Schéma Régional

d'Organisation Médico-Sociale

***

Synthèse du Diagnostic partagé
1er juin 2011

***

-

Propos introductifs

Le diagnostic, première étape dans l'élaboration du SROMS, a été travaillé par l'ARS dans une large concertation et co-construction avec les partenaires institutionnels et les acteurs du champ médico-social.

► C'est ainsi, qu'outre les productions propres à l'ARS, ce diagnostic prend appui sur des enquêtes nationales et régionales publiées par différents organismes, ainsi que sur divers documents stratégiques en cours dans la région ou en phase d'élaboration, tels que :

- **Les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale**

- **Le Contrat de Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles Nord – Pas de Calais**, en cours d'élaboration sous le pilotage du Conseil Régional ;

- **Le Programme Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés** en cours d'élaboration également et dont les premiers éléments de réflexion ont enrichi le diagnostic SROMS sur la thématique Insertion Professionnelle.

► **Au sein de la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux**, instance de concertation inter-institutionnelle instaurée par la loi HPST, ce diagnostic a été débattu, interrogé, complété par les contributions de plusieurs institutions (notamment Conseils Généraux, MDPH, Rectorat, DRJSCS, DIRECCTE), au cours de nombreuses réunions d'octobre 2010 à mai 2011.

► Enfin, il s'est enrichi des débats, contributions et avis des représentants de la démocratie sanitaire (fédérations, gestionnaires, usagers, partenaires sociaux) produits dans le cadre de la **commission spécialisée pour les prises en charge et les accompagnements médico-sociaux** qui s'est à plusieurs reprises, prononcée sur le sujet.

Le résultat, sans prétendre à l'exhaustivité, aboutit à un document partagé, socle du futur schéma régional.

Dans sa présentation formelle, le présent diagnostic est décliné en 3 parties :

I -Données générales et contextuelles de la région en lien avec les publics ciblés par le SROMS : personnes âgées, handicapées et addictions

II -Thématiques transversales aux trois champs concernés

III - Diagnostic par population

I / Données générales et contextuelles

1.1. Données relatives à la population

1.1.1 Les données démographiques

- Une région densément peuplée et urbanisée : 4 024 490 hab, soit 6.5% de la population française (INSEE - RP 2008)

- La région la plus jeune de France (INSEE - RP 2007)
  - Moyenne d 'âge = 37.3 ans
  - Indice de vieillissement = 26.1 (34 pour la France)
  - 27% de la population a moins de 20 ans, 19% plus de 60 ans et 7%, 75 ans et plus.
  - La population âgée, moins représentée dans la région qu 'en France
  - Particulièrement importante dans les ZP du Montreuillois et du Cambrésis (respectivement, 9.2% et 8.3% ont plus de 75 ans)

Un dynamisme démographique moindre
- Croissance moyenne entre 1999 et 2008 : 3.2% (5.7% pour la France)
- En 2040, la région verrait une progression de 3.2% par rapport à 2007, faible par à celle de la France qui est 14.5%.
- Facteur explicatif : le solde naturel serait en net recul

Elle n 'échappera pas au vieillissement de population
- Avec l 'impact du baby boom et l 'évolution de l 'espérance de vie, les plus de 60 ans représenteraient 28% de la population régionale d 'ici 2040

Nota : La part française des 60 ans et plus passerait de 22% à 32% entre 2007 et 2040
- Évolution plus marquante pour les 80 ans et plus dont la part doublerait (3.9% à 8.4%)
- Vieillissement des territoires mais à des rythmes différents :
  - Limité dans la métropole lilloise et le Calaisis
  - Très important dans le Dunkerquois, Audomarois, Sambre-Avesnois, Cambrésis et dans le bassin minier

1.1.2 Données socio économiques : un contexte social régional défavorable qui pèse sur le handicap et la dépendance

- Influence directe de certains déterminants socio-économiques sur l 'état de santé de la population

  - Un revenu moyen faible par rapport aux autres régions
  - Qui a une influence directe sur les conditions de vie et de logement
  - L 'isolement, facteur d 'aggravation de la pauvreté et de la dépendance
  - L 'appartenance à la CSP reflète les inégalités sociale et peut constituer un facteur de risque de handicap et de dépendance
  - Des difficultés d 'accès à l 'emploi:
    - Taux de chômage = 12.9% en 2010 (le plus élevé de France, avec le Languedoc-Roussillon), particulièrement élevé dans l 'ancien bassin minier.
    - Sambre-Avesnois, Calaisis, Roubaix-Tourcoing et Lens-Hénin : ZP les plus touchées
    - Taux d 'allocataires du RSA = 8.5, nettement supérieur au taux national (5.1%). Maubeuge et de Valenciennes sont les territoires les plus concernés.
  - En 2011, 9.7% de la population régionale bénéficie de la CMUC contre 5.7% de la population nationale (données 2009)

Concentration importance dans les ZP de Béthune-Bruay, Lens-Hénin et Douaisis

1.1.3. Données relatives à l'état de santé

- Les données relatives à l 'état de santé

Une espérance de vie à la naissance la plus faible de France :

	1990		2007	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
NPDC	69,9	79	74,2	82,2
France Métropolitaine	72,9	81	77,5	84,3

Source : INSEE, Etat civil, estimations localisées de population

- Les indicateurs de mortalité corroborent la situation sociale défavorable de la région

Taux brut de mortalité régional supérieur à celui de la France : 8.9 contre 8.4 décès pour 1000 habitants

Alcoolisme : cause de mortalité prématurée la plus représentée dans la région

- Corrélation entre la précarité socio-économique et les pathologies périnatales
  - Les conduites de consommation à risque (alcool, tabac), les difficultés psychologiques, l 'appauvrissement de la population, le recours aux soins tardif sont des facteurs de risque au développement de handicap à la naissance
  - Amélioration du diagnostic anténatal, de la prise en charge médicale de la grossesse et de l 'accouchement et du suivi par des équipes spécialisées (neuropédiatres, CAMSP)

SYNTHESE

La structure sociale-économique-démographique de la région et des territoires doit être prise en compte dans la définition des besoins d'accompagnement des personnes âgées, personnes en situation de handicap et concernées par les addictions.

- une région jeune mais touchée par le vieillissement
- une espérance de vie la plus basse de France
- une région présentant des facteurs sociaux défavorables
- un état de santé problématique

Territoires aux indicateurs particulièrement défavorables :

- Vieillissement : Montreuillois
- Facteurs sociaux défavorables à prendre en compte dans le champ du handicap : Sambre-Avesnois, Calaisis, Lens-Hénin
- Personnes en difficultés spécifiques : Valenciennois, Lens-Hénin

1.2. Données relatives à l'offre de soins dans la région

1.2.1. La démographie médicale [1]

- Une densité régionale en médecins généralistes équivalente à la moyenne nationale : 164 et 165 professionnels pour 100 000 habitants
  - Secteur libéral (70%) :112 généralistes pour 100 000 habitants pour la région et 111 pour le national
- Mais une sous dotation importante de médecins spécialistes (sauf pour la médecine physique et de rééducation sur représentée dans le Montreuillois) : 141 contre 174 pour 100 000 habitants

Focus sur l 'offre en psychiatrie : 13 contre 20 pour 100 000 habitants

[1] Source : ADELI 2009 en cours d'actualisation

1.2.2. La démographie paramédicale[2]

- Une densité en professions paramédicales régionale (ergothérapeutes, masseur-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes) supérieure à la moyenne nationale.
- Celle en infirmier est légèrement moins importante que la densité nationale : 787 contre 802 pour 100 000 habitants
  - L 'écart se creuse pour le secteur libéral (12%) : 96 pour la région contre 119 pour la France

De fortes disparités infrarégionales concernant les professionnels médicaux et paramédicaux :

- en professionnels médicaux :
  - les zones de proximité les mieux dotées : Lille, suivie de Flandre Intérieure
  - les zones de proximité les moins dotées : Béthune-Bruay, Audomarois, Calaisis, Sambre-Avesnois

- en professionnels paramédicaux :
  - les zones de proximité les mieux dotées : Lille, Flandre Intérieure et Montreuillois
  - les zones de proximité les moins dotées : Calaisis, Audomarois, Béthune-Bruay, Douaisis

1.2.3. Une articulation nécessaire à trouver entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social suite à la réforme des SSR

- Restructuration de l 'offre des SSR avec une autorisation d 'exercer une activité polyvalente ou spécialisée (9 spécialités)
  - Champ du handicap : affections locomotrices/affections du système nerveux
  - Champ de la gérontologie : affections de la personne âgée polypathologique, dépendante, ou à risque de dépendance
  - Champ de l'addictologie : affections liées aux conduites addictives

- Articulation avec les structures médico-sociales à retravailler :
  - Développement des coopérations
  - Optimiser les relais de prise en charge : Intervention de professionnels des SSR sur le lieu de vie des personnes pour l 'évaluation des besoins et des adaptations à opérer, en lien les dispositifs de coordination PA/PH existants

1.3. Données relatives à la demande sociale

1.3.1 Les modes d'accueil et la participation des familles

- Les besoins exprimés par les usagers et les familles démontrent une nécessaire modularité des prises en charge, avec des modes d 'accueil plus souples et adaptés
- Qui répondraient à la problématique de l 'aide aux aidants
- Réponses à développer : les formes d 'accueil de répit, des actions de formation à destination des aidants, des services médico-sociaux et sanitaires d 'aide à la personne (SSIAD, HAD, équipes mobiles…)

1.3.2 L'accessibilité

- A échéance 2015, tous les ERP gérés par les collectivités locales et l 'État devront être accessibles quelque soit la nature du handicap
- L 'accessibilité ne renvoie pas qu 'au caractère physique, au cadre bâti et aux transports mais concerne aussi l 'accès aux soins, l 'emploi, la formation, la vie citoyenne, sociale et culturelle

[2] Source : ADELI 2009 en cours d'actualisation

II/ Thématiques transversales aux différents champs

2.1. Qualité de la prise en charge, bientraitance, lutte contre la maltraitance.

2.1.1 La bientraitance

Les ARS avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées contribuent, aux termes de l'article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires , à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. A ce titre, il est nécessaire de mener un suivi des ESMS dans le développement d 'une démarche de bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance (avec démarche d 'auto-évaluation des pratiques de bientraitance)

2.1.2 Recommandations et bonnes pratiques

La région a ces dernières années réalisé quelques actions de recommandations et diffusé des bonnes pratiques professionnelles.
Dans le champ du handicap, par exemple, ce type d'actions est mené dans le cadre du Comité technique régional de l'Autisme ou encore par le réseau d'Accueil temporaire du Pas de Calais. Ce dernier est à l'origine d'un guide de recommandations de bonnes pratiques, qui avec les contributions du Loiret et de la Bretagne va déboucher par un guide national qui sera diffusé par la CNSA.

Cependant, des journées régionales plus nombreuses sont à programmer.

2.1.3 Les évaluations internes et externes des ESMS

Elles sont obligatoires depuis la loi HPST du 21 juillet 2009

Principe général:

1 évaluation interne : au plus tard 3 ans avant la date de renouvellement de l 'autorisation

2 évaluations externes : 7 ans suivant l 'autorisation et au plus tard 2 ans avant la date limite de son renouvellement

Pour les ESMS autorisés avant la loi HPST:

Une évaluation externe au plus tard 2 ans avant la date de renouvellement de l 'autorisation (échéance 2015 pour ceux autorisés avant la loi du 2 janvier 2002)

Une évaluation interne au plus tard 3 ans avant la date de renouvellement de l 'autorisation (échéance 2014 pour ceux autorisés avant la loi du 2 janvier 2002)

L'enquête flash sur les évaluations externes réalisée lors de l'été 2010 avait révélé les chiffres suivants :

- aucune évaluation externe dans le champ des structures des personnes handicapées et une projection faible pour les années à venir
- établissements pour personnes âgées : au 8 juin 2010, seules 4 évaluations externes avaient été menées sur les 501 établissements de la région. Il faut toutefois mettre en regarder ce chiffre et celui du taux de réponse : seul 22% des établissements ont contribué à l'enquête.
- établissements et services pour personnes en difficultés spécifiques : Les résultats de l'enquête régionale relative aux évaluations externes et aux prévisions d'évaluations au 08/06/2010 menée auprès des 57 établissements prenant en charge des personnes en difficultés spécifiques ont recueilli un faible nombre de réponses. Sur 16 structures ayant répondu, 10 prévoient de réaliser une évaluation externe d'ici 2013 et 3 après cette date.

Il convient toutefois de nuancer ces résultats, car la plupart des établissements ont été autorisés avant la date de promulgation de la loi HPST du 21 juillet 2009.

2.1.4 Missions d'inspections et lutte contre la maltraitance

- Plus de 400 signalements et plaintes sur les champs PA et PH en 2009 et en 2010
- PH : 19 inspections en 2009
- PA : 30 inspections en 2009
- PDS : 2 missions d'inspection en 2010

2.1.5. La protection des personnes vulnérables

Pour la région Nord pas de Calais, la justice a annoncé début 2011 qu'environ 45 000 majeurs sont placés sous une mesure de protection juridique.
D'après les résultats d'une enquête nationale en 2009 portant sur un échantillon de 26 063 majeurs sous protection juridique au 31/12/2009 (58% de la population totale estimée début 2011) dans la Région Nord Pas de Calais, on constate que :

- 4438 majeurs protégés, soit 49.3% sont hébergés dans des établissements et services pour personnes handicapées
- 3 618 majeurs protégés sont hébergés en établissement pour personnes âgées dont 2 646 en EHPAD soit 45% du public de plus 60 ans

A noter qu'au 30 octobre 2011 il existe 1500 français sous protection juridique résidant en Belgique.

Les établissements publics d'hébergement pour personnes adultes handicapées ou des personnes âgées et dont la capacité est supérieure à 80 places, sont tenus de désigner un ou plusieurs agents comme mandataires judiciaires à la protection des majeurs. C'est une disposition réglementaire de l'article L742-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

La Direction Régionale de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et les Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS) sont en charge du pilotage global de cette politique publique par la mise en œuvre d'un schéma régional.

2.2. Aide aux aidants

2.2.1. Le développement des structures de répit dans les secteurs personnes âgées/personnes handicapées mais des freins persistants : l'accueil de jour et l'hébergement temporaire

Etat de l'offre

- En accueil de jour
  - PA : 920 places d 'AJ sont actuellement autorisées, principalement à destination des malades « Alzheimer »
  - PH : Travail à mener pour identifier les places d 'AJ
- En hébergement temporaire
  - PA : 611 places d 'HT, soit un taux d 'équipement de 2.1 places
  - PH : 25 places en IME/IEM et 114 en MAS/FAM

Mais des freins et dysfonctionnements persistants en particulier une sous-occupation chronique

- Difficulté de construire une réel projet pour 1 ou 2 places
- Lourdeur des démarches dans le champ du handicap (notification de la CDAPH nécessaire)
- Méconnaissance de cette formule d 'accueil par le public
- Le sentiment de culpabilité de l 'aidant

2.2.2. Outre l'offre de prises en charge, l'émergence des actions de proximité quelque soit la pathologie de l'aidé

En matière d'actions, leur financement via l'ARS est plus parcellaire (variable selon les pathologies, les territoires et dans le temps) qu'équitable géographiquement et ne permet certainement pas de couvrir les besoins. Cependant beaucoup d'autres financeurs complètent l'action de l'ARS (les caisses de sécurité sociale, les mutuelles, les conseils généraux, les collectivités locales, etc…). Il est alors difficile d'avoir une vision parfaite de ce qui est déployé en région.
L'aide aux aidants est une thématique faisant l'objet d'un groupe de travail transversal interne à l'ARS mais aussi d'un groupe initié par le Conseil Général du Pas de Calais.
L'objectif est de réfléchir, de mettre en place des dispositifs ou d'optimiser ceux existants pour répondre aux besoins exprimés par les aidants.

2.3. La formation des professionnels et des intervenants en ESMS

Quelques chiffres :

Dans la région, 73 600 professionnels exercent un métier du travail social et 94 400 un métier de la santé
Potentiellement, 15 000 départs à la retraite dans les 10 ans
PRIAC 2010-2013 : perspective de 2960 créations d 'emploi dans les ESMS

Besoins et difficultés :

Un marché du travail peu tendu mais des difficultés de recrutement pour les CDD, les postes d 'encadrement, le secteur PA, certains territoires (Sambre-Avesnois, Artois-Ternois...)
Besoins en formation continue
Nécessité d 'appréhender l 'évolution des métiers et des diplômes dans le domaine sanitaire et social (notamment les métiers de la rééducation)

2.4. Efficience des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Le SROMS s 'inscrit dans un contexte budgétaire et financier contraint marqué par un double mouvement

- Révision des principes et modalités de tarification des ESMS :
  - Tarification à la ressource des EHPAD, des ESAT et prochainement des SSIAD ; création d 'indicateurs physico-financiers ; mise en place des EPRD à venir
  - Évolution de la gouvernance

- Introduction des impératifs de régulation et de performance
  - Objectifs nationaux : réduire le décalage entre l 'autorisation et l 'ouverture effective des ESMS et résorber les déficits de la sécurité sociale
  - Plusieurs leviers : obligation de signature de CPOM, procédure de remédiation financière, outils de l 'ANAP

L'enjeu pour l'ARS est de renforcer ses capacités de pilotage et d'expertise par une organisation interne et des systèmes d'information adaptés afin de mieux réguler l'offre de services médico-sociaux dans le Nord-Pas-de-Calais et de garantir son efficacité pour

Synthèse :
- Suivi des ESMS à améliorer dans le cadre d'une démarche qualité (lutte contre la maltraitance, application des recommandations de bonnes pratiques, évaluations internes et externes)
- Aide aux aidants : Développement des structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire) mais des freins persistants liés à une sous occupation chronique et émergence d'actions de proximité
- Formation des professionnels : Difficultés de recrutement de CDD, dans le secteur PA, sur certains territoires et besoins de formations continues
- Inscription du SROMS dans un contexte financier contraint marqué par l'introduction des impératifs de régulation et de performance et la révision de la tarification

III/ DIAGNOSTIC PAR POPULATION

3.1 Politique du handicap

3.1.1 Constats et enjeux dans le champ du handicap

3.1.1.1 Données relatives au nombre de demandes d'allocations liées au handicap

Une sur représentation du handicap dans la région : dans le champ de l'enfance...

- Part des bénéficiaires de l'AEEH (2009) pour la région : 1,30 % (soit 14 345) alors que le taux national est de 1,01 % soit 3 336 enfants en plus.
- Les deux départements ont un taux de bénéficiaires supérieur au national avec un nombre plus élevé de bénéficiaires pour le Nord (1.37 % et 1.19 %)
- L'écart par rapport au national s'accroît puisqu'il passe de 0.2 à 0.3 % entre 2008 et 2009.
- Éléments corroborés par le nombre d'enfants scolarisés dans le Nord-Pas-de-Calais : + 8 000 enfants par rapport au ratio national soit 40 % d'élèves handicapés en plus dans la région

Une sur représentation du handicap dans la région : dans le champ de l'adulte handicapé

- En Nord-Pas-de-Calais, 63 185 personnes sont en 2009, allocataires de l'AAH. Leur poids dans la population régionale est plus élevé qu'en moyenne nationale, soit 2,91 % contre 2, 50 %.
- La part des bénéficiaires de l'AAH en Nord Pas de Calais au regard du ratio national passe de 2,77 % en 2007 à 2,91 % en 2009 avec un taux de bénéficiaires de l 'AAH supérieur dans le Nord (2.98 % contre 2.80 %)
- Cependant, l'écart avec le national reste de 0.4 %, chiffre stable depuis 2007

Tendances: une augmentation des demandes liées au handicap

- Une sur représentation du handicap dans la région par rapport au national avec un nombre d'allocataires un peu plus important dans le Nord

Ce résultat n'est pas a priori du à une pratique particulière des MDPH :
Le taux d'accord des prestations adultes et enfants rapporté à la totalité des demandes est proche des moyennes nationales (rapport d'activité 2009 MDPH 62/59).
En effet, le taux de rejet sur le champ adulte en 2009 : 33% des demandes dans le Nord comme dans le Pas-de-Calais contre 34% au niveau national.
Sur l'enfance, le taux de rejet s'élève à 8% dans le Pas-de-Calais, 11% dans le Nord contre 10% au niveau national. L'écart avec le national est plus important.

Tendance: Augmentation de l'ensemble des demandes d'aide auprès des MDPH disparate entre le Nord et le Pas-de-Calais

3.1.1.2 Données relatives aux listes d'attente

Enfance handicapée, une situation contrastée:
Dans le Pas-de-Calais (données MDPH 62 2009): liste d'attente faible au regard du nombre total d'enfants : 385 dont 225 en SESSAD (au regard des 4500 places en structures dans le Pas-de-Calais dont 600 en SESSAD). Pas de données pour le Nord.

Perspectives adulte handicapé (à consolider) : de nombreuses places créées encore non installées qui devraient permettre de réduire fortement les listes d'attente
- Travailleurs ESAT (données MDPH 62 et DDASS 59): une liste d'attente toujours très importante au niveau régional: 4088 personnes handicapées sur liste d'attente ESAT (2703 pour le Nord 1385 pour le Pas-de-Calais)

- MAS:
  - Nord : Nombre de personnes ayant une orientation MAS : 1 289.(données MDPH 59)
    Actuellement 934 places installées / 1 267 autorisées
  - Pas-de-Calais: 257 personnes sur liste d'attente (données MDPH 62)
    Actuellement 533 places installées / 668 autorisées soit 135 places qui vont s'ouvrir

- FAM:

• Pas-de-Calais_: 323 personnes sur liste d'attente (Données MDPH 62)
Actuellement 532 places installées / 694 autorisées soit 162 places qui vont s'ouvrir
. Pas d'éléments concernant le Nord

3.1.1.3 Données relatives aux places en attente de financement

Dans le champ de l'enfance, 770 places sont en attente de financement ainsi que 11 projets CAMSP/CMPP pour un cout total de 27 152 916 **€.**
Dans le champ de l'adulte, 780 places en attente de financement pour 22 931 224 €

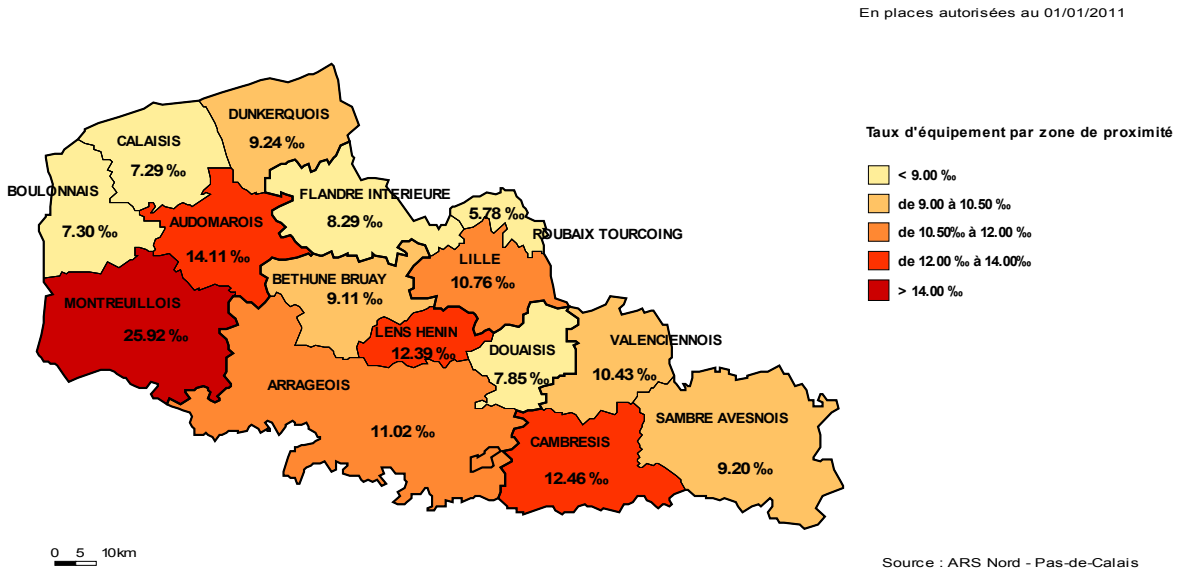
3.1.1.4 Analyse des données médico-sociales

Elément d'information préalable : la comparaison des taux d'équipements de la région par rapport au national est complexe dans la mesure où les éléments d'équipement nationaux sont comptabilisés en places installées 2010 alors que les données régionales le sont en places autorisées 2011.
Il peut donc y avoir parfois un écart.
Cependant, même s'il faut prendre toutes les précautions nécessaires, la comparaison avec des données nationales est indispensable.

Équipement Enfance Handicapée
Un taux d'équipement en établissements et services pour enfants handicapés dans la région au 1er janvier 2011 est supérieur au taux national : 9.99‰ (places autorisées 2011) contre 9.1‰ (places installées 2010). Ce taux d'équipement plus important doit être mis au regard de la sur représentation du handicap dans la région.
Des disparités entre Nord et Pas-de-Calais (11.45‰ dans le Pas-de-Calais et 9,17 dans le Nord -hors CAMSP/CMPP)
Les écarts d'équipements sont très importants d'une zone de proximité à l'autre : de 5.78‰ dans la ZP de Roubaix-Tourcoing à 25.92‰ dans la ZP du Montreuillois.

A noter le taux d'équipement atypique du Montreuillois qui s'explique surtout par l'offre en matière de polyhandicap présente : 2.82‰ (contre 0.61‰ pour la région)

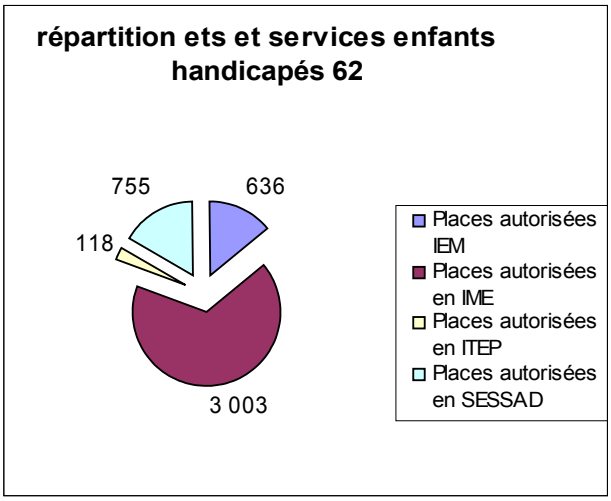
Taux d'équipements en établissements et services pour enfants handicapés en NPDC

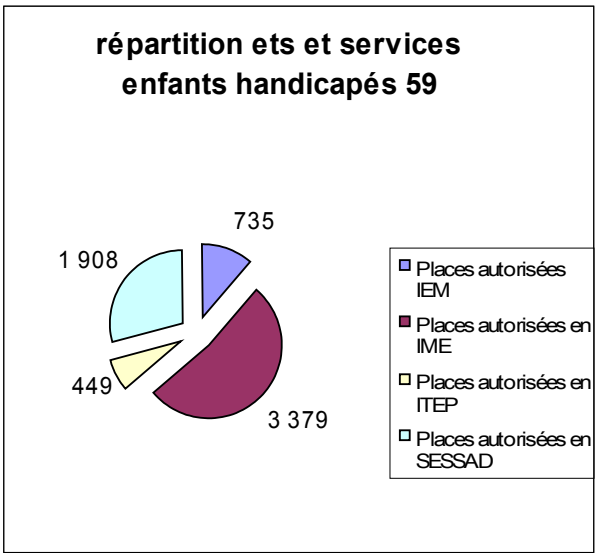


- La région est moins équipée en ITEP que le national (0.52 ‰ contre 0.95‰) notamment dans le Pas-de-Calais (0.30‰). A noter qu'il s'agit de places autorisées non encore installées (le taux d'équipement dans le Pas-de-Calais est passé de 0.14% en 2010 à 0.30% en 2011)

Une offre plus spécialisée et plus orientée vers la prise en charge en services dans le Nord

Typologie des établissements et services dans les 2 départements





- Proportion des places de services sur l'offre totale de places pour enfants par zone de proximité au 1er janvier 2011. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, 24.25 (dans le Nord, 29.49, dans le Pas-de-Calais, 16.73)

Pour rappel : part nationale des services dans l'offre des ESMS enfant handicapé 2008 : 26%. De grandes disparités entre zones de proximité et départements

- un ratio important de services proportionnellement à l'offre globale enfance handicapée sur la Métropole qui s'explique par le fait que la Métropole accueille des établissements à vocation régionale.
- Faiblesse du nombre de services sur les zones de proximité de Béthune et de Lens Hénin (alors que les taux d'équipement à destination de l'enfance handicapée sont dans la moyenne voir très supérieur pour Lens Hénin) : respectivement, 6.29 et 14.41.
- A contrario, proportion importante de services sur la zone de proximité Roubaix Tourcoing (29.25) alors que le taux d'équipement enfance est le plus faible de la région.

Synthèse de l'offre médico-sociale enfance handicapée dans la région

- Une offre plus importante en terme de structures notamment en établissements dans le Pas-de-Calais mais peu spécialisée et peu orientée en services d'où des coûts à la place moindres
- Une offre proche de la moyenne nationale dans le Nord alors que le taux de bénéficiaires de l 'AEEH est très important par rapport au national. Cependant, une offre plus spécialisée, plus orientée vers l'intégration en services.

Équipement Adultes Handicapés

L'offre en établissement médicalisé (MAS et les FAM) globalement un taux d'équipement supérieur au niveau national et qui devrait encore évoluer fortement

En effet, il existe pour les FAM et MAS de fortes disparités entre le taux d'équipement des places autorisées et installées

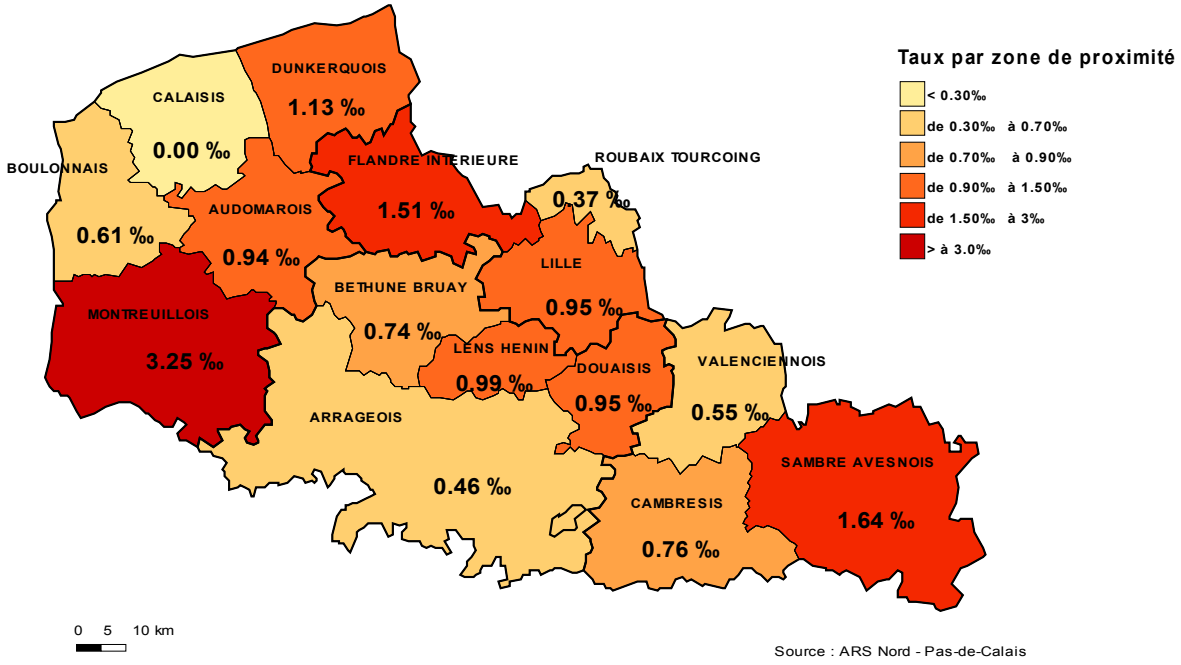
Un taux d'équipement légèrement supérieur à celui de la France (places installées : 0.60‰) :

- Taux d'équipement autorisé régional : 0.89 ‰
- Taux d'équipement installé régional: 0.71 ‰

Un équipement plus spécialisé pour le Nord alors qu'il est plus polyvalent dans le Pas-de-Calais

Focus sur les MAS :
Un taux d'équipement autorisé légèrement moindre dans le Pas-de-Calais que dans le Nord mais de fortes inégalités territoriales: Le Montreuillois présente un taux de 3.25‰ tandis qu'il n'y a pas de MAS dans le Calaisis.

Taux d'équipements autorisés en MAS dans le NPDC au 01/01/2011

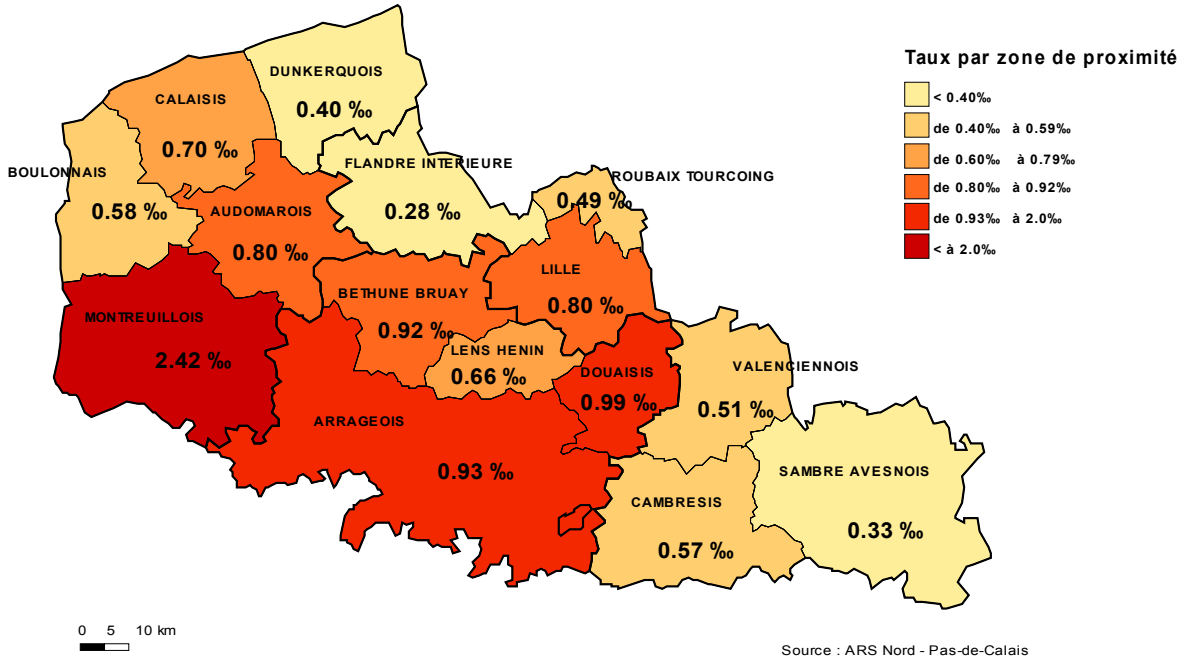


Par territoire de santé, le taux d'équipement varie de 0,80 0/oo (Artois-Douaisis) à 1.06 (Littoral)

Focus sur le FAM :
Le Pas-de-Calais a un équipement plutôt orienté vers les FAM avec un taux d'équipement supérieur à celui du Nord : 0.90‰ contre 0.60‰ dans le Nord.
Taux d'équipement régional autorisé de 0.70‰ alors que les places installées s'élèvent à 0.5‰
Taux d'équipement régional supérieur au niveau national qui s'élève à 0.51‰

Par territoire de santé, le taux d'équipement varie de 0,80 0/oo (Artois-Douaisis) à 1.06 (Littoral)

Taux d'équipements autorisés en FAM dans le NPDC au 01/01/2011



Par territoire de santé, le taux d'équipement FAM varie de 0,47 0/oo (Hainaut Cambrésis) à 0.85 (Artois-Douaisis)

L'offre en services : globalement, retard de la région en matière de SAMSAH et un taux d'équipement plus élevé que le national en SSIAD

<u>L'offre en SAMSAH</u>
-Taux d'équipement autorisé = 0.14 ‰ → Le Pas-de-Calais davantage équipé que le Nord
-Taux d'équipement installé = 0.11‰ → très inférieur à celui de la France Métropolitaine qui est de 0.79‰, que ce soit dans le Nord ou dans le Pas-de-Calais
Des territoires encore non couverts en SAMSAH : Boulonnais, Arrageois, Montreuillois, Roubaix-Tourcoing Cambrésis, Douaisis, Flandre Intérieur

<u>L'offre en SSIAD pour adultes handicapés</u>
Taux d'équipement autorisé = 0.21‰
Taux d'équipement installé = 0.18‰ → supérieur au taux national qui est de 0.12‰
Des zones encore non ou peu couvertes: Boulonnais, Lens - Hénin, Roubaix-Tourcoing

La part des services par rapport à l'ensemble de l'offre médicalisée sur le champ adultes handicapés très disparate en fonction des zones de proximité
-France 2008: 16%
- région NPdC 2010 : 17.7% (Nord : 16.66 et Pas de Calais : 19.17%)
A noter le nombre de SSIAD > moyenne nationale

Identification des zones encore peu couvertes en services (ratio < 10%) :
Boulonnais, Montreuillois, Roubaix - Tourcoing et Cambrésis

L'offre relative à l'insertion professionnelle
Cf thème transversal « insertion professionnelle » 3.1.2.3

3.1.1.5 Analyse des données budgétaires

Constats généraux :

-Stabilisation de l'enveloppe Assurance maladie médico-sociale
-Dépenses orientées sur l'enfance handicapée;
-Dépense rapportée au nombre de places plus importante dans le Nord, car plus spécialisée

Contexte d'une offre dynamique sur le handicap jusqu'à présent mais un ONDAM médico-social qui se stabilise

Année	Enveloppe AM régionale handicap	Evolution %
2010	**553 901 586 €**	**3,18***
2009	**559 932 341 €**	**3,84**
2008	**539 231 687 €**	**5,59**
2007	**510 708 062 €**	

*Intégration du débasage définitif et non intégration du débasage temporaire

La dépense nationale médico-sociale relevant de l'ONDAM s'élève à 164€/habitants en 2010 contre 179€ dans le Nord-Pas-de-Calais (hors Belgique).
Cependant lorsqu'on rapporte les enveloppes médico-sociales aux nombre de bénéficiaires de l'AAH et AEEH, le rapport s'inverse : 8127 pour le national contre 7144 pour le régional soit 13.7% d'écart.

Les coûts généraux à la place entre le Nord et le Pas-de-Calais sont très différenciés (exemple sur l'équipement enfance : un coût à la place de 35 556 € dans le Nord et de 24266€ dans le Pas de Calais)

Point de vigilance : les écarts entre départements et zones de proximité ne peuvent se mesurer exclusivement à l'appui des éléments budgétaires (ex spécialisation accrue des établissements dans le Nord)

Bilan CPOM 2010 et potentiel fin premier semestre 2011 (enveloppe ONDAM)

- Pour l'enveloppe ONDAM, 22 CPOM signés (soit 139 établissements) et une enveloppe de 250 449 316€, soit 43.44% de l'enveloppe régionale.
- Au premier semestre 2011, pour la seule enveloppe ONDAM, nous devrions atteindre, 32 CPOM (189 établissements), 58% de l'enveloppe sous CPOM voir
- 68% fin 2011.

Synthèse diagnostic handicap – données générales

- **une surreprésentation du handicap dans la région chez les enfants et les adultes**

- **listes d'attente : chez les enfants handicapés, liste d'attente 62 orientée SESSAD. Chez les adultes situation contrastée : les ouvertures de places autorisées de FAM et de MAS viendront fortement absorber les listes d'attente. En revanche les listes d'attente en ESAT restent très importantes (4088 personnes sur liste d'attente ESAT pour 8000 places installées).**

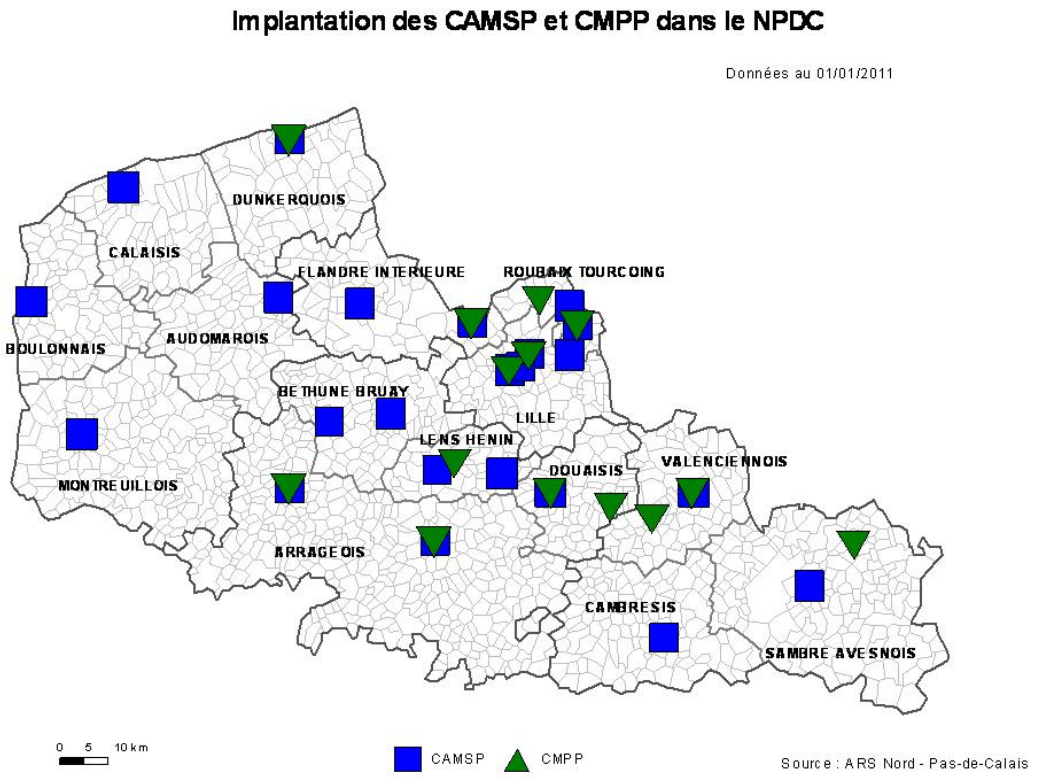
- **Globalement un équipement plus spécialisé et orienté sur les services dans le Nord et très contrasté d'une zone de proximité à l'autre**

- 22 associations sous CPOM actuellement, 43.44% de l'enveloppe ONDAM.

3.1.2 Problématiques transversales –politique du handicap

3.1.2.1 Prévention et accompagnement précoce des enfants

- **Les acteurs: CAMSP, CMPP, la PMI, les centres ressources et les structures dédiées au moins de 6 ans, centres de ressources**



- **Les besoins relevés :**

▪ bonne couverture des CAMSP mais disparités nombreuses en termes de délais de prise en charge, de répartition des missions et des âges de prise en charge d'une zone de proximité à l'autre

Nature des interventions CAMSP (à partir du nombre d'enfants suivis)

	Dépistage	Bilan initial	Prise en charge thérapeutique	Contact ponctuel	Total
Pas de Calais	16.2	25.9	54.5	3.3	100
Nord	71.6	6.4	12.7	9.4	100
Moyenne régionale	58.5	11	22.6	7.9	100

- Des grandes disparités ont été constatées dans les rapports d'activité en termes de délai de prise en charge. Les délais d'attente sont très disparates d'un CAMSP à l'autre.
- Disparités de dotation CAMSP en €/ enfant 0-6 ans par ZP de Dunkerque (24.22) à 71.2 (Arras)
- Les acteurs de terrain ont énoncé leurs difficultés des CAMSP « à passer le relais » à des structures d'aval, les solutions médico-sociales prenant en charge la petite enfance handicapée (SESSAD, IME) étant peu nombreuses ou mal réparties sur le territoire.
- La médecine de ville, premier recours des familles méconnait l'existence et les missions des CAMSP, CMPP et centres de ressources.
- Davantage d'articulation avec les services de PMI, le sanitaire et la prévention
- manque de solutions médico-sociales d'aval (SESSAD, IME petite enfance) pour éviter les ruptures de prise en charge,

3.1.2.2. Scolarisation

- **Un nombre d'enfants et adolescents handicapés très supérieur à la moyenne nationale proportionnellement à la population**

Poids démographique de l' Académie, rapporté, à la moyenne nationale : 6.94% au niveau régional dont 4.46% pour le Nord et 2.49 % pour le Pas-de-Calais
Or si on rapporte le nombre d'enfants handicapés dans le Nord-Pas-de-Calais au regard de ce poids démographique du national, il existe 8100 enfants en plus toutes prises en charge confondues par rapport au nombre attendu dans la région, soit environ 40% de plus qu'au niveau national.
D'autre part, l'écart avec le national tend à s'accroitre puisqu'il passe de 39.9 % en 2009à 43.7% en 2010.
Actuellement, 26 657 enfants handicapés dans la région et en Belgique en 2009-2010 dont 24 174 dans la région

- **Des pratiques de prise en charge différentes entre les 2 départements :**

Une scolarisation en milieu ordinaire plus fréquente dans le Nord et conforme au ratio national ; Une politique plus fréquente de prise en charge en établissement médico-sociaux dans le Pas-de-Calais plutôt qu'une scolarisation en milieu ordinaire (Pas de Calais où le nombre de projets de scolarisation gérés par enseignants référents est plus important que dans le Nord)

- **La scolarisation en milieu ordinaire, en ULIS ou CLIS: des différences de pratique avec le national en fonction de l'âge (en considérant les données pondérées) : une scolarisation ordinaire en 2d degré moins fréquente par rapport au national**

Par rapport aux chiffres nationaux, -5,95% de fréquence de scolarisation en CLIS par rapport au national. Ce chiffre grimpe à -35.84% en ULIS. Hors ULIS et CLIS, les chiffres de l'Académie sont inférieurs de 6.87 % au ratio national, avec une nuance à apporter puisqu'il est supérieur de 10.74% dans le Nord au reste de la France.

- **Une évolution de la politique d'intégration scolaire ordinaire qui creuse l'écart entre les 2 départements**

Non seulement les enfants dans le Pas-de-Calais sont scolarisés en établissement spécialisé plus que la moyenne nationale mais les pratiques de scolarisation observées dans les 2 départements conduisent à creuser encore un peu plus l'écart puisque la scolarisation en milieu ordinaire augmente de 5% dans le Pas-de-Calais contre 15% dans le Nord ces 2 dernières années.

- **Implantation de postes éducation nationale**

Politique de mise à disposition un peu plus importante dans le Nord / nombre d'élèves scolarisés en établissements médico-sociaux.
Ces chiffres s'expliquent par le fait que le nombre d'élèves scolarisés en établissement spécialisé est beaucoup plus important dans le Pas-de-Calais mais peut être aussi du fait que le degré de handicap est, en moyenne moins fort dans les établissements de ce dernier département ce qui autorise la conduite de groupes à effectifs un peu plus élevés.

- **La scolarisation en ESMS**

Il n'existe pas d'indicateur sur la scolarisation en ESMS (temps de scolarisation hebdomadaire par enfant, type de scolarisation, interne, en milieu ordinaire ou mixte)
En 2007, une enquête a été menée dans le département du Nord sur la scolarisation en ESMS.
Les principaux constats sont les suivants :

- la part des enfants scolarisés (à quelque niveau que ce soit) est importante : 92 % dans les ITEP, 94% dans les IEM (hors polyhandicap), 72 % dans les IMpro, 65 % dans les IME. Toutefois, dans les IME, un enfant sur deux est soit non scolarisé, soit scolarisé pour moins de 10% de son temps de prise en charge dans l'établissement.

La dispersion des taux de scolarisation est plus marquée dans les IME que dans les autres établissements.

- Une part significative des enfants accueillis en IEM est scolarisée pour + de 50% du temps de prise en charge en établissement

Les IEM et des IME organisent la scolarisation en interne tandis que les les ITEP sont davantage ouverts à la scolarisation en milieu ordinaire.

3.1.2.3 L'insertion professionnelle

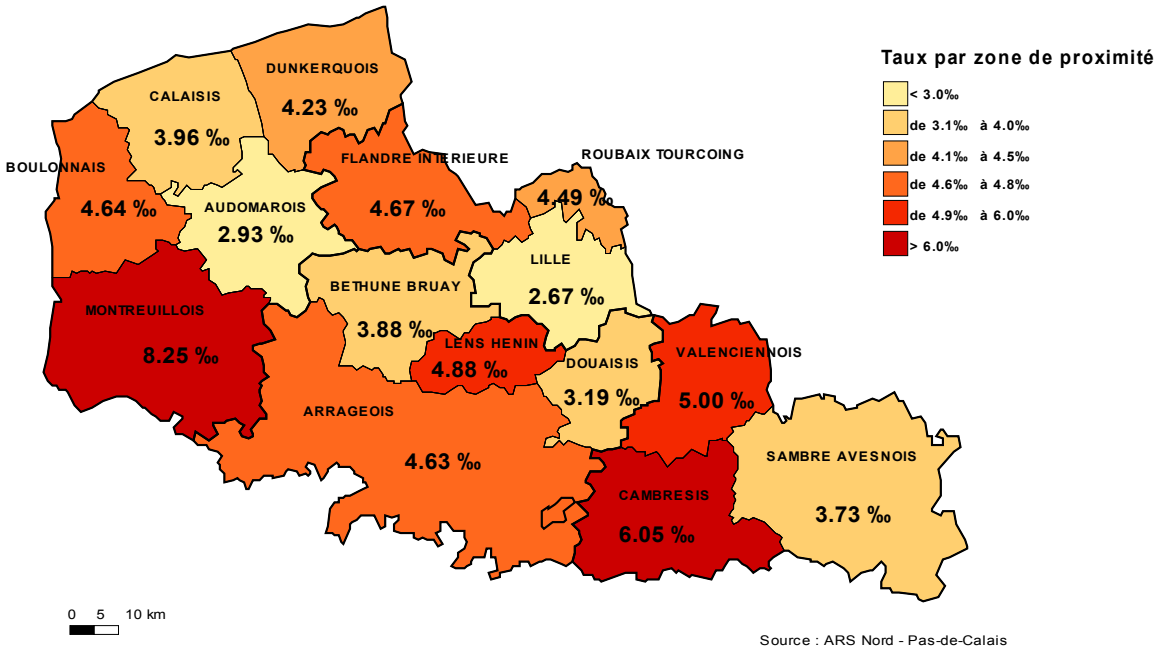
Le nombre de personnes reconnues travailleurs handicapés atteint 31 personnes pour 1 000 habitants en âge de travailler (15-64 ans) dans la région et 46 pour 1 000 actifs (chiffres de 2006)

- 40 % sont orientés vers le marché du travail, soit en recherche directe, soit en accompagnement et suivi de la recherche d'emploi (ANPE et CAP EMPLOI).
- 35 % sont orientés vers le milieu protégé dont 9 fois sur 10 vers les ESAT
- 13 % sont orientés vers un dispositif de formation (CPO et CRP)
- 12 % font l'objet d'une décision de maintien dans l'entreprise

L'offre relative à l'insertion professionnelle

• Les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)
- Taux d'équipement régional autorisé = 4.16 ‰
- Taux d'équipement installé = 3.95 ‰ → supérieur à celui de la France Métropolitaine (3.26 ‰)
- Le Pas-de-Calais présente un taux d'équipement autorisé en ESAT supérieur à celui du Nord : 4.6 ‰ contre 3.91 ‰

Taux d'équipements autorisés en ESAT dans le NPDC au 01/01/2011



- 8 554 places installées mais **4 088 personnes orientées en attente**.
- Actuellement, 42 ESAT dans le Nord, 29 dans le Pas de Calais

- Les Centres de pré-orientation et les Centres de rééducation professionnelle (CRP et ERP) : 3 dans la région
- Les Entreprises Adaptées : Elles sont au nombre de 42 dans la région, majoritairement situées dans l'unité territoriale de Lille (52% des entreprises adaptées). Le département du Pas de Calais en accueille 33%.
- Autres dispositifs

Le dispositif Thempo, piloté par l'AGEFIPH pour l'accompagnement vers l'emploi de demandeurs d'emploi en situation de handicap psychique
Les CAP emploi : un réseau qui se compose de 5 structures sur la région. 4001 contrats ont été signés en 2010 dont 16 % par un employeur public. Ce service est financé par l'AGEFIPH, le FIPHFP et pôle emploi.
Certaines associations gestionnaires d'établissements médico-sociaux du Nord, et plus particulièrement les Etablissement et Services d'Aide par le Travail, ont développé des Services d'Insertion Sociale et Professionnelle (SISEP) financés directement sur le budget des ESAT.

Problématiques relevées :

- la gestion des listes d'attente
- le vieillissement des travailleurs ESAT : 30% des travailleurs ESAT ont plus de 45 ans (d'où problème hébergement…)
- l'absentéisme dans les ESAT et le taux d'occupation de certaines formations CRP
- l'insertion en milieu ordinaire
- la gestion des transitions (sortie Impro/ESAT) : un travail est déjà mené par la Direccte et l'ARS sur la métropole lilloise.

3.1.2.4. Le vieillissement des personnes handicapées

Principaux constats :

- Problématique importante avec augmentation espérance de vie des PH.
- Vieillissement à des rythmes différents.
- Nécessité d'adapter les projets d 'établissements
- actuellement 370 places autorisées - FAM-FV-FH, avec un taux d 'équipement de 0,17 dans les deux départements mais des zones de proximité non pourvues (6 ZP).

Dans le Pas-de-Calais :

- seules 14 places P.H.V. sont installées au CH de Frévent,
- 38 sont autorisées mais non installées (en FAM) et 37 en RFF (FAM)
- 15 places PHV en MAS sont en RFF (Cazin).

Dans le Nord : projection par rapport aux places installées

- 32 à Cambrai,
- 28 en Flandre intérieure,
- 14 en Flandre maritime,
- 18 dans le Valenciennois.

Les SSIAD destinés à la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques et handicapés sont une réponse au vieillissement des personnes handicapées. Ces structures peuvent intervenir au domicile des personnes handicapées mais également au sein des structures médico-sociales non médicalisées telles que les foyers d'hébergement ou de vie. Or actuellement l'analyse des taux d'occupation montrent que ces structures ont du mal à avoir une activité soutenue.

Perspectives de travail :

- Concevoir le vieillissement des personnes handicapées en établissements mais aussi à domicile
- inscrire une complémentarité PA/PH, particulièrement en élargissant la compétence gérontologique (formation, filière) à la thématique PH
- renforcer la complémentarité sanitaire / médico-social : inscrire les FAM et FV dans les filières gériatriques territoriales : conventions avec le CH de référence afin de faciliter l'accès aux USLD, HAD
- faciliter l'intervention des services en établissement, notamment par le biais de conventions :
  - HAD en MAS, FAM (figure dans le cahier des charges 62)
  - SSIAD en structures non médicalisées (FV)

3.1.2.5 La prise en charge en Belgique

La prise en charge de personnes handicapées françaises en Belgique est historique. Elle a longtemps visé à pallier le manque de places en France, en particulier celui des régions frontalières. Elle est facilitée et trouve sa légitimité dans l'existence d'un moratoire en région wallonne bloquant tout nouveau financement de place pour les ressortissants bénéficiaires des prestations de l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées. Elle ne concerne plus uniquement la région Nord-Pas-de-Calais, puisqu'en 2009, 20% du flux provenait de la région Ile de France.

Cette prise en charge est prisée pour sa souplesse dans la modularité d'accueil (ouverture 365 jours par an) mais aussi pour ses méthodes pédagogiques et éducatives.
La prise en charge est organisée par des conventions pour ce qui concerne les enfants handicapés - et par extension les adultes maintenus au titre de l'articule L 242-4 du CASF (amendement Creton), gérées jusqu'au 31 mars 2010 par la CRAM et la DRASS sur délégation respective de la CNAMTS et du ministère.
S'agissant des adultes, certains conseils généraux, notamment celui du département du Nord, ont signé des conventions pour l'accueil, en Wallonie, de leurs ressortissants dont le financement leur incombe (orientation foyer de vie, foyer d'hébergement et hébergement des FAM).
Pour ceux orientés MAS, FAM ou ESAT, la prise en charge est individualisée.
Enfin, des enfants du Nord-Pas de Calais sont scolarisés dans des établissements belges. L'Education nationale les a estimés à 2 483 en 2009.

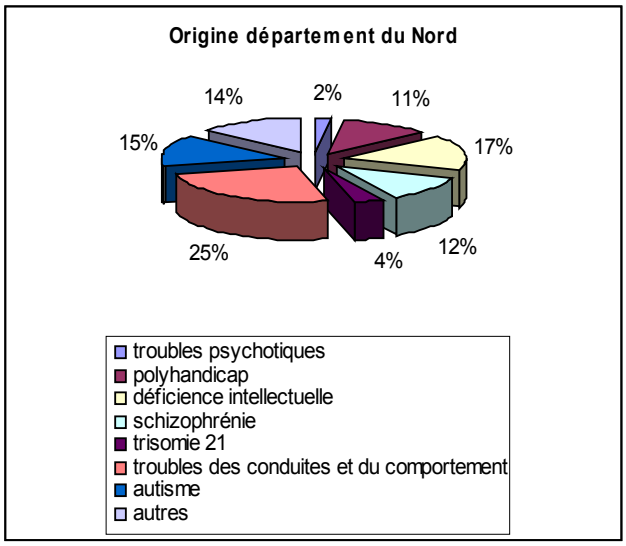
Le tableau ci-joint synthétise les informations disponibles :

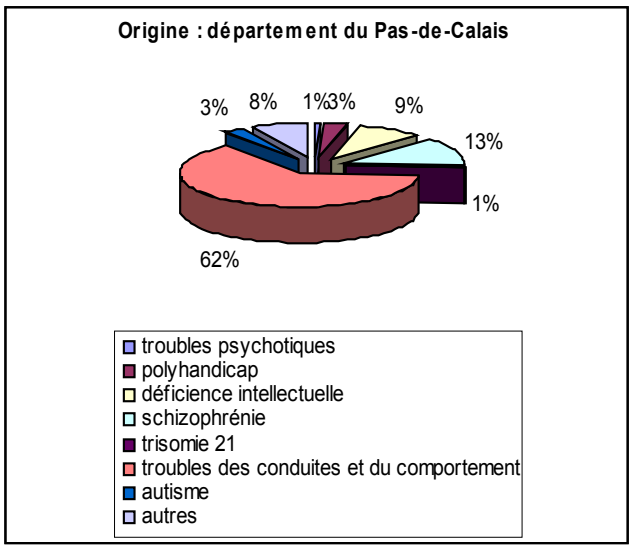
public concerné	**autorité compétente**	**condition d'orientation**	**liens juridiques étbs/autorités**	**financeur**	**payeur**	**nombre de personnes accueillies**	**dt personnes du NPDC**	**précisions**
enfants handicapés et adultes maintenus au titre de l'amendements Creton	ARS ?	orientation MDPH	conventions avec 25 établissements	Assurance maladie	CPAM Roubaix-Tourcoing	1429	924	742 du Nord, 182 du Pas de Calais, 266 viennent de la région IDF
	Conseil Général	Aide sociale à l'enfance ou aide sociale (si plus 20 ans et orientation MDPH FV, FH, FAM)	conventions du CG 59 avec quelques établissements	Département	Département	421	340	
						1850	1264	
Enfants handicapés scolarisés (hors convention)	Education Nationale						2483	
adultes handicapés		orientation MDPH: FAM (soins), MAS	pas de convention, prise en charge individuelle	Assurance Maladie	Caisse de Vannes	735	230	
	ARS	orientation MPDH : ESAT	convention avec 5 CAT en Belgique	Etat	ARS	165	144	

	Conseil Général	orientation MDPH : foyer d'hébergement, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé (hébergement)	convention avec des établissements accueillant des adultes	Département	Département	?	808	14 conventions CG59/étbs belges, soit 545 places, conventions individuelles pour 155 pers. 108 adultes du Pas de Calais sont accueilles en Belgique

Chiffres 2009

Eventail des déficiences au sein des 25 établissements conventionnés avec l'Assurance maladie





On note la sur représentativité des troubles de la conduite et du comportement chez les enfants originaires du Pas-de-Calais (62 %). A l'inverse, le recours à des orientations en Belgique pour des enfants autistes ou polyhandicapés du Pas-de-Calais est faible (3 %).

Eventail des déficiences dans les établissements non conventionnés (adultes uniquement)
Au 31 juillet 2010, 204 personnes adultes handicapés, orientées FAM ou MAS étaient prises en charge dans 41 établissements différents. Les adultes pris en charge dans des établissements non conventionnés, avec orientation FAM ou MAS viennent massivement du Nord (184/204)Sur ces 204 personnes, près de 30 % le sont depuis plus de 5 ans (51 personnes sur 184 personnes originaires du Nord et 9 sur les 20 du Pas-de-Calais).
Il faut ajouter à ces chiffres les personnes adultes originaires de la région qui sont prises en charge dans des établissements conventionnés, maintenues au titre de l'amendement Creton. Celles-ci (sans précision de l'orientation FAM/ MAS/ ESAT) étaient au 31 décembre 2009 : 286 originaires du Nord et 44 originaires du Pas de Calais. Ce qui porte les chiffres, concernant les adultes (+ de 20 ans) à :

- 470 pour le Nord
- 64 pour le Pas de Calais

3.1.2.6 Accès aux soins des personnes handicapées

Principaux constats :

Difficultés plus ou moins considérables pour accéder à des soins, cf. rapport de la Haute Autorité de Santé.

difficulté particulière liée :

au passage de l'enfance à l'âge adulte
au vieillissement des personnes handicapées
aux personnes en situation de handicap vivant à domicile
Problèmes de démographie des professionnels de santé:
un accès réduit à une offre libérale, pas toujours au fait des problématiques liées au handicap
un nombre de postes paramédicaux et médicaux vacants dans les structures en charge du handicap.
L'accompagnement médical, para médical et des troubles psychologiques et psychiatriques même dans le cadre d'une prise en charge médico-sociale est faible dans la région.
Encore peu d'outils utilisés par les professionnels de santé pour prendre en compte la douleur

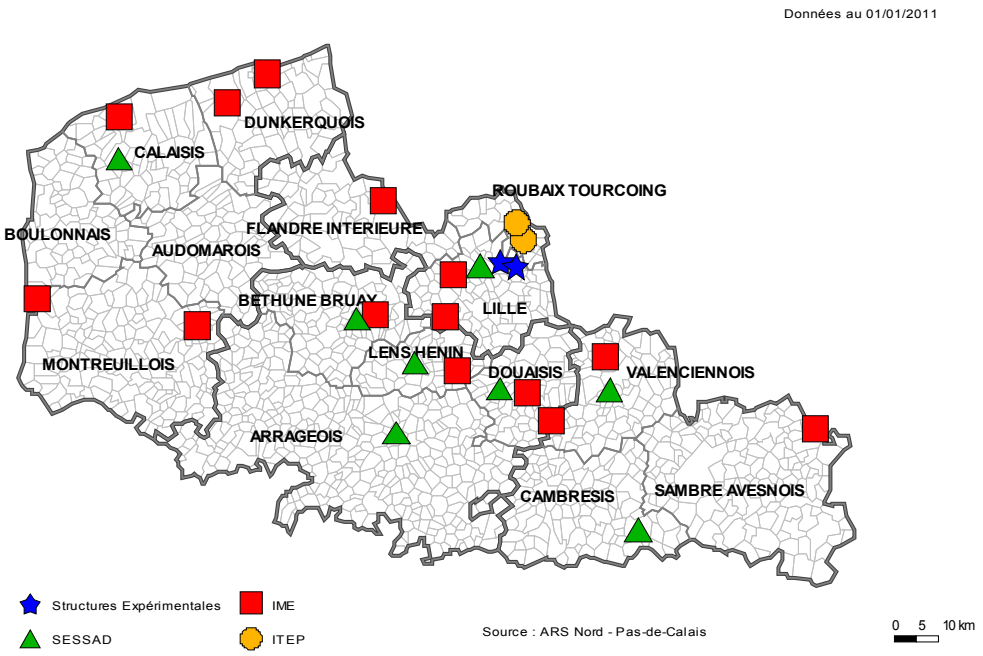
3.1.3 Diagnostic par handicap

3.1.3.1 autisme et troubles envahissants du développement

Enfants handicapés

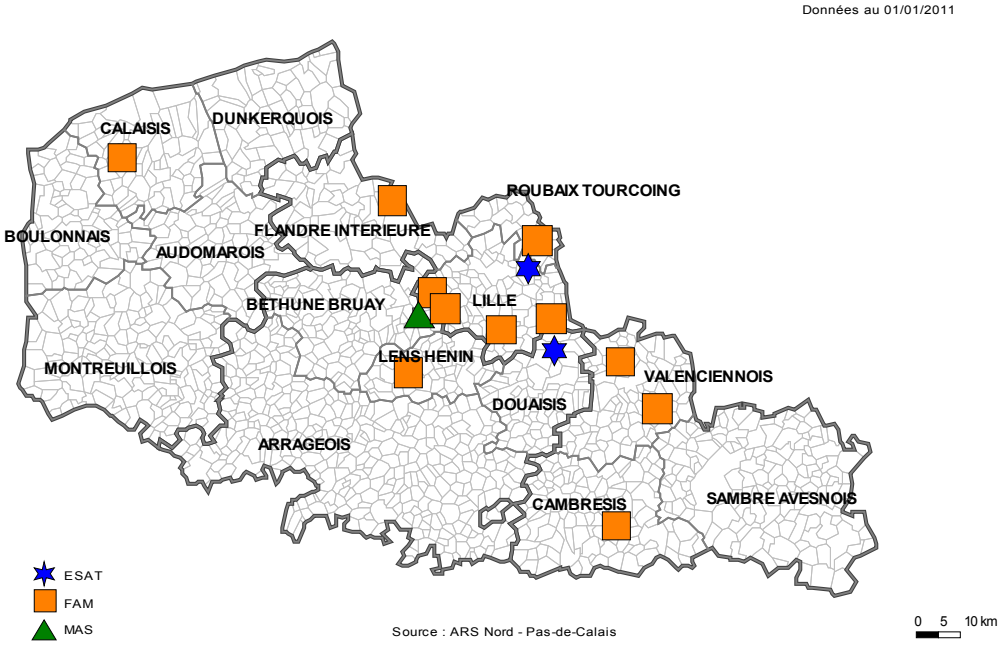
Pas de places autorisées sur le Boulonnais et l'Audomarois. Sur les zones de proximité de l'Arrageois et du Cambrésis, seules des places de services existent pour les enfants avec autisme. Dans la région, 2 ITEP prennent en charge des enfants autistes. Enfin, il existe 2 structures à caractère expérimental.

Implantation des structures accueillant des enfants autistes en NPDC



Adultes handicapés7 zones de proximité (dont 5 dans le Pas-de-Calais) non pourvues pour l'accueil d'adultes avec autisme. 2 ESAT reçoivent des travailleurs porteurs de TED ou d'autisme.

Implantation des structures accueillant des adultes autistes en NPDC

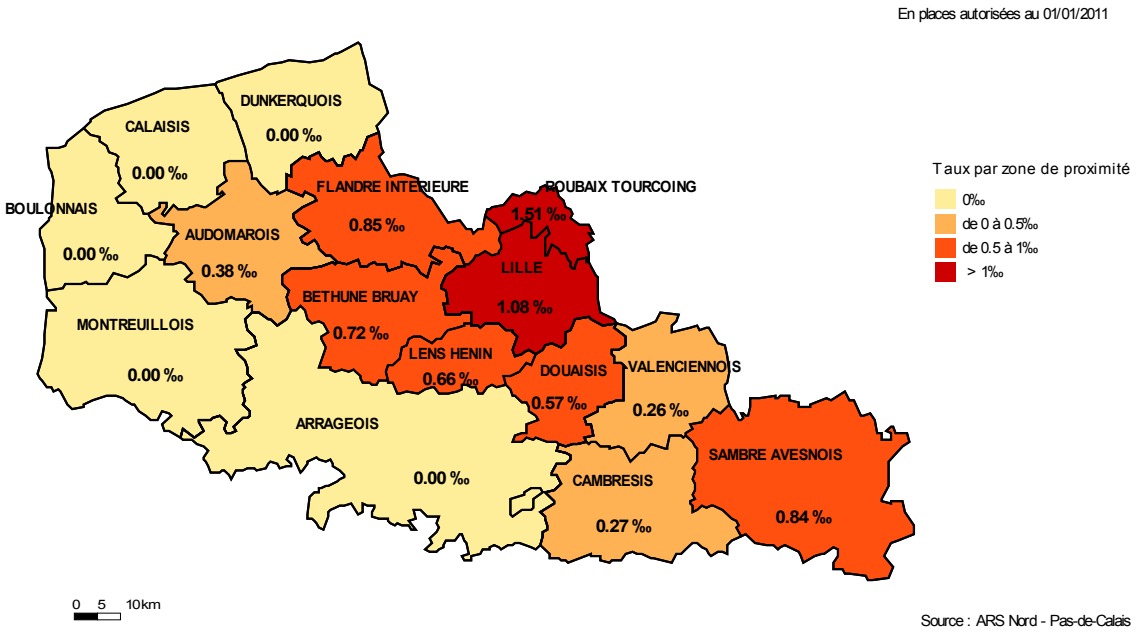


Principaux constats :

- Enfance : taux d'équipement de 0,48 places ‰ contre un taux de 0,25 ‰ au niveau national.
- Adulte : taux d'équipement supérieur au taux d'équipement national : respectivement de 0,15 places ‰ contre 0,08 ‰ au niveau national.
- fortes disparités d'équipement entre zones de proximité. Absence de places dédiées pour les enfants sur le Boulonnais et l'Audomarois. D 'autre part, l'offre n'est pas toujours complète sur chaque zone de proximité (tranches d 'âge)
- A priori, des adultes autistes sont pris en charge dans des structures non spécialisées.
- La création de structures destinées à la prise en charge exclusive d'adultes atteints de TED n'est d'ailleurs pas la seule réponse. La mise en place d'échanges de bonnes pratiques est une solution complémentaire.
- Rôle fondamental du Centre Ressources Autismes (CRA) Nord Pas de Calais. Activité supérieure à la moyenne nationale
- Indicateurs de comparaison avec le national favorables.
- Un travail de réflexion va être mené via le CRA afin :
    - de développer des antennes de diagnostics sur le territoire
    - de travailler sur la coordination des acteurs sur les territoires
    - d 'améliorer le diagnostic adulte
- D 'autre part, il est nécessaire de travailler sur l'évaluation des besoins à venir sur le champ adulte

3.1.3.2. Troubles de la conduite et du comportement

Taux d'équipements en structures accueillant des personnes atteintes de troubles de la conduite et du comportement



Principaux constats :

- Enfance : peu de dispositifs ITEP dans le PdC d'où prise en charge en Belgique ou dans les IME du département. La prise en charge dans la région est concentrée sur le territoire Lille-Flandre-Intérieure. Une large boucle s'étalant du Dunkerquois à l'Arrageois en passant par le ZP du Calaisis, du Boulonnais et du Montreuillois est totalement dépourvue de places dédiée aux enfants présentant des troubles du comportement.
- Constat d'une importante croissante des TCC comme « handicaps associés » complexifiant l'accompagnement dans la plupart des IME, IEM du département
- Expérimentation en cours sur certain territoire sur les adolescents difficiles
- Problématique forte d 'articulation avec la psychiatrie et l 'aide sociale à l 'enfance

3.1.3.3. Handicap psychique

- Des places dédiées en ESAT, FAM, MAS et SAMSAH.
- 12 GEM dans la région : 10 dans le Nord et 2 dans le Pas de Calais
  - enquête 2009 sur les personnes inadéquates en établissements de santé mentale :
    - diminution de 10% du chiffre observée entre 2008 et 2009 (44% au niveau des ESAT) mais 120 nouveaux cas toutefois dans la même période
    - La région reste en dessous du seuil national en terme d 'hospitalisations « inadéquates » en psychiatrie
- Un centre de ressources régional pour le handicap psychique est en projet, refusé faute de financement.
- Le dispositif Thempo est particulièrement dédié à l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique, la problématique de ce handicap spécifique est abordée dans le PRITH en cours d'élaboration.

3.1.3.3. Déficiences intellectuelles

Une analyse de la part des enfants ayant un retard mental léger dans les IME a été menée à partir les indicateurs médico-sociaux déclarés par les établissements pour l'année 2009. Elle a été réalisée :
- à partir des enfants déficients intellectuels pris en charge

- à partir du nombre total d'enfants en établissements.

S'agissant de la première catégorie, le taux d'enfants ne présentant qu'un retard léger sur l'ensemble des enfants déficients intellectuels se situe entre 28,11% (Flandre-intérieure) et 65,93% (Roubaix-Tourcoing). Les 5 zones de proximité du département du Pas de Calais présentant plus de 40 % d'enfants ayant un retard léger sur l'ensemble des déficients pris en charge correspond aux 5 zones les mieux équipées.
Quand on analyse à partir de la capacité totale des établissements, ces taux passent de 12,3% (Calaisis) à 55% dans l'Audomarois. Dans 8 ZP sur 15, plus d'un tiers de la capacité des IME est occupée par des enfants ne présentant qu'une déficience intellectuellement légère. Il s'avère que parmi ces 8, 7 présentent les taux d'équipement les plus importants ZP (Arrageois, Audomarois, Béthune Bruay, Lens Hénin, Montreuillois, Cambrésis, et Sambre Avesnois).
Potentiellement, ces enfants, ne présentant qu'un retard léger, pourraient « basculer » en prise en charge en milieu ordinaire à l'école couplée à l'intervention d'un SESSAD, si toutefois les problématiques sociales et environnementales de l'enfant ne constituent pas un frein à ce levier.

Les taux d'occupation mettent en avant la problématique de l'offre en internat, qui pourra être approfondie par des enquêtes complémentaires. D'autre part, il est nécessaire d'éléments complémentaires de la part des MPDH. Au regard des éléments de la MDPH du Pas de Calais les listes d'attente en établissement sont très faibles mais beaucoup plus importantes en service.

3.1.3.4. Déficiences motrices

Il est nécessaire d'accompagner les structures à l'évolution des publics (pathologies plus lourdes, troubles du comportement…) et notamment de travailler sur la prise en compte des « dys ». A priori, évolution du public présentant de plus en plus des troubles associés et moins de problèmes moteurs. Il est nécessaire de mesurer et d'évaluer cette évolution .
D'autre part, les formations dispensées auprès des personnes handicapées motrices ne sont pas toujours en adéquation avec le marché de l'emploi.

3.1.3.5. Déficiences sensorielles

Déficients auditifs :

270 places en établissements pour enfants dans le Pas de Calais, 301 dans le Nord
170 places de SAFEP, SSEFIS et SESSAD dans le Pas de Calais et 117 dans le Nord dispositifs SAVS pour les adultes dans le Nord
Réflexion en cours avec l'éducation nationale sur les PASS

Déficients visuels :

_168 places concentrées sur la métropole lilloise dt 88 pour enfants DV avec troubles associés
74 enfants suivis par SAFEP ou SAAAIS et 134 suivis par la SAAAIS de l 'ERDV (Ecole régionale pour déficience visuelle)
2 ESAT (Lille Renaissance et Wambrechies) accueillent des travailleurs adultes déficients visuels

Un centre de ressources handicap rares et un FAM pour personnes sourdes-aveugles.

3.1.3.6. Polyhandicap:

Résultats de l'enquête menée sur l'ensemble des établissements accueillant des enfants polyhandicapés dans la région, prenant en compte le type d 'accueil, les taux d 'occupation et les listes d 'attente

- des taux d'occupation très disparates d'un établissement à l'autre, d'une ZP à l'autre de 34% à 116%
- Liste d'attente régionale : 48 enfants en attente de places, 12 en internat de semaine, 2 en internat complet (mais un ASE, et un du 92)
- pas de liste d'attente sur les ZP Sambre-Avesnois, Calaisis et Lens-Hénin
- Les places d'internat fonctionnent systématiquement de façon modulable. L'internat complet et de semaine non modulé n'apparaît plus comme un besoin, une demande des familles

Synthèse diagnostic politique du handicap

Globalement, une répartition inégale sur le territoire par types de déficiences

- **d'où risque de rupture dans le parcours de prise en charge, notamment lors du passage de l'enfance à l'âge adulte.**
- **nécessité d'avoir une réflexion sur les parcours au sein du champ médico-social et sur la coordination des prises en charge**

La répartition inégale sur le territoire et la spécificité de certains handicaps interroge les niveaux de planification médico-sociale

En effet , il pourrait y avoir plusieurs niveaux pertinents d'analyse en fonction des thématiques, types d'établissements et déficiences.

Niveau de proximité	dénomination / ARS	structures PH
1	Zone de proximité	SESSAD, SAMSAH, SSIAD, IME, ESAT, , CAMSP, CMPP
2	territoire de santé	FAM, MAS , IEM ou IME en internat, ITEP, accueil temporaire, Réseaux
3	région	MAS (handicap spécifique), IEM en internat, centre-ressource, Réseaux, structures pour prise en charge spécifique
4	inter région/ national	Coopération entre établissements (Belgique) Handicaps rares

- **Concernant certains types d'établissements, notamment sur le champ adulte, il existe un décalage important entre places installées et autorisées. Il faudra mesurer l'impact des créations**

- **Travaux nécessaires sur les systèmes d 'information pour mesurer les besoins et les évolutions**

- **Problématique récurrente de l'articulation médico-sociale et sanitaire notamment sur : la psychiatrie, le SSR, la périnatalité, l'ambulatoire et la gériatrie**

3.2 Politique de gérontologie

3.2.1 Les Personnes Agées en Région Nord-Pas-de-Calais

Les personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA

La dépendance dans la région évaluée par les données de l'APA : 2% de plus qu'en France, mais 3,5% de plus pour le Pas de Calais
10,2% des plus de 60 ans perçoivent l'APA fin 2007 (9,4% dans le Nord et 11,6% dans le Pas de Calais), contre 8,3% en France[3].
La dépendance dans le Nord[4] : un risque supérieur de 40% par rapport à la France
La prévalence de la dépendance dans le Pas-de-Calais est plus marquée que dans le département du Nord.

Au 30 juin 2010, l'INSEE enregistrait 78 558 bénéficiaires de l'APA pour l'ensemble de la Région :

	Domicile	% à domicile	Etablissements hors dotation globale	Etablissements sous dotation globale	% en établs	TOTAL
59 - Nord	29462	66 %	4883	10617	34 %	**44962**
62 - Pas-de-Calais	26188	78 %	5709	1699	22 %	**33596**
REGION	55650	71 %	10592	12316	29 %	**78558**
FRANCE Au 31/12/2009	701 000	62 %	435 000		38 %	**1 136 000**

Source : enquête trimestrielle de la Drees auprès des conseils généraux, données brutes non redressées

Les bénéficiaires de l'APA vivent davantage à domicile dans le Pas de Calais (78%) que dans le Nord (66 %) et davantage en région Nord / Pas de Calais (71 %) que dans le reste de la France (61.8 %).

Problématique financière et situations de dépendance

Un rapport au parlement en 2010 montre que la part des personnes âgées de plus de 65 ans sous le seuil de pauvreté est passée de 8.6% en 2004 à 10.3% en 2008.

Pour les personnes âgées, le choix des parcours, est très fortement déterminé par des dépenses qui ne sont pas strictement "soignantes" et ne relèvent donc pas, en règle générale, de l'assurance maladie.
Le maintien à domicile dépend souvent des aides mobilisables dans le domaine social (portage des repas, aide ménagère..) et dans le domaine de l'accompagnement pour l'autonomie (APA).
L'orientation en USLD ou en maison de retraite médicalisée suppose de pouvoir faire face aux frais de la section "hébergement" et en partie à celle de la section "dépendance". Un rapport de l'IGAS a précisé cette réalité et mis en évidence que ces coûts peuvent être dissuasifs pour la personne et sa famille.
Le niveau moyen des retraites est aujourd'hui, de moitié moins inférieur au coût de l'hébergement des personnes très âgées.

3.2.2 L'offre sanitaire et médico-sociale dans le domaine des personnes âgées

[3] données DREES 2008
[4] Antonov-Zafirov P, Daubaire A, personnes âgées dépendantes à l'horizon 2015, INSEE profils n°6, septembre 2006

Les politiques publiques en faveur des personnes Agées [5] sont déclinées, depuis plusieurs années, dans différents plans nationaux successifs ou concomitants qui ont structuré l'offre de soins et de services aux personnes âgées :

- Le Plan Vieillissement et Solidarités
- Le Plan Solidarité-Grand Age 2006-2012- (PSGA)
- Le Plan ALZHEIMER 2008-2012,
- Le plan « Bien vieillir »

3.2.2.1 Dispositifs sanitaires

La filière gériatrique

En 2009, la région présente 7 filières labellisées, réparties entre 3 territoires de santé et 5 zones de proximité.
Il s'agit pour les territoires de santé des établissements supports suivants :
- le Centre Hospitalier de Boulogne/Mer pour le territoire du Littoral
- les Centres Hospitaliers de Douai et Lens pour l'Artois-Douaisis
- les Centres Hospitaliers de Seclin, de Roubaix, le GHICL (Hôpital St Vincent,'Hôpital St Philibert), et le CHRU de Lille pour le territoire de santé Métropole-Flandre Intérieure

Les sites à activité gériatrique se répartissent comme suit en 2009 :

Nombre de sites déclarés par type d'unité de gériatrie en 2009 dans la région Nord-Pas-de-Calais

Bassin de vie	CSG	EMG	Hôpital de jour	Consultations mémoire	Cs. Multidisciplinaires	SSR	Filières internes complètes
Littoral	6	4	3	5	3	7	1
Artois	6	5	4	5	7	14	2
Hainaut	6	2	0	7	2	13	0
Métropole	8	5	4	9	8	17	4
Total REGION 2009	26	16	11	27	20	48	7
Total REGION 2008	23	13	10	28	19	47	6

Source : ARS-DSEE

NB : le nombre de sites de consultations mémoire comprend les sites labellisés ou non, ainsi que les consultations avancées

Les Equipes Mobiles Gériatriques (EMG)
En 2009, 16 équipes mobiles de gériatrie fonctionnent dans la région. Les EMG sont inégalement réparties entre les zones de proximité.

Les consultations multidisciplinaires et hôpitaux de jour
En 2009, 19 établissements de la région déclarent pratiquer des consultations multidisciplinaires de gériatrie (c'est-à-dire ayant à disposition pour consulter non seulement un temps de gériatre mais aussi du personnel paramédical comme assistante sociale, neuropsychologue, diététicienne, etc… comme décrit dans la circulaire de mars 2007).

Les soins de suite gériatriques
En août 2010, ce sont 35 établissements qui se sont vus octroyer la mention « affections des personnes âgées poly pathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance » par l'ARS.

Les réseaux de santé gérontologiques
Un réseau gérontologique regroupe autour des personnes âgées dépendantes un ensemble d'intervenants aux compétences complémentaires sanitaires et sociales (professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux, établissement sanitaire de santé de proximité, SSIAD, assistante sociale) devant coordonner leurs actions au sein d'un réseau de santé.
Les réseaux de santé gérontologiques ne couvrent pas l'ensemble des zones de proximité.
Ce sont 8 zones de proximité sur 15 qui en sont dépourvues, les 8 réseaux existants ne couvrant pas la totalité des zones géographiques des 7 zones où ils sont implantés.

[5] Cf Annexe

L'hospitalisation à domicile
L'HAD se développe surtout dans la prise en charge du cancer et les prises en charge en EHPAD restent ponctuelles. A domicile ces prises en charge sont limitées en cas de problèmes sociaux ou de logements sans confort.
Une enquête régionale réalisée par la DRSM en 2008 montre que sulement 1% des prises en charge se déroulent en EHPAD.
Par ailleurs, le jour de l'enquête 22,3% des prises en charge étaient inadéquates.
15 structures HAD sont autorisées pour une totalité de 671 places (situation 2008).
Ces structures sont réparties sur l'ensemble de la région et toutes les zones de proximité sont couvertes.

Les centres de santé
Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant des soins de premier recours sans hébergement. Ces centres contribuent à faciliter l'accès aux soins notamment des personnes âgées dépendantes vivant à domicile.

Structures sanitaires créées ou renforcées dans le cadre du Plan alzheimer

- Les consultations mémoire

Chaque zone de proximité possède au moins une consultation mémoire hospitalière.
En 2009 il existe 16 consultations labellisées dont le Centre mémoire de recherche et de ressources (CM2R) du CHRU de Lille, avec 19 sites (car 3 consultations avancées).
Si on ajoute les 8 consultations non labellisées, on arrive à 24 consultations et 27 sites (soit 1,4 pour 15 000 habitants de plus de 75 ans).

- Les unités cognitivo-comportementales (UCC)

La région a pu dépasser les objectifs du plan Alzheimer avec la reconnaissance en 2010 de 12 UCC contre 7 prévues : l'ensemble des territoires de santé seront couverts.

3.2.2.2 Dispositifs médico-sociaux

En amont des dispositifs d'hébergement des personnes âgées dépendantes existe une offre de structures adaptées aux personnes âgées autonomes, qui n'ont besoin d'être aidées que de temps en temps : les EHPA, les Logements –Foyers, les Résidences Services, les Béguinages…..
Plus spécifiquement implantées en milieu rural, les MARPA (Maisons d'Accueil Rurale pour Personnes Agées) sont au nombre de 5 au 1er janvier 2010 dans la région. 2 autres MARPA devant ouvrir d'ici début 2011, offrant une capacité d'accueil globale de 108 places.

A - Les Etablissements d'Hébergement Médicalisé pour Personnes Agées Dépendantes

1 - L'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes

L'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes peut lui se réaliser dans différents types de structures : EHPAD, USLD, PUV, Logements-Foyers.

En Région Nord-Pas-de-Calais, il existe au 01/01/2011, 10 petites unités de vie autorisées bénéficiant d'un financement au titre de l'assurance maladie qui permettent d'accueillir 196 personnes.
Dans la région Nord-Pas-de-Calais l'offre de logements foyers au 01/01/2011 (tous types de gestionnaires) qui s'établit à 8539 places (dont 2357 pouvant bénéficier d'un forfait soins) se répartit comme suit :

- département du Nord : 84 structures, offrant une capacité d'accueil de 5185 places autorisées, dont 1564 pouvant faire l'objet d'un forfait soins
- département du Pas-de-Calais : 78 structures, offrant une capacité d'accueil de 3354 places autorisées, 793 d'entre elles pouvant bénéficier d'un forfait soins

Places autorisées (accueil en établissements médicalisés comme retenu au niveau national par STATIS : USLD et EHPAD)

Au 01/01/2011, la région Nord-Pas-de-Calais dispose de :

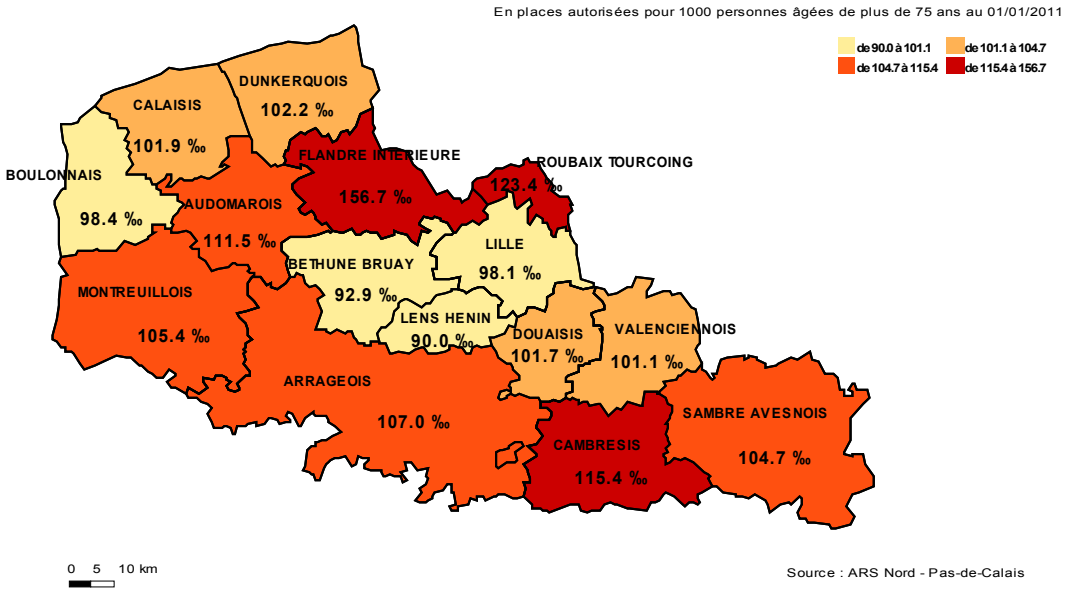
- 29 017 places autorisées d'accueil en EHPAD,
- 1640 places d'accueil en USLD[6].

De 2006 à 2010, 4045 places en EHPAD ont été autorisées, dont 2404 pour le département du Pas-de-Calais, 1641 pour le département du Nord, traduisant notamment l'effort de rattrapage envers le Pas-de-Calais.
Le département du Nord présente un taux d'équipement autorisé supérieur de prés de 11 points à celui observé dans le département du Pas-de-Calais ou dans la région : 109,45 places pour 1000 hab, contre respectivement 98,52 et 105,22 en moyenne régionale.

A relever par ailleurs de fortes inégalités entre zones de proximité :

- Pour le département du Nord : des écarts importants entre la zone de proximité la mieux équipée, celle de la Flandre-Intérieure (156,70 places pour 1000 hab), et la moins équipée, LILLE-Métropole (98,06 places)
- Pour le département du Pas-de-Calais : différentiel de plus de 21 points entre la zone de proximité la mieux pourvue, l'Audomarois à 111,54, et celle la moins équipée, LENS-HENIN à 90,02.

Taux d'équipement en hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes dans le NPDC



2 - L'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes atteintes de la maladie d'Alzheimer

En hébergement permanent, la région compte 2715 places autorisées, dont :

- 1150 pour le département du Nord
- 1565 pour le département du Pas-de-Calais

Le taux d 'équipement du département du Pas-de-Calais est de 13,88 pour 1000, soit le double de celui du Nord (6,43), pour une moyenne régionale de 9,31.

3 - L'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes de nationalité française en Belgique

L'Observatoire Franco-Belge de la Santé dans son rapport de 2005 évaluait à **1575 le nombre de personnes âgées françaises** hébergées dans 106 établissements collectifs wallons.

[6] Financement relevant du champ sanitaire

B- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes âgées

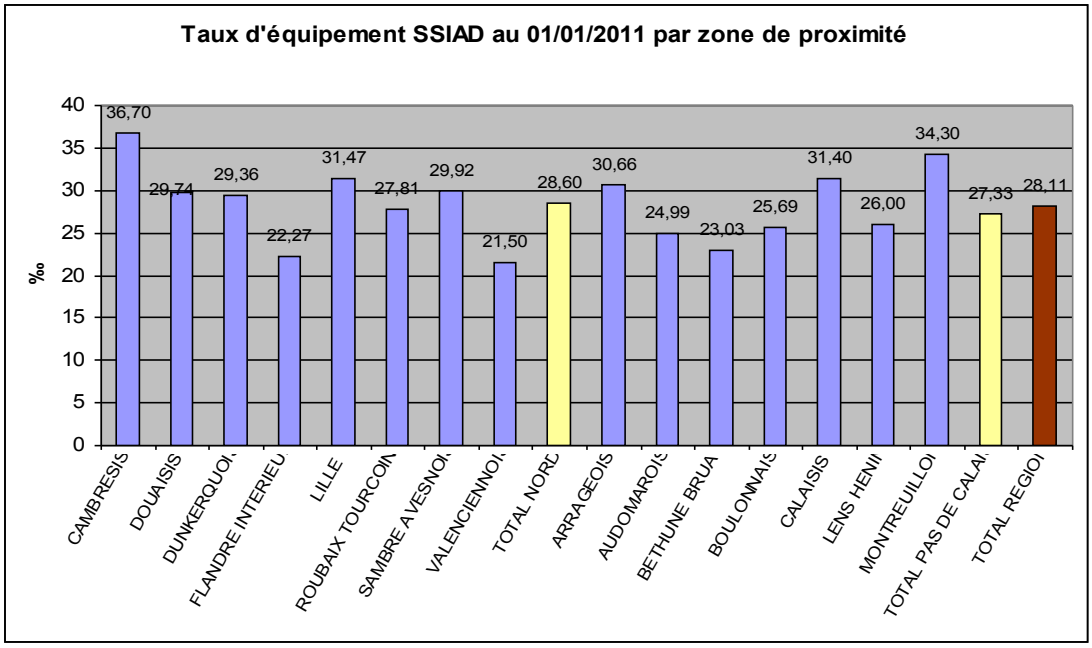
Evolution et répartition

Une augmentation importante et récente des capacités régionales : 2 074 places soit + 33% en 3 ans dont 1055 en 2010

- Au 1er janvier 2011, les 116 SSIAD de la région comptent 8190 places autorisées, soit un taux d 'équipement de 28.11 ‰.
- Un écart entre le Nord et le Pas-de-Calais encore prégnant mais qui se réduit: 28.6‰ pour le Nord contre 27.3 ‰ 3 pour le Pas-de-Calais
- Des écarts importants et une répartition inégale entre les zones de proximité :
  - Parmi les moins équipées, le Valenciennois (21.5‰) suivi de la Flandre Intérieure (22.27) et de Béthune Bruay (23.03)
  - Parmi les plus dotées, le Cambrésis avec 36.7‰ et le Montreuillois avec 34.3‰

Une offre de service globalement insuffisante

- En 2009 : 1 974 demandes non satisfaites contre 1800 en 2007 : Les demandes ne pouvant être satisfaites évoluent plus rapidement que les places autorisées (environ 1000 places autorisées sur la même période).
- L 'écart entre les places autorisées et les places installées tend à se réduire



3.2.2.3 Les données financières de l'offre médico-sociale

L'effort consacré aux personnes âgées de 75 ans et plus dans la région Nord-Pas-de-Calais a été en constante augmentation de 2006 à 2009[7].

Enveloppe notifiée par la CNSA pour la région en 2010 :

- 415 300 000 €, soit 1425 € par habitant âgée de 75 ans et +
- part inférieure au niveau national qui est de 1539 € /personne.

[7] Cf graphique en annexe

De fortes disparités entre zones de proximité (de 930 à 2300€), correspondant à celles observées dans l 'analyse des taux d'équipement globaux.

Les moins « dotés » :
Territoire : Artois-Douaisis
ZP : Béthune – Bruay, Calaisis, Lens Hénin, Boulonnais, Audomarois

Les «mieux dotés » :
Territoire : Métropole
ZP : Flandre intérieur, Roubaix- Tourcoing, Cambrésis

3.2.3 Thématiques spécifiques

3.2.3.1 L'accompagnement à domicile des personnes âgées

Éléments de cadrage :

- 92% des plus de 75 ans vivent à domicile (part légèrement supérieure à celle de la France : 90 %)

- Rester à domicile est un souhait largement exprimé

Dans le Nord et le Pas-de-Calais :

- Respectivement, 9.4% et 11.6% des plus de 60 ans perçoivent l 'Allocation Personnalisé d 'Autonomie (APA) soit 76 500 personnes
- 66.3% personnes dans le Nord et 78.1% personnes dans le Pas de Calais bénéficient de l 'APA à domicile

A - Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Des besoins de prise en charge évolutifs

- Un population accueillie par les SSIAD de plus en plus en dépendantes physiquement et psychiquement :

  - En 2006, un GMP évalué à 700
  - Le niveau moyen de dépendance plus important dans le Pas-de-Calais que dans le Nord : 729 contre 684

- Une proportion croissante des personnes atteintes de la maladie d 'Alzheimer ou pathologies apparentées parmi le public accueilli

- De plus en plus, les SSIAD sont confrontés à des besoins d 'accompagnement de personnes en fin de vie : 1.23% en 2010

Une offre de service jusqu'à présent globalement insuffisante

- *Quantitativement* : liée à une augmentation générale du nombre des personnes âgées dépendantes, et notamment celles qui vivent à domicile

- *Qualitativement* :
  - Difficultés à répondre aux besoins en soins, les soirs et week-ends
  - Appel limité à des intervenants libéraux pour raisons financières
  - Difficultés liées à la prise en charge des « cas lourds »
  - Évaluation de l 'adéquation au « bon » service et organisation des relais (articulation avec l 'HAD, l 'hôpital, les EHPAD…)

Des difficultés financières persistantes

- Un coût moyen à la place régional inférieur au coût de référence national mais cet écart se réduit.

- Cet écart reste davantage marqué dans le Pas-de-Calais qui a une dotation moyenne en 2010 de 10 060 € contre 10 500 € pour le Nord
- Un tiers des SSIAD enregistre un résultat déficitaire en 2009. Les dépenses par places sont plus importantes en zone mixte ou rurale

Facteurs explicatifs :
- Perte d 'autonomie de plus en plus importante et de ce fait, besoins accrus en soins infirmiers
- Déplacements plus longs dans les zones rurales et à faible densité
- Les salaires des professionnels (ancienneté moyenne des IDE et IDEC dans les SSIAD en zone mixte…)

Evolutions des services de soins infirmiers à domicile

- Les SPASAD (3 dans le Pas-de-Calais / Pas d 'autorisation à ce jour dans le Nord)
  - Reconnaissance juridique de pratiques préexistantes dont le développement s'intensifie sur les territoires
  - Permet de proposer des projets individuels d'aide et d'accompagnement sur la base d'une évaluation interdisciplinaire, qualité et efficience de l'aide apportée à la personne âgée
  - Valorisé pour la gestion des équipes spécialisées Alzheimer (ESAD)
  - Dispositif peu développé car méconnu et dénomination juridique sans incitation financière

- Le déploiement des équipes spécialisées Alzheimer :
  - Elles offrent des prestations nouvelles de soins et d 'accompagnement et de réhabilitation à domicile pour les malades de type Alzheimer ou apparentés
  - Au nombre de 9 en 2010
  - Généralisation prévue d 'ici 2012 pour atteindre la cible de 27

Autres acteurs de soins à domicile

En dehors du secteur libéral, se développent à proximité du domicile d'autres modalités de prise en charge des soins et notamment en direction des personnes âgées.

Evolution de l'HAD :
Les relations restent parfois difficiles entre les SSIAD et les structures d'hospitalisation à domicile. L'arrivée de l'HAD a parfois été vécue avec défiance par les services préexistants dans la mesure où ce service s'intercale entre l'hospitalisation classique et les SSIAD. Le recours à ces différents services répond parfois à des critères financiers ou de solvabilité des personnes âgées.

Les Equipes Mobiles Gériatriques (EMG)
Les EMG sont inégalement réparties entre les zones de proximité. Or, le travail de proximité autour de la personne destiné à faciliter son parcours suppose une EMG dans au moins chaque zone de proximité.
Sur les modalités d'intervention, seuls deux établissements de santé ont une EMG qui réalise des visites à domicile. D'autres permettent ponctuellement à l'assistante sociale et/ou l'ergothérapeute de faire des visites à domicile pour préparer les sorties.

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

Au 17/06/2010, le département du Nord comptait 71 services autorisés sur les 178 existants soit 1 pour 2448 personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus. Dans le Pas-de-Calais, 79 services sont autorisés sur les 183 existants.

Synthèse :

- Une augmentation importante des capacités et des demandes « non satisfaites » qui continuent à augmenter
- Besoin de régulation des difficultés financières de certains SSIAD (prise en compte des besoins en soins des personnes, des problématiques des zones rurales, GVT….)
- Nécessité de veille et amélioration des effectifs en personnels en lien avec les problématiques des densités des professionnels de santé, la permanence des soins et les difficultés financières des SSIAD
- Evolution des besoins de prise en charge (dépendance accrue, alzheimer, fin de vie, complexité des situations, interdisciplinarité …)
- Déploiement des équipes spécialisées pour la prise en charge Alzheimer – couverture régionale suivant données ALD
- Développement et articulation des interventions des acteurs de soins à domicile (HAD, SSIAD, médecine de Ville),
- Coordination avec les structures hospitalières (urgences, CSG, SSR...)
- Coordination des intervenants à domicile et développement des coopérations (SAAD, APA, CCAS, CLIC, MAIA…)

3.2.3.2 Prise en charge des personnes atteintes de la maladie Alzheimer et de troubles apparentés

A- Equipes Spécialisées Alzheimer à Domicile : premières prestations de soins de réhabilitation à domicile pour malades Alzheimer

On estime que près de 400 000 personnes en affections de longue durée sont atteintes par la maladie d'Alzheimer (ALD 15 : maladie d'Alzheimer et autres démences et ALD 30 : maladie psychique), et que 70% des personnes atteintes vivent à domicile et ont besoin d'aide, la maladie d'Alzheimer constituant la principale cause d'entrée en institution.

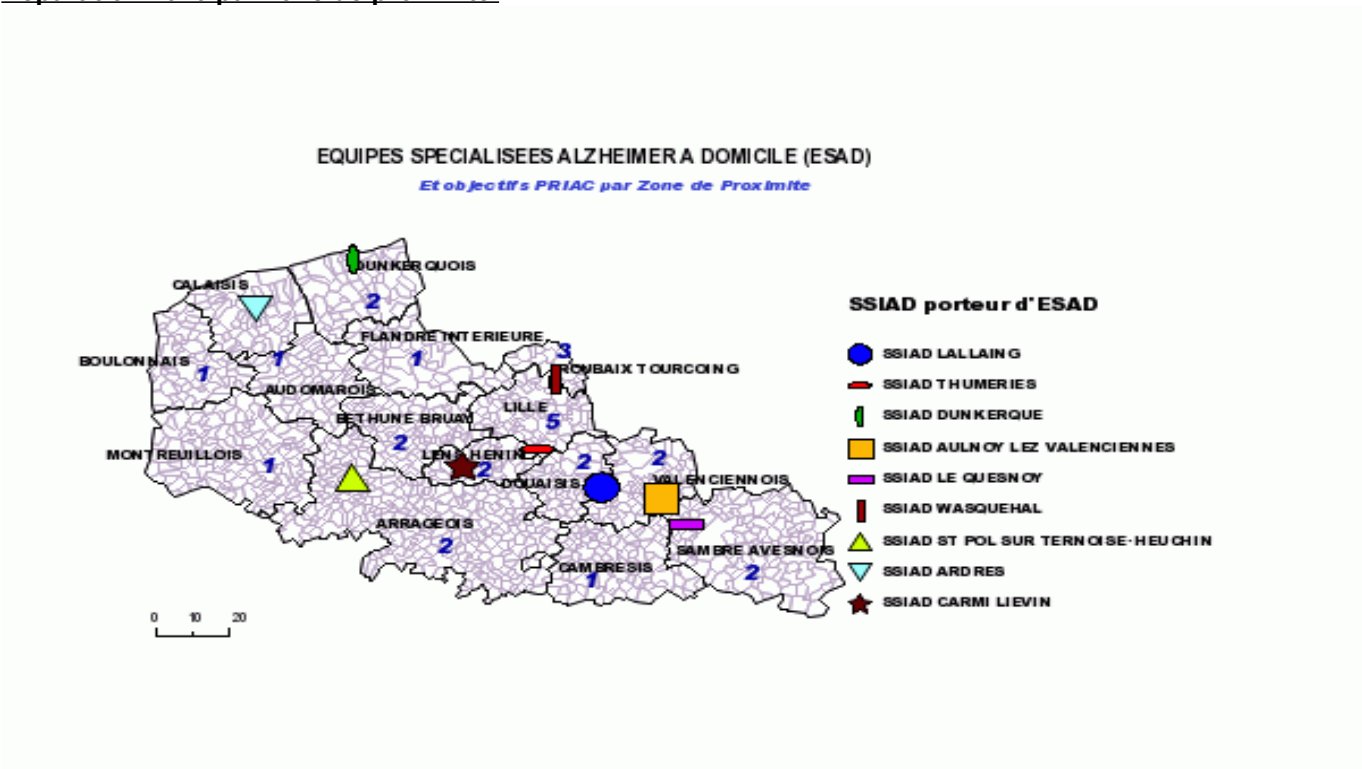
Le Plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la création de 500 équipes spécialisées pour 2012, soit 5 000 places de services à domicile, réparties équitablement sur le territoire. Pour la région, 27 équipes sont programmées d'ici fin 2012 à raison de 9 équipes par an, chaque équipe de SSIAD spécialisé correspondant à 10 places de SSIAD : 9 équipes autorisées en 2010

Il s'agit de proposer dès le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et durant la maladie, une éducation thérapeutique, un bilan d'adaptation du logement et de mettre en place des soins de réhabilitation et de stimulation cognitive.
L'équipe spécialisée est constituée d'aide-soignante ou AMP ayant suivi une formation spécifique à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et ayant vocation à suivre celle d'assistant de soins en gérontologie, d 'ergothérapeute ou de psychomotricien et d 'une infirmière coordinatrice

En 2009, à l'issue de l'appel à candidature, ont été retenus pour la région 2 porteurs de projets :

- département du Nord : l'ASSAD à Dunkerque
- département du Pas-de-Calais : la CARMI à Bully les Mines

Répartition 2010 par zone de proximité



Les freins à la mise en œuvre du déploiement :

- La capacité : la capacité minimale fixée à 60 places pour le porteur de projet a constitué l'un des obstacles majeurs au dépôt de candidature
- L'aire géographique d'intervention : les équipes spécialisées ont vocation à couvrir une zone géographique plus ou moins étendue, voire le département pour la réalisation de la prestation.
- La « mutualisation » des aires géographiques est difficile à mettre en place :

La mise en œuvre effective de partenariats formalisés : des partenariats doivent être spécifiquement développés avec les autres SSIAD du territoire pour permettre la délivrance de la prestation à leurs malades

- Méconnaissance du dispositif : phase expérimentale méconnue par les gestionnaires

Perspectives

- poursuite du plan prévisionnel de déploiement des équipes sur le territoire régional 2010, 2011, 2012.
- Préparation d'un appel à projet à partir du cahier des charges national pour une répartition équitable de 27 équipes fin 2012

B-Les structures de répit : Plateformes et formules innovantes de répit

Les plateformes de répit

- Les plateformes de répit offrent sur un même territoire toute une palette de formules (accueil de jour, garde de nuit, répit à domicile, séjours de vacances, rencontres d 'aidants…)
- Sur les 11 expérimentations suivies par la CNSA, une se situe en région (l 'APAPAD de Dunkerque)

Les formules innovantes de répit suivies pour « modélisation »

- Sur les 18 projets de répit sélectionnés par la CNSA, 2 sont dans la région:
  - APAPAD - CLIC Moulin des Flandres de Dunkerque qui propose une présence continue d 'un professionnel au domicile
  - ASSAD 59 de Dunkerque qui propose une garde à domicile de nuit

La souplesse et la diversification des services proposés répondent davantage aux besoins et attentes des aidés et aidants.
Déploiement à prévoir en 2011 sur les territoires

C - L'Accueil de jour (AJ), l'Hébergement Temporaire (HT)

Une recomposition à mener

La circulaire DGCS/A3/2010/78 du 25 février 20101 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer, prévoit que la capacité minimale des accueils de jour dédiés à la prise en charge des personnes âgées est de 6 places lorsque l'accueil de jour est adossé à un EHPAD (le seuil est de 10 places lorsqu'il s'agit d'un accueil de jour autonome).
Un décret est attendu, qui doit préciser les modalités et calendrier d'application des dispositions énoncées par cette circulaire.

Un frein à l'installation effective de l'offre, souvent avancé, est le reste à charge de la personne ou de sa famille jugé par les intéressés trop élevé, malgré les aides financières apportées par l'assurance maladie et les départements.

Déjà le département du Pas-de-Calais, dans le cadre de sa stratégie départementale d'aide aux aidants (validée par l'Assemblée Plénière du Conseil Général le 20 septembre 2010), souhaite l'application des normes capacitaires pour l'accueil de jour évoquées par la circulaire précitée.

Par ailleurs, le département du Nord a missionné ses services afin de mener une évaluation du dispositif départemental d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

L'enquête nationale

- Les premiers résultats de l'enquête nationale "mauve" (accueil de jour, hébergement temporaire) montrent que les places d'accueil de jour sont occupées à 95% par des personnes âgées atteintes par la maladie d'Alzheimer.
- Le taux d'occupation calculé sur une semaine de référence est de 75% pour l 'ensemble des unités et de 85% pour les seuls AJ autonomes

L'enquête régionale AJ

- Pour la région Nord-Pas-de-Calais, ce sont actuellement 65 établissements dont le nombre de places autorisées en accueil de jour ne respecte pas les nouvelles normes capacitaires
- Une enquête a été menée auprès de 45 établissements dont la mise aux normes par augmentation des places relève d'une extension de faible capacité (EFC) dont 31 pour le département du Nord, et 14 pour celui du Pas-de-Calais

Les freins au développement de l'offre AJ/HT…

- ✓ Capacités des AJ pour PA : capacités installées très inférieures à celles autorisées, capacités autorisées inférieures à celles préconisées par la circulaire du 25/02/2010 ne facilitant pas l'installation effective
- ✓ Cadre bâti ne permettant pas une bonne prise en charge
- ✓ Organisation du transport :.l'organisation du transport par le titulaire de l'autorisation ou son l'indemnisation restent un obstacle au fonctionnement effectif de l'AJ
- ✓ Reste à charge des familles jugé trop élevé
- ✓ Barrières psychologiques des familles : sentiment d'abandon du proche
- ✓ Déficit de connaissance du dispositif

… et ses perspectives

- ✓ Mise aux normes nécessaire, répartition territoriale à revoir
- ✓ Mutualisation des moyens à développer (entente entre gestionnaires détenteurs d'autorisation)

- ✓ Développement d'autres formes d'AJ (ex : AJ itinérant)
- ✓ Autres types de prise en charge à envisager : l'accueil de nuit, l'accueil d'urgence, le « baluchonnage »
- ✓ Texte (décret) en attente de publication
- ✓ Etude conjointe CG-ARS à mener pour mise aux normes capacitaires des autorisations existantes
- ✓ Prise en compte des positionnements des Conseils Généraux

D-Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés, Les Unités d'Hébergement Renforcées

La mesure 16 du Plan Alzheimer prévoit la création de deux types de dispositifs au sein des EHPAD afin d'adapter l'accueil en établissement à la spécificité de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.
Il s'agit :
- des PASA, proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés (12 à 14 personnes), des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement adapté à leurs besoins ;
- des UHR pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités les accueillant nuit et jour, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités et de soins.

Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)

L'objectif national pour la région d'ici 2012 (fixé par circulaire du 7 janvier 2010) est la création de 16 UHR, dont 7 en EHPAD dans un centre hospitalier et 9 en USLD.

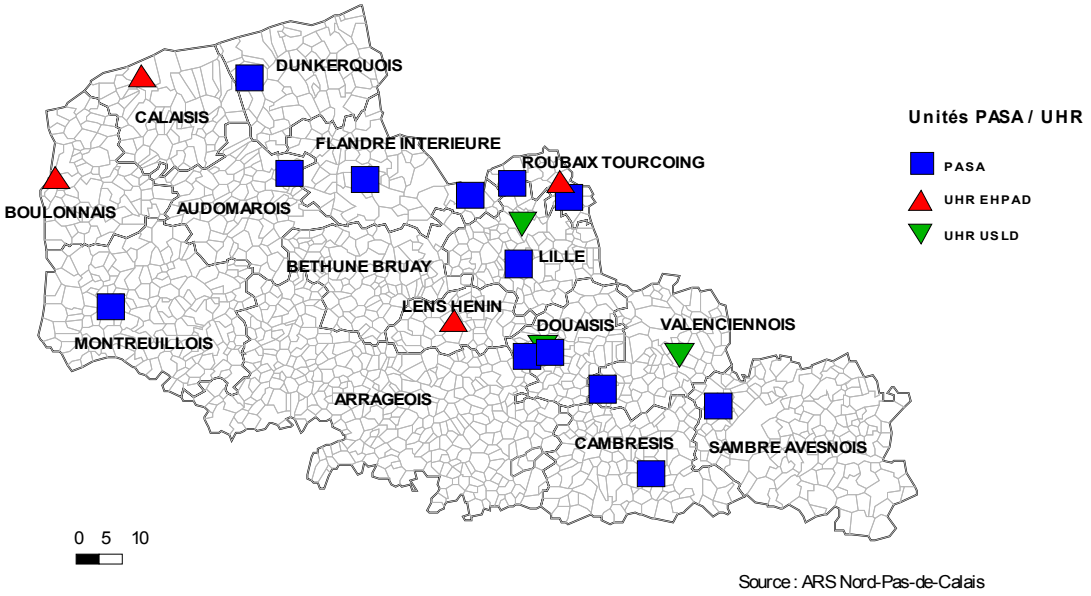
Labellisation 2010 : 7 UHR labellisées en 2010

- USLD du CH de Douai, USLD du CHRU de Lille, USLD du CH de Valenciennes
- EHPAD du CH Boulogne, du CH de Calais, du CH de Lens, du CH de Tourcoing

Les Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)

Un objectif d'installation de 94 PASA dans la région d'ici 2012, soit 1324 places.
Labellisation 2010 : 15 PASA labellisés en 2010, 5 dossiers en sus ayant reçus un accord de principe

Implantation des unités PASA et UHR labellisées en 2010 dans le NPDC



Des freins constatés à la mise en œuvre :

- Le cadre bâti
  - l'établissement n'a pas de locaux disponibles
  - l'établissement est en cours de reconstruction
  - la réflexion sur les locaux n'est pas achevée
- Le projet d'accompagnement
  - - des promoteurs proposent d'inclure le PASA dans les locaux de l'Unité de Vie Alzheimer existante au sein de la structure
  - sont proposés des espaces communs pour le PASA et l'UHR, lorsqu'une demande concerne les deux types de structure
  - le projet d'accompagnement des résidents et le sens du PASA ne sont pas réfléchis
- Le financement des UHR en EHPAD (base PATHOS)
- Moyens en personnel à déployer

Synthèse de l'offre de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d' ALZHEIMER

L'offre actuelle : 3516 places autorisées au 01/01/2011 réparties comme suit :

- 2715 places en hébergement permanent
- 82 places d'hébergement temporaire
- 719 places d'accueil de jour
- