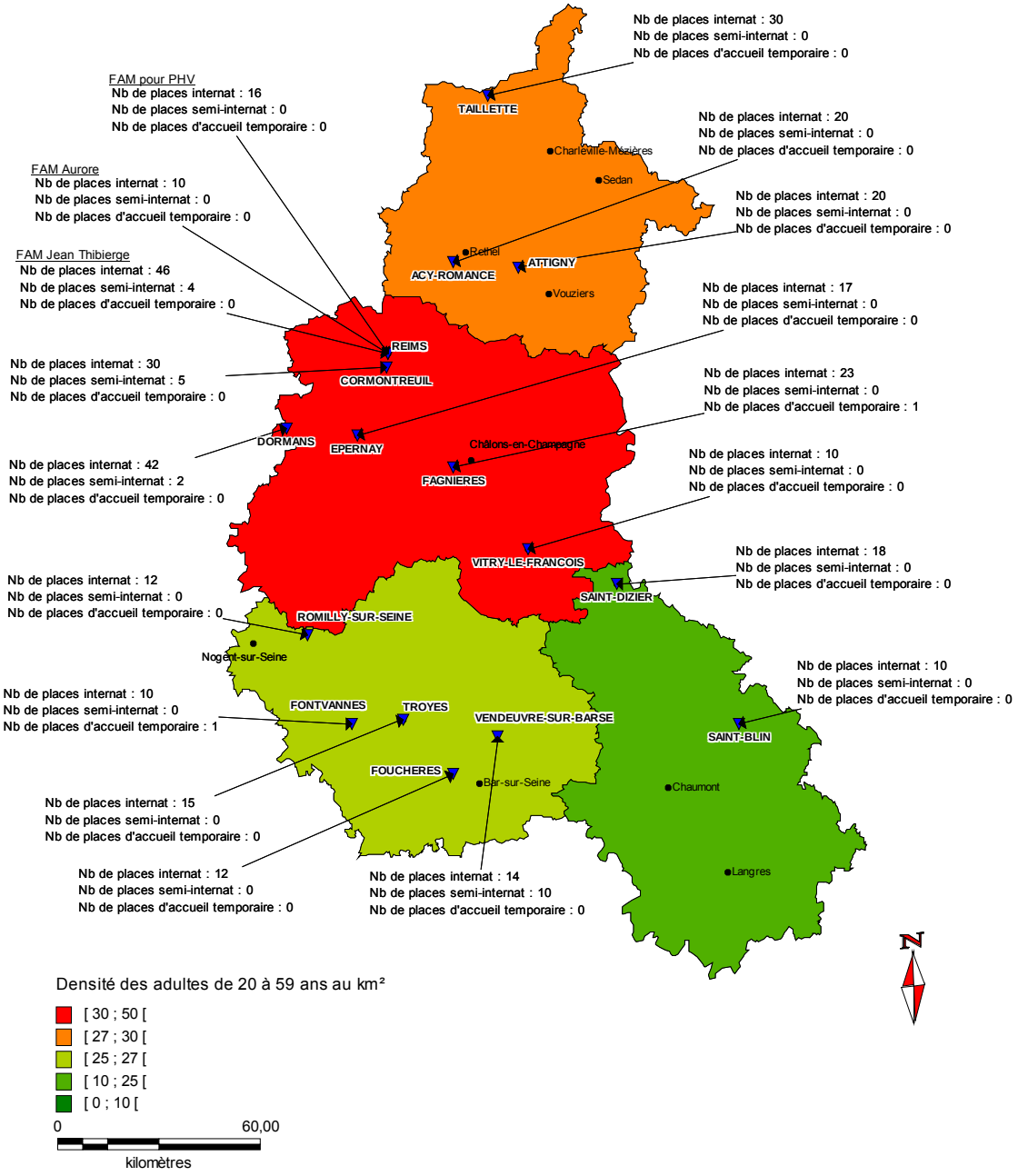
DI	Déficience ntellectuelle
DA	Déficience auditive
TSA	Troubles spécifiques des apprentissages

Localisation des ESAT



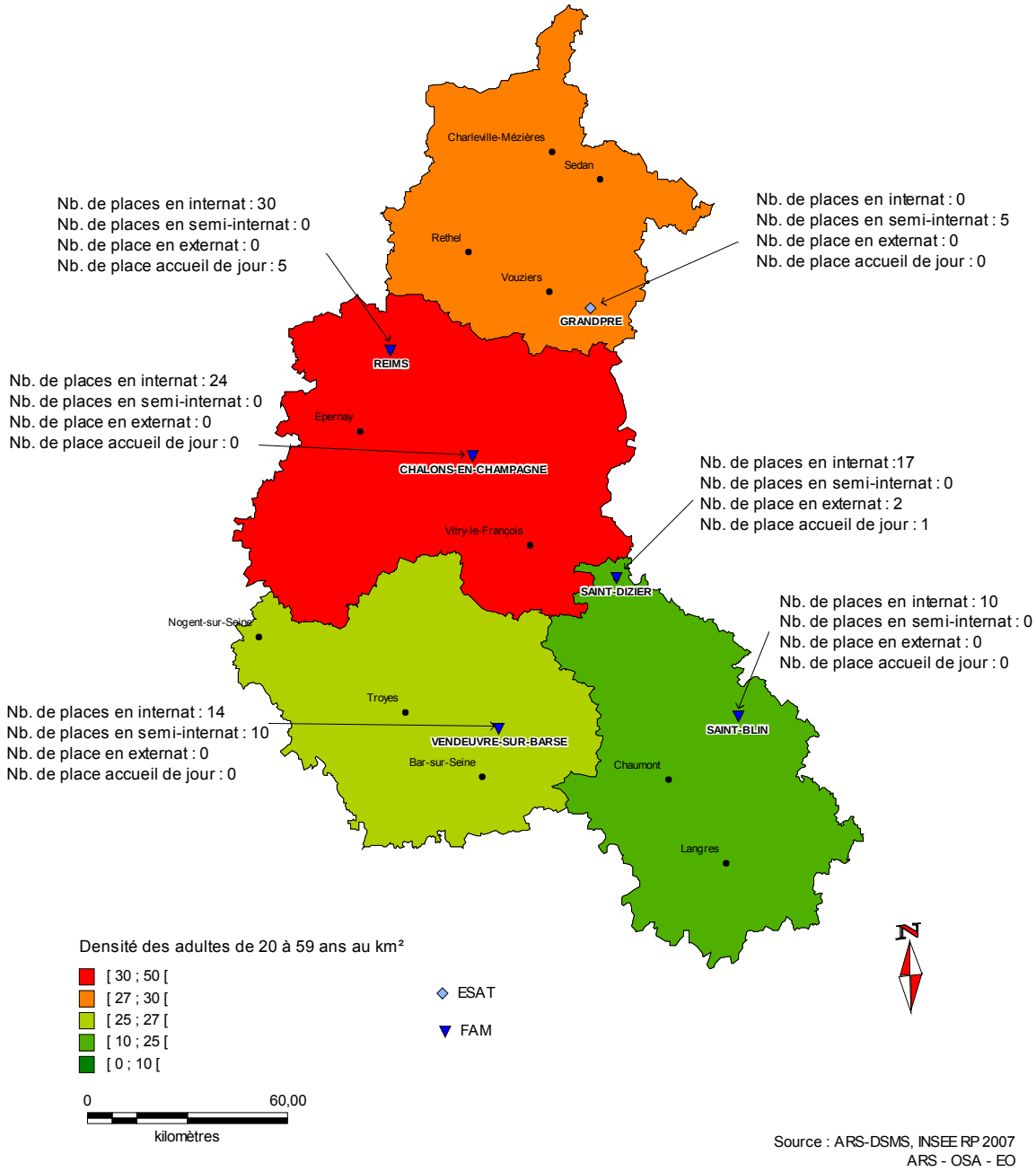
Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

Localisation des FAM



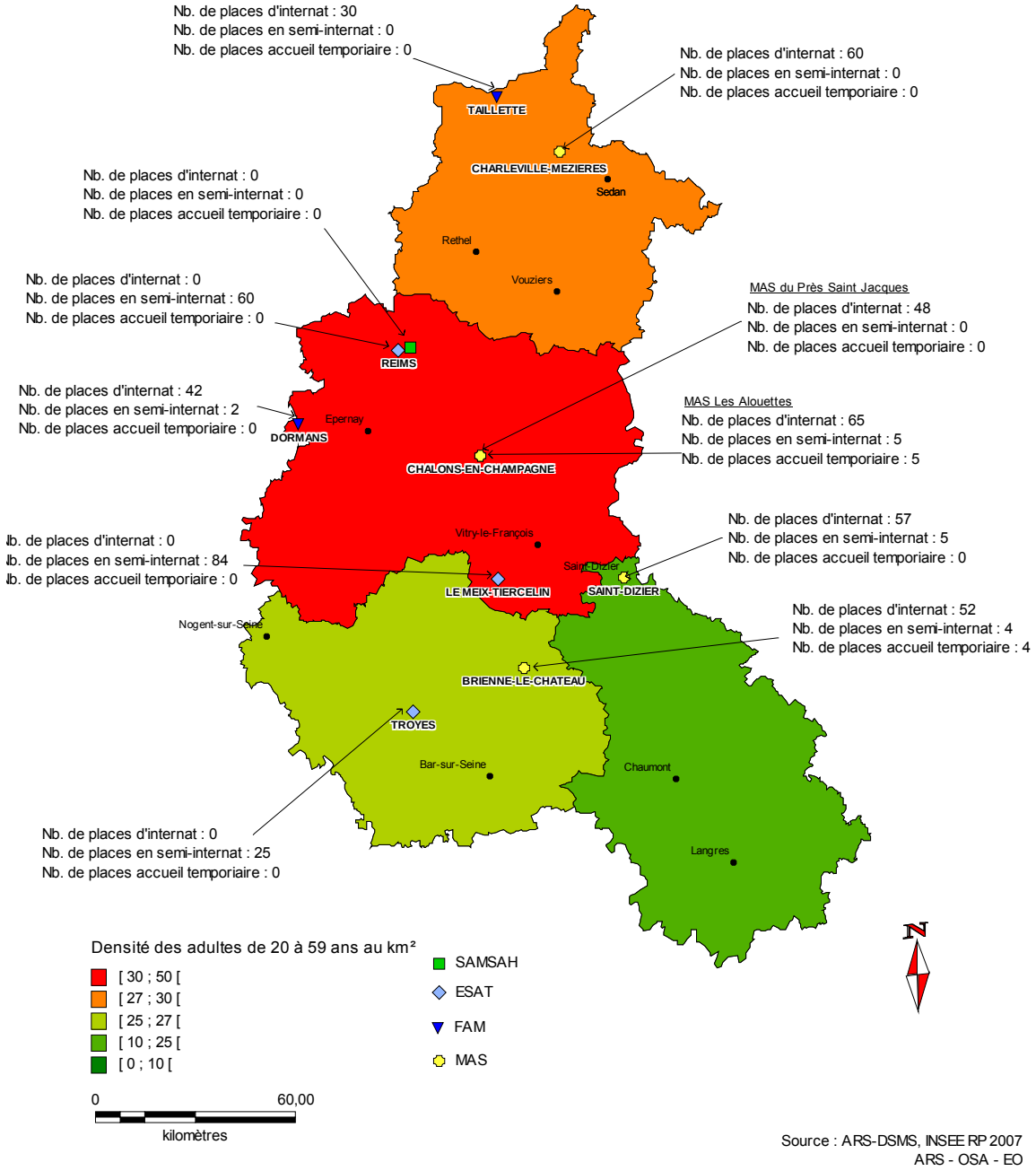
Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

Localisation des FAM et ESAT pour autistes-TED adultes



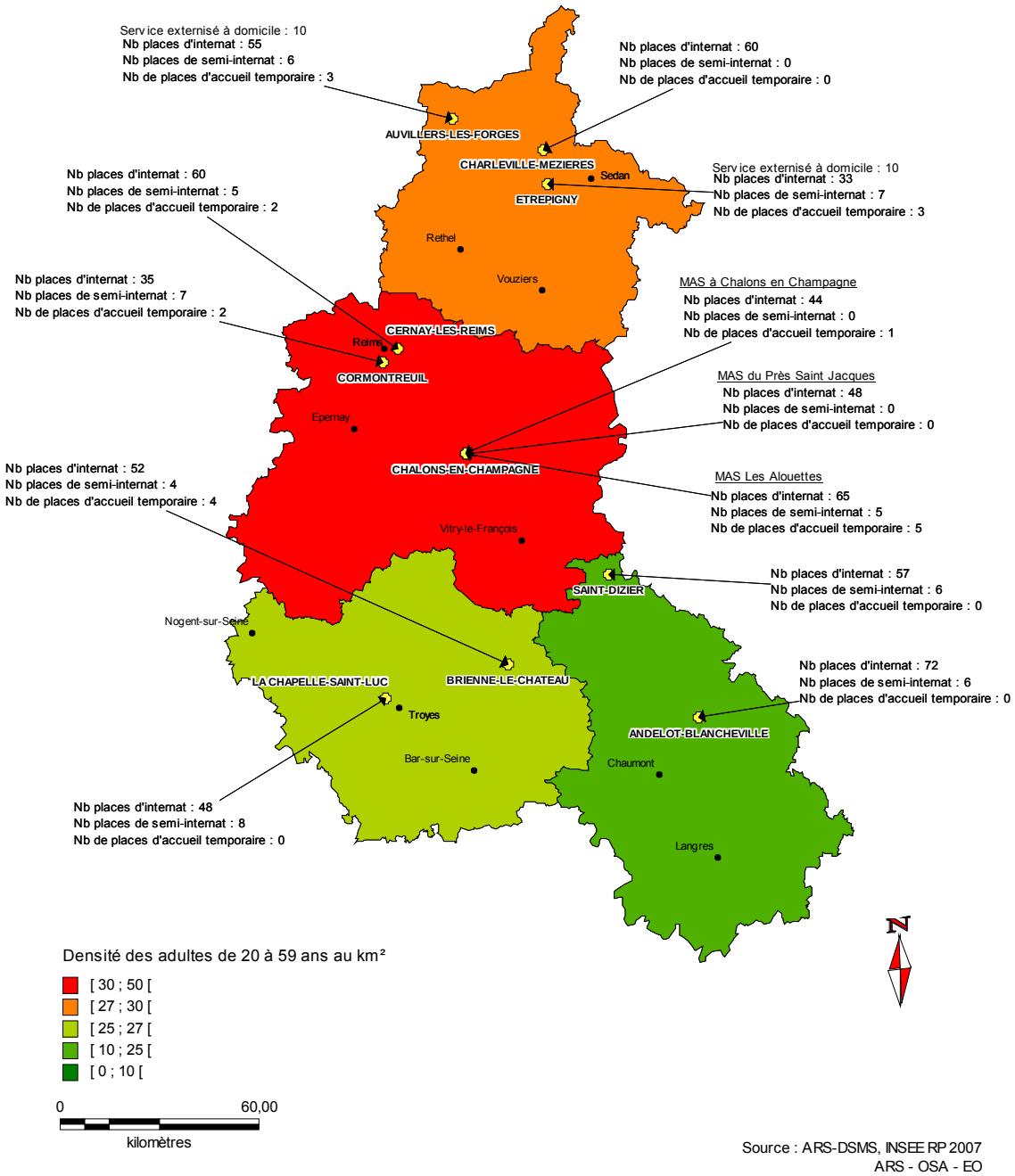
Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

Localisation des FAM, ESAT, SAMSAH et MAS pour handicap psychique



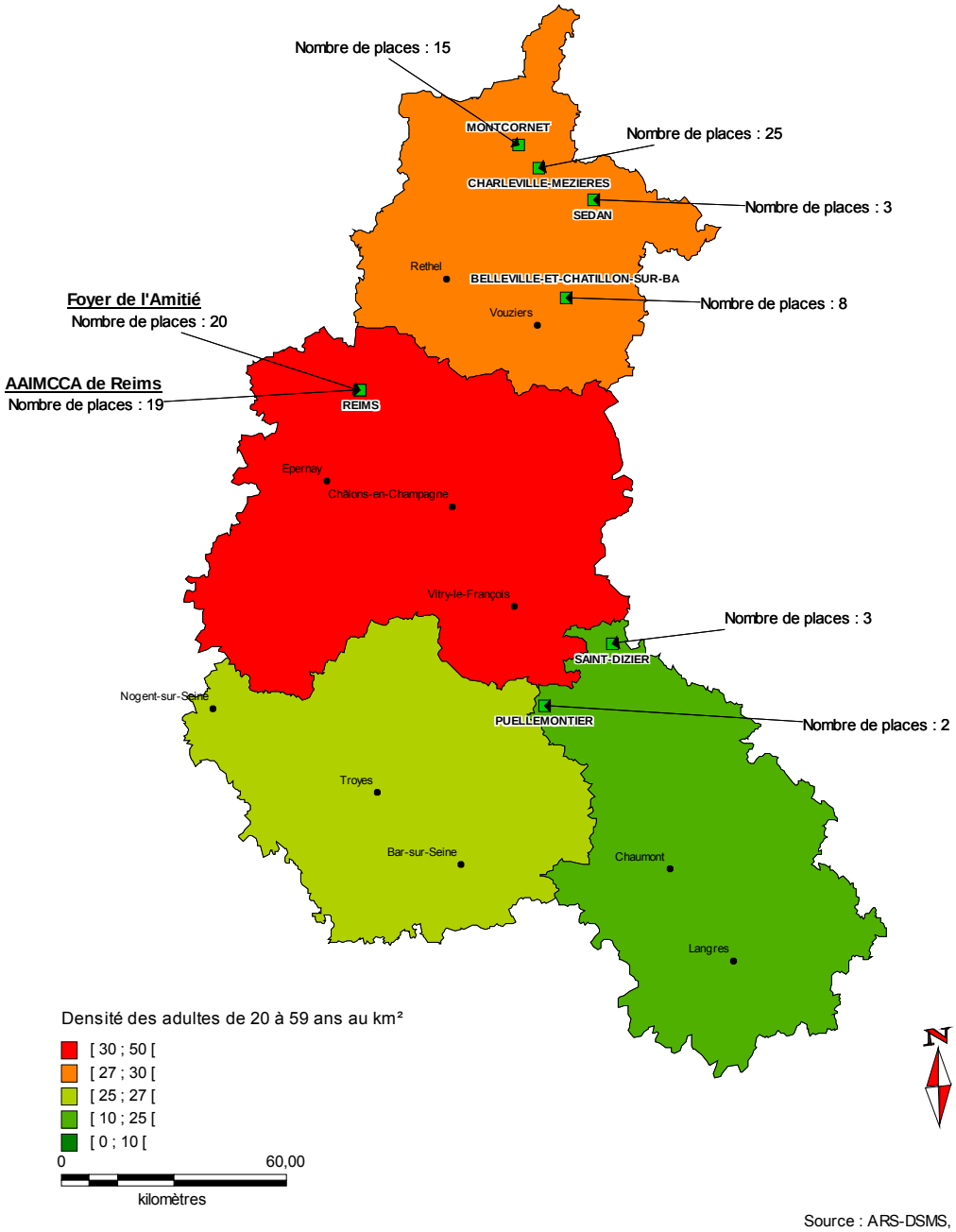
Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

Localisation des MAS



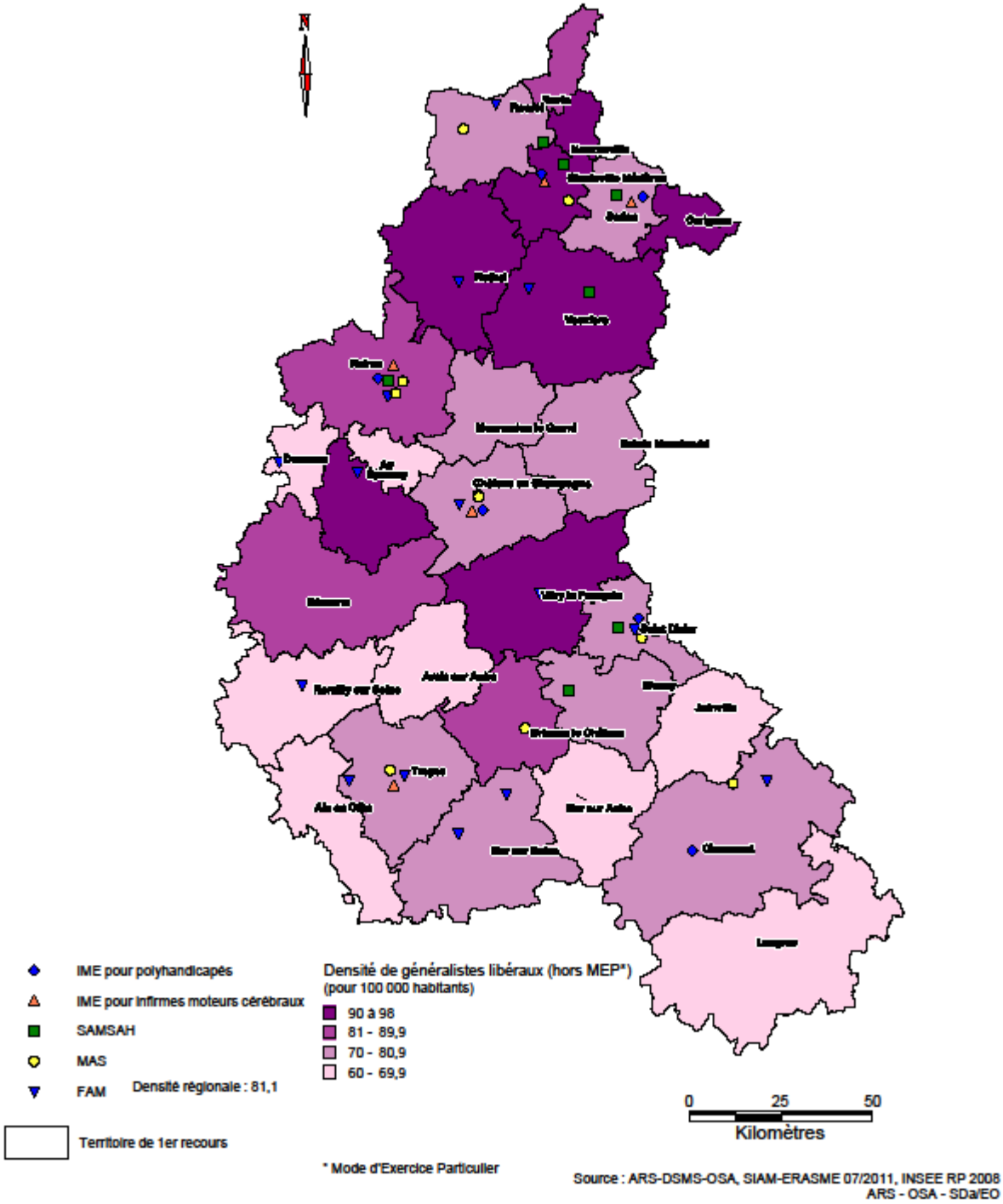
Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

Localisation des SAMSAH



Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

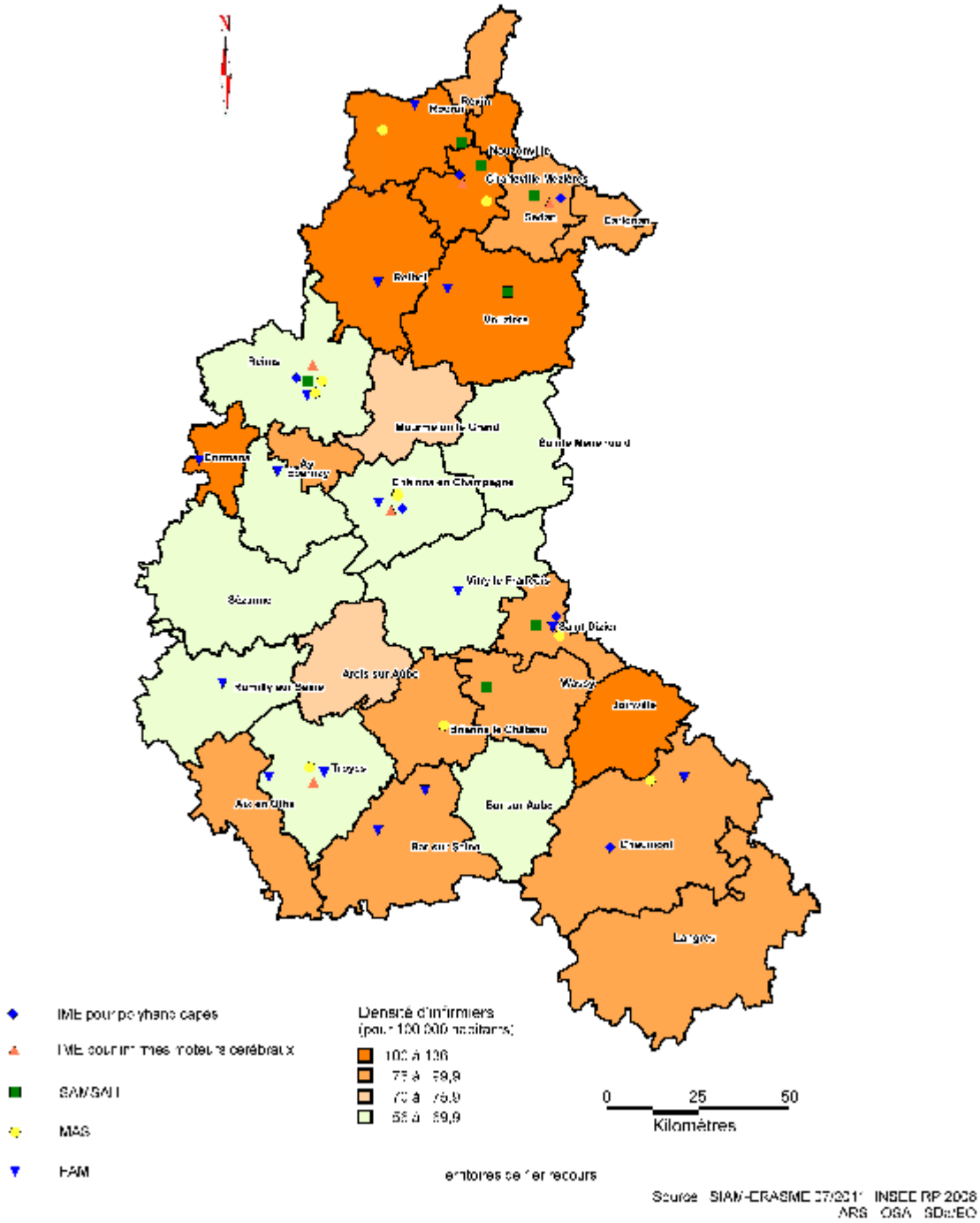
Densité des médecins généralistes libéraux et localisation des MAS - FAM - SAMSAH - IME (IMC et polyhandicapés)



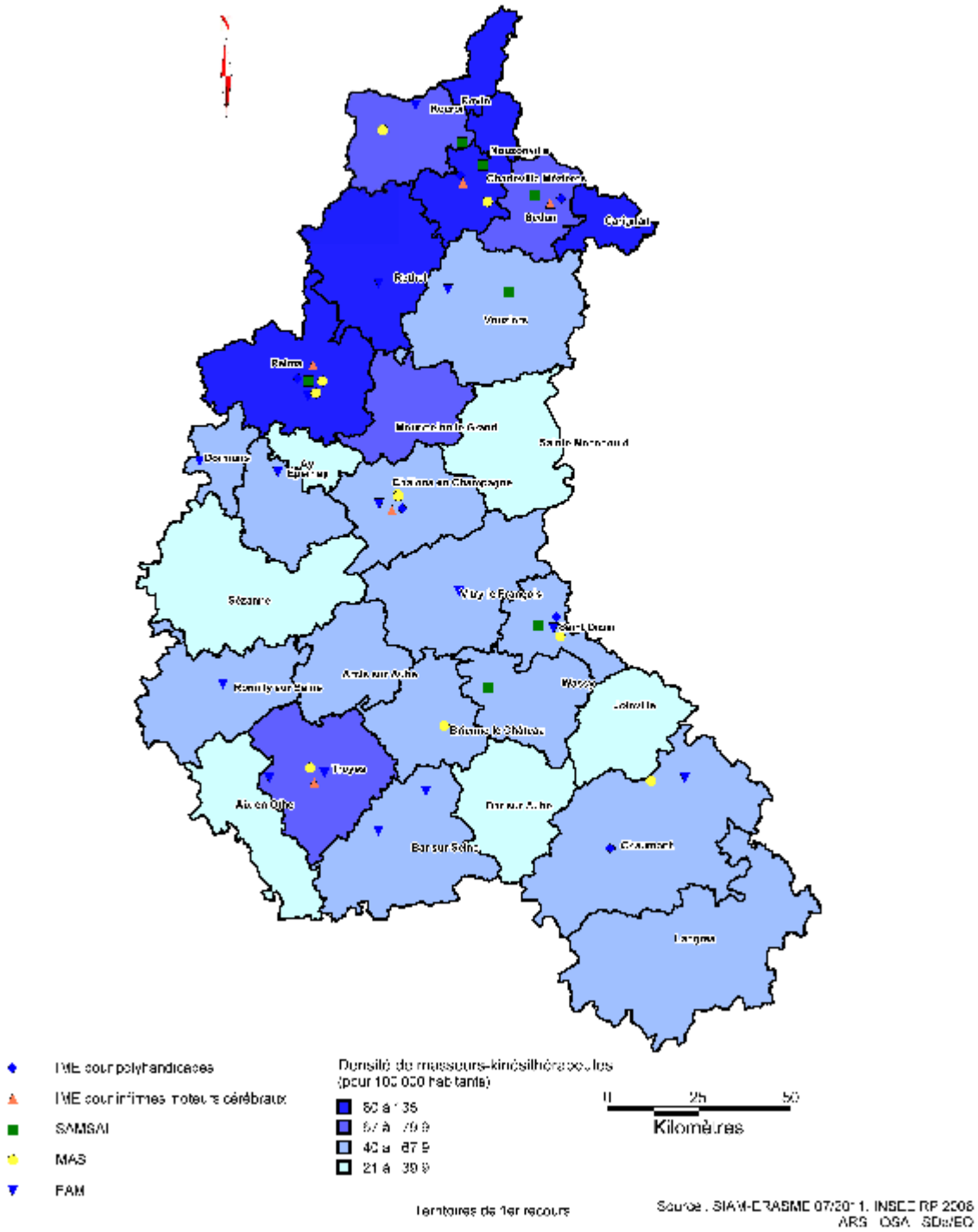
Source : ARS-DSMS-OSA, SIAM-ERASME 07/2011, INSEE RP 2008
ARS - OSA - SDa/EO

ars
Agence Régionale de Santé
Champagne-Ardenne

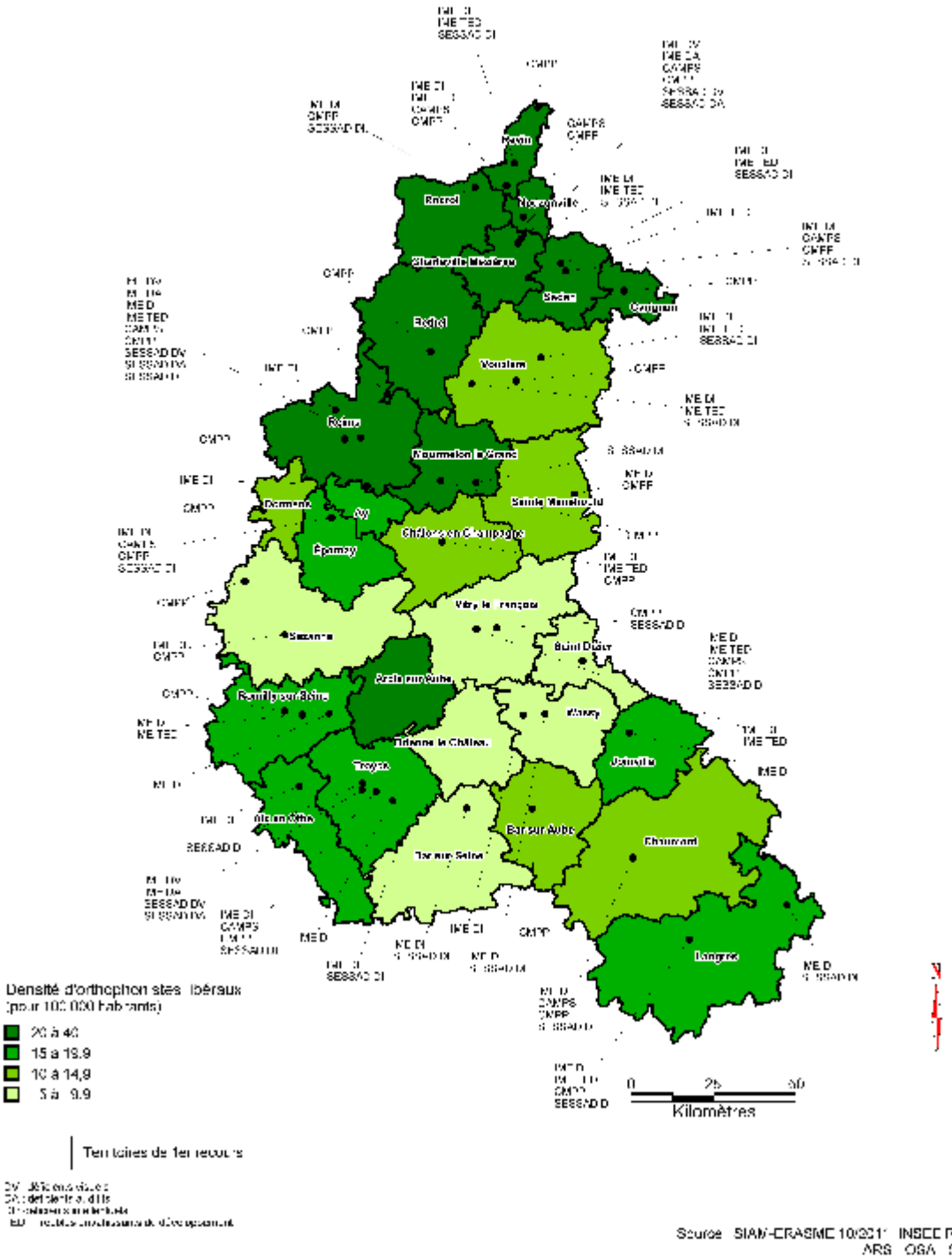
Densité des infirmiers libéraux et localisation des MAS - FAM - SAMSAH - IME (IMC et polyhandicapés)



Densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et localisation des MAS - FAM - SAMSAH - IME (IMC et polyhandicapés)

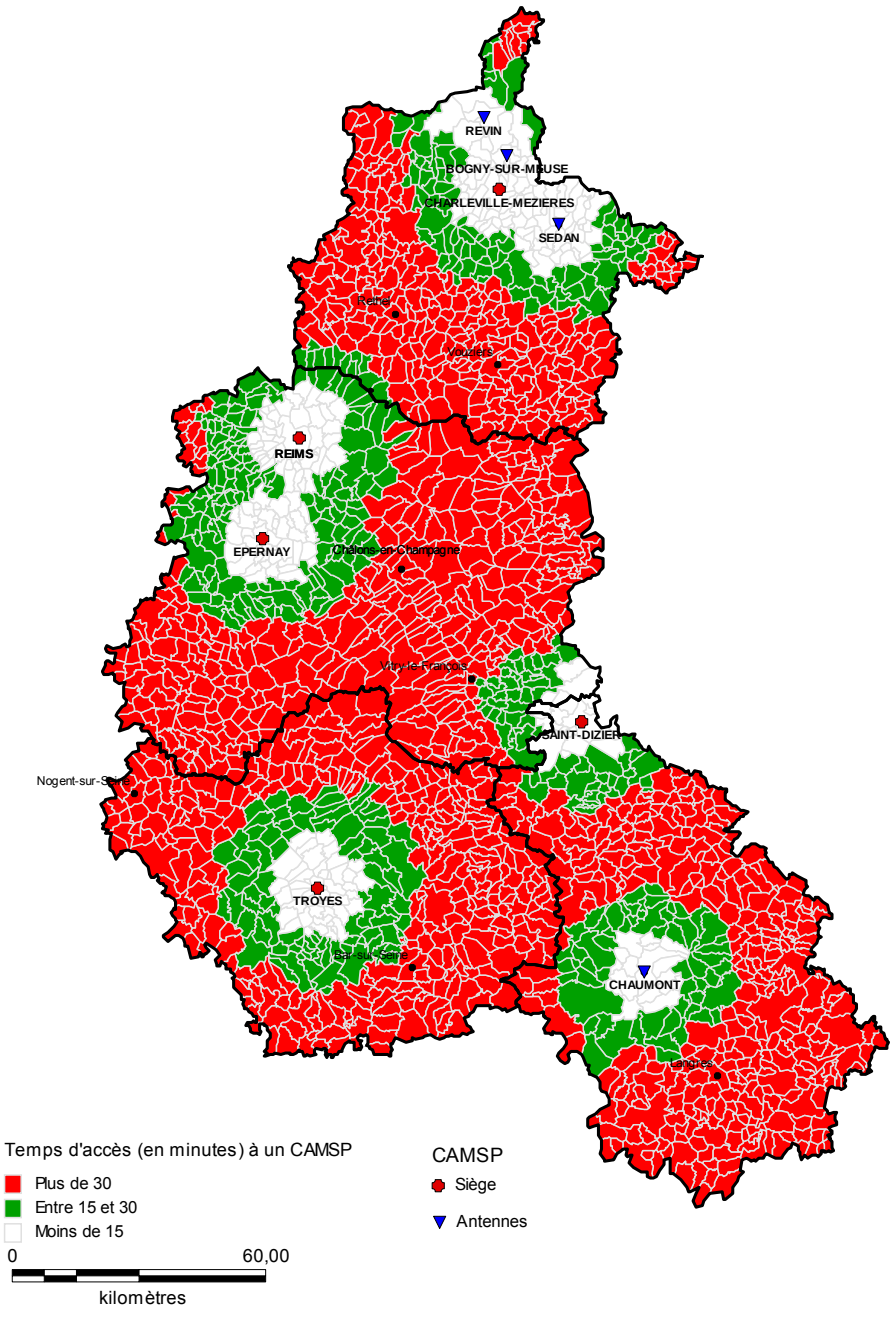


Densité des orthophonistes libéraux et localisation des IME, CAMPS, CMPP, et SESSAD



Source SIAM-ERASME 10/2011 INSEE RP 2008
ARS OSA SDeEO

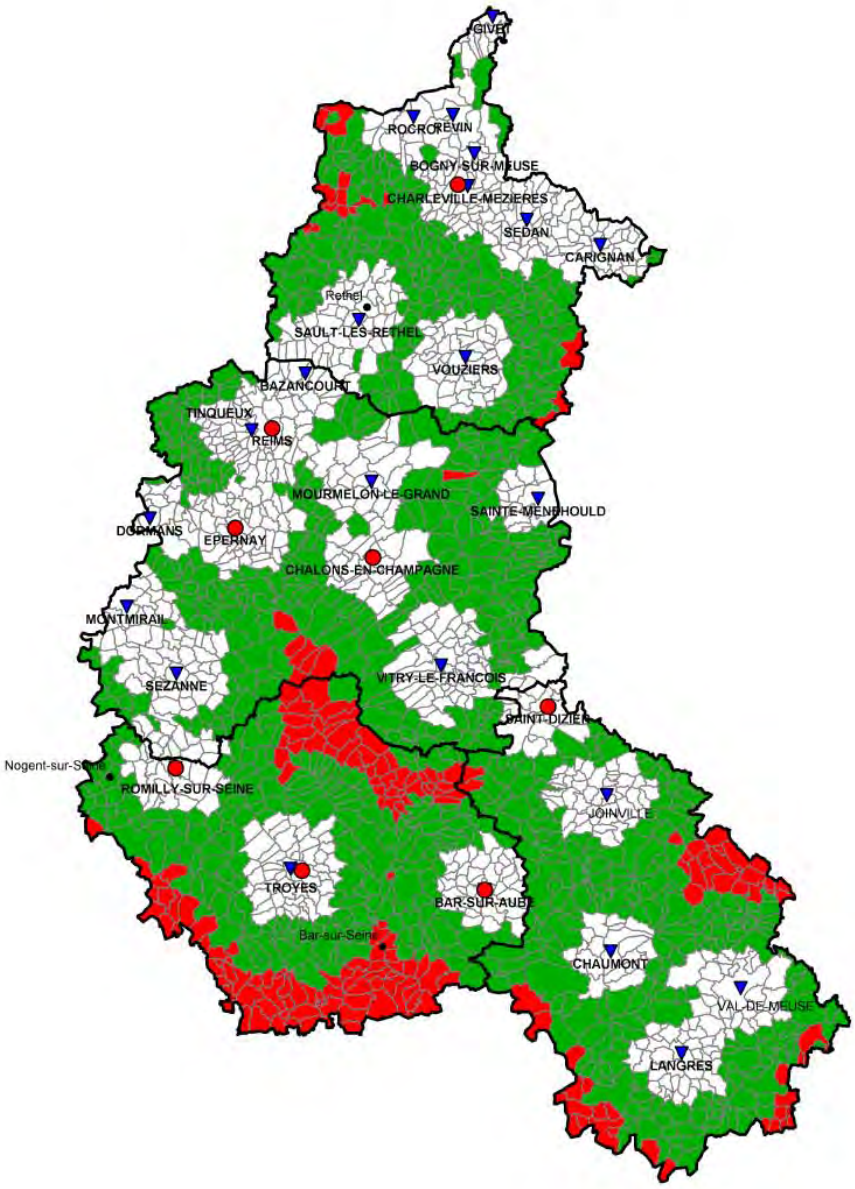
Accessibilité à un CAMSP



Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Accessibilité à un CMPP

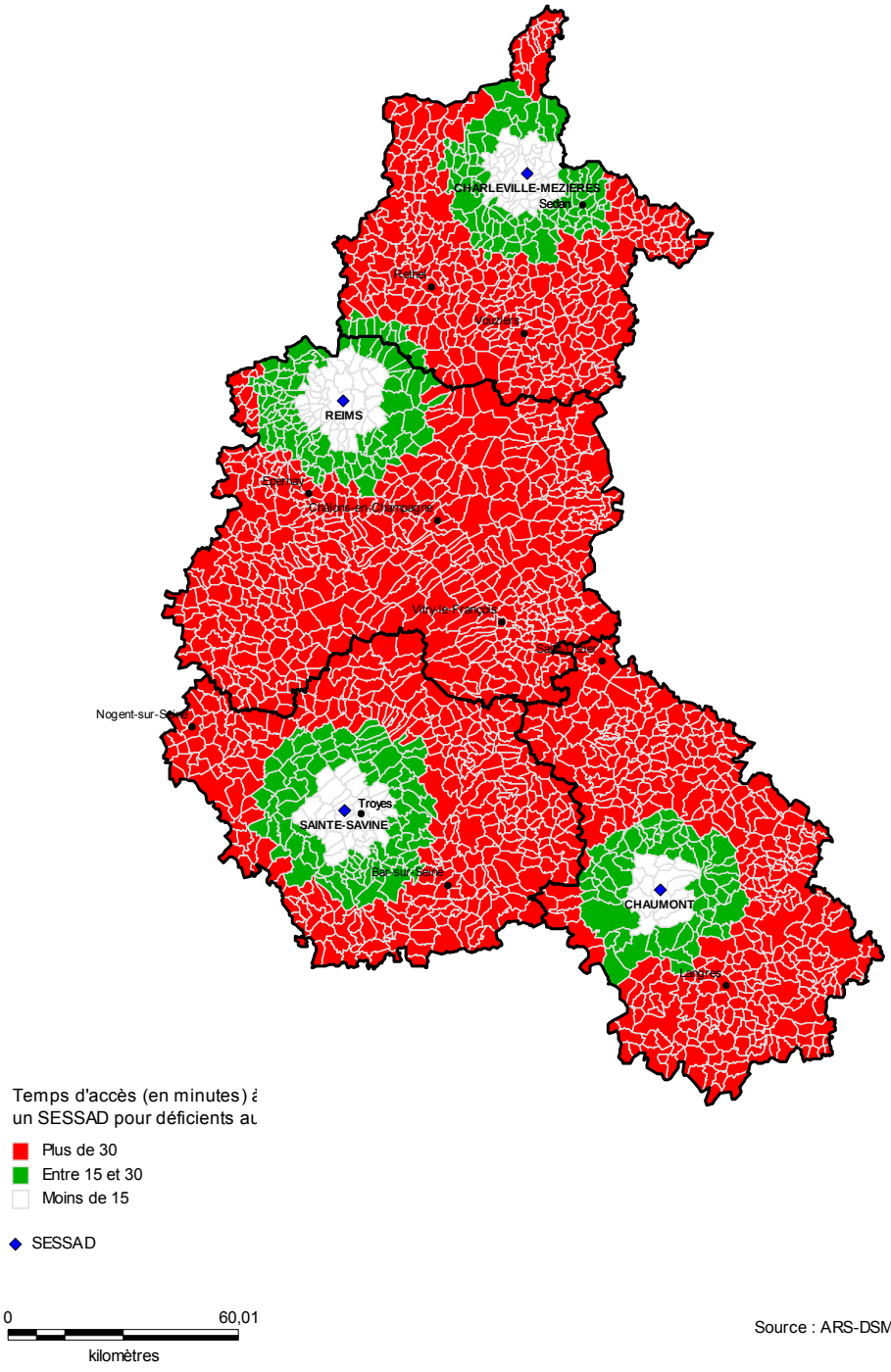


Temps d'accès (en minutes) à un CMPP
- Plus de 30
- Entre 15 et 30
- Moins de 15

CMPP
- Siège
- Antenne

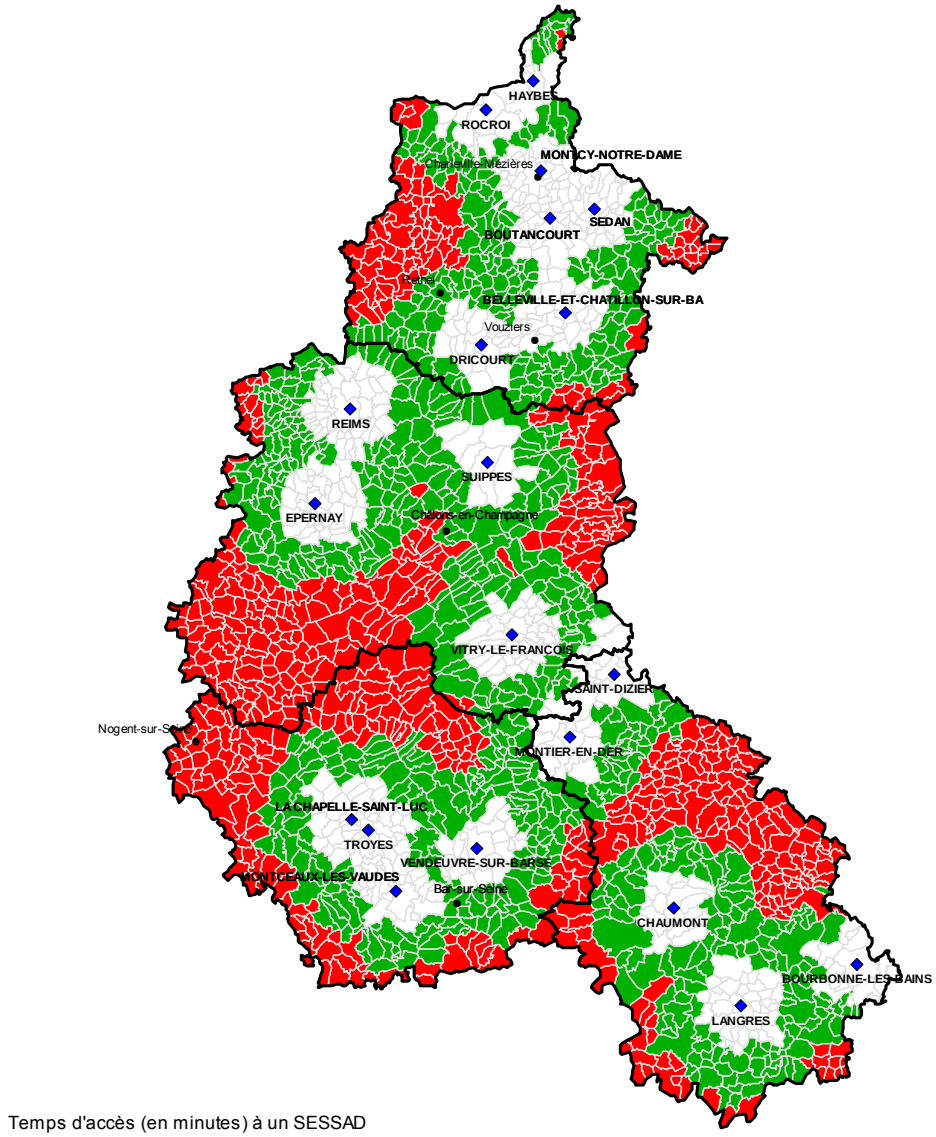
Source : ARS-DSMS

Accessibilité à un SESSAD pour déficients auditifs



Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

Accessibilité à un SESSAD pour déficients intellectuels



Temps d'accès (en minutes) à un SESSAD pour déficients intellectuels

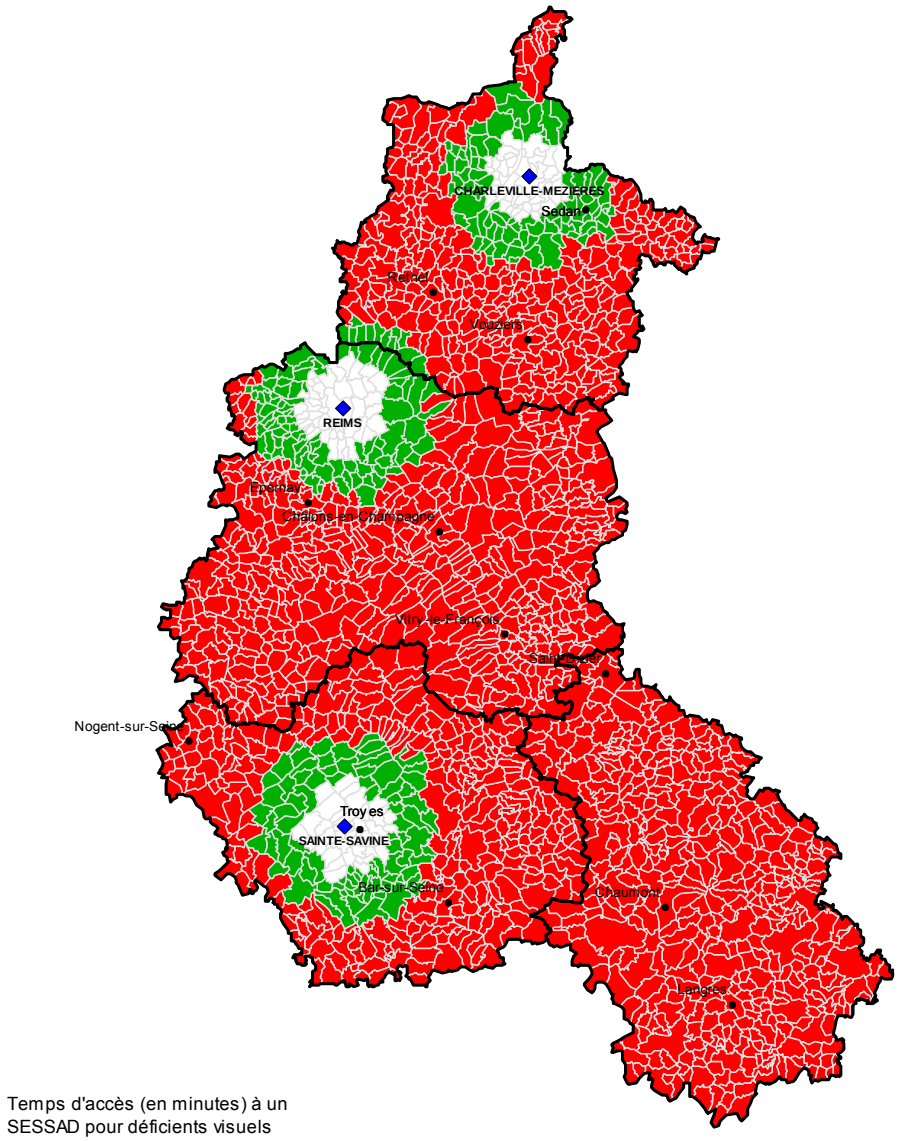
- Plus de 30
- Entre 15 et 30
- Moins de 15

◆ SESSAD

0 60,01
kilomètres

Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

Accessibilité à un SESSAD pour déficients visuels



Temps d'accès (en minutes) à un SESSAD pour déficients visuels

- Plus de 30
- Entre 15 et 30
- Moins de 15

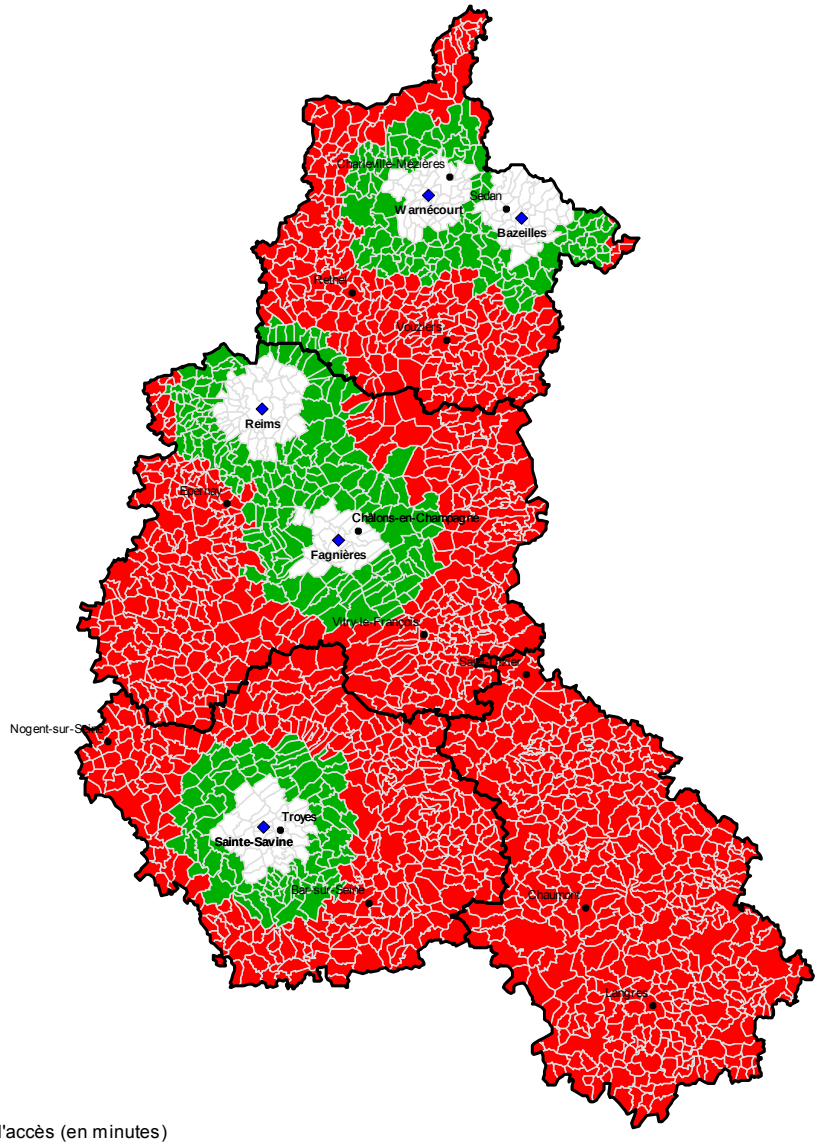
◆ SESSAD

N

0 60,01
kilomètres

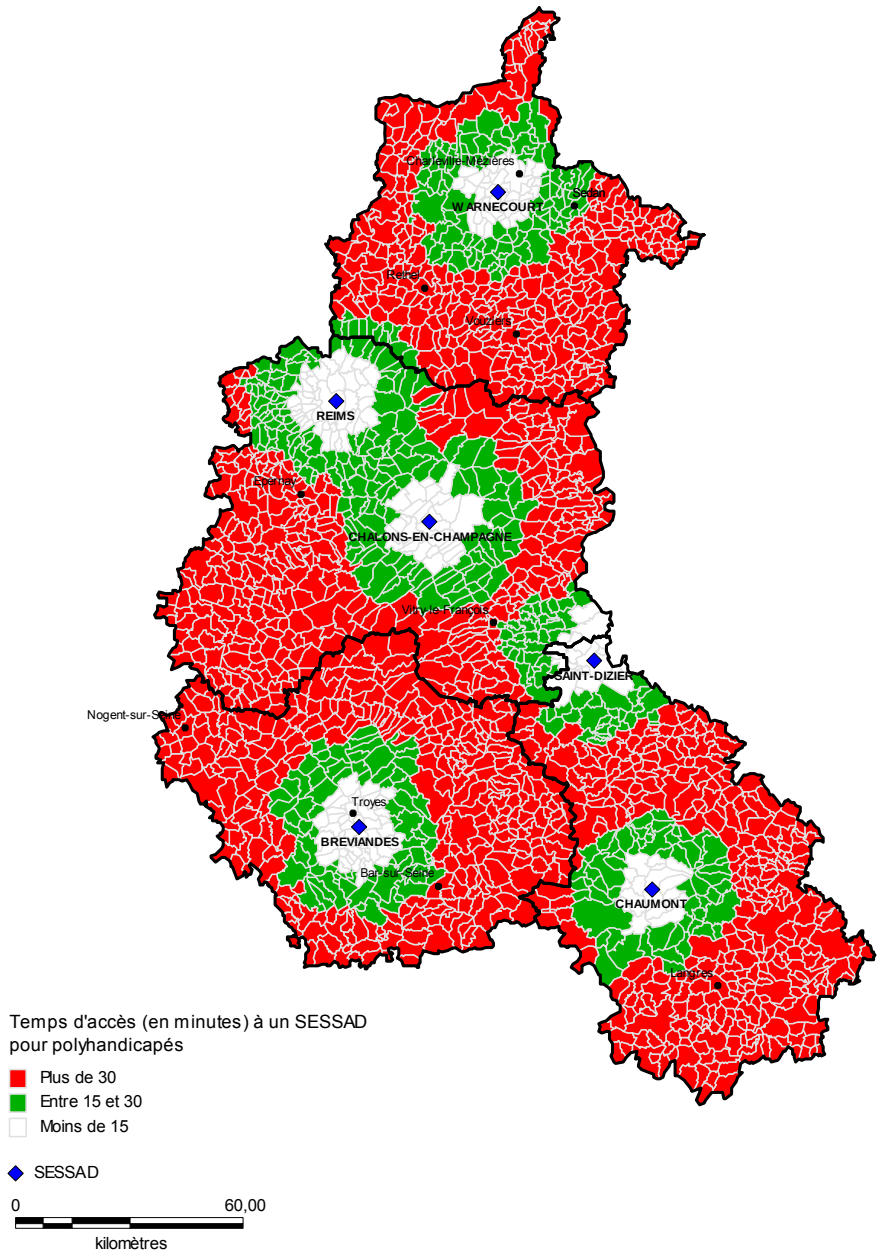
Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

Accessibilité à un SESSAD pour infirmes moteurs cérébraux



Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

Accessibilité à un SESSAD pour polyhandicapés



Source : ARS-DSMS, INSEE RP 2007
ARS - OSA - EO

Glossaire du SROMS

AAH :	Allocation pour Adultes Handicapés
ACT :	Appartement de Coordination Thérapeutique
ADPJ :	Association départementale prévention jeunesse
AEEH :	Allocation d'Education pour Enfants Handicapés
AGEFIPH :	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées.
AJ :	Accueil de Jour
ALD :	Affection Longue Durée
AMP :	Aide Médico-psychologique
ANESM :	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANPAA :	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
ASG :	Assistant de Soins en Gérontologie
AT :	Appartements Thérapeutiques
BNA :	Banque Nationale Alzheimer
CAARUD :	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CAFS :	Centre d'Accueil Familial Spécialisé
CAMSP :	Centre d'Action Médico-sociale Précoce
CASF :	Code de l'action sociale et des familles
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CFA :	Centre de Formation d'Apprentis
CH :	Centre Hospitalier
CIAS :	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CLIC :	Comité Locaux d'Information et de Coordination
CLIS :	Classe d'Intégration Scolaire
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CM :	Consultation Mémoire
CMRR :	Centre Mémoire de Ressources et de Recherche
CNAMTS :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRA :	Centre de Ressources sur l'Autisme
CREAHI :	Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les Handicaps et les Inadaptations
CRSA :	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CSAPA :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP :	Code de la santé publique
DGAS :	Service Générale de l'Action Sociale
DGCS :	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIRECCTE :	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMP :	Dossier Médical Partagé
DSMS :	Service du Secteur Médico-social
DSS :	Service de la Sécurité Sociale
DTD :	Délégation Territoriale Départementale
EHPA :	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées
EHPAD :	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
ELSA :	Equipes de Liaison et de soins en Addictologie
EMG :	Equipe Mobile de Gériatrie
EMS :	Etablissement Médico-Social
EPSM :	Etablissement Public de Santé Mentale
ESAD :	Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile
ESAT :	Etablissements et Services d'Aide par le Travail
ESMS :	Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
ETP :	Equivalent Temps Plein
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
FH :	Foyers d'Hébergement
FINESS :	Fichier National des Etablissement Sanitaires et Sociaux
FL :	Foyer Logement
FO :	Foyer Occupationnel
FV :	Foyer de Vie
GCSMS :	Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale
GEM :	Groupes d'Entraide Mutuelle
GMP :	GIR Moyen Pondéré
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HCAAM :	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HT :	Hébergement Temporaire
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
IDEL :	Infirmière Diplômée d'Etat Libérale
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
IME :	Institut Médico-Educatif
IMPro :	Institut Médico-Professionnel
IR :	Instituts de Rééducation
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ITEP :	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
LAM :	Lits d'Accueil Médicalisés
LFSS :	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LHSS :	Lits Halte Soins Santé
MAIA :	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
MARPA :	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA :	Mutualité Sociale Agricole
MSP :	Maison de Santé Pluridisciplinaire
ONDAM :	Objectifs Nationaux des Dépenses Assurance Maladie
ONU :	Organisation internationale des Nations Unies
ORP :	Orientation et Reclassement Professionnel
PA :	Personnes Agées
PAM :	Plan d'Aide à la Modernisation
PASA :	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé Spécialisée
PATHOS :	Mot grec qui signifie « souffrance, passion ». Système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées
PEPS :	Pôle d'Education et de Prévention pour la Santé
PCG :	Président du Conseil Général
PE :	Projet d'Etablissement
PMI :	Protection maternelle et infantile
PRAPS :	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
PRIAC :	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'Autonomie
PRS :	Programme Régional de Santé
PSGA :	Plan Solidarité Grand Age
PSRS :	Programme Stratégique Régional de Santé
RPIB :	Repérage Précoce et de l'Intervention Brève
RSI :	Régime Social des Indépendants
RQTH :	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SAAD :	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAF :	Syndrome d'Alcoolisation Fœtale
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SELIA :	Suivi en Ligne des Installations et Autorisations des places nouvelles
SESSAD :	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

SPASAD :	Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
SPIP :	Services pénitentiaires d'insertion et de probation
SROMS :	Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSAD :	Service de Soins et d'Aide à Domicile
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR :	Service de Soins de Suite et de Réadaptation
TCC :	Troubles de la Conduite et du Comportement
TED :	Troubles Envahissants du Développement
TH :	Travailleur Handicapé
UCC :	Unité Cognitivo Comportementale
UCSA :	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UEROS :	Unité d'Evaluation, de Reclassement et d'Orientation Sociale.
UHR :	Unité d'Hébergement Renforcé
ULIS :	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UPHT :	Unités psychiatriques d'Hospitalisation Temporaire
URIOPSS :	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée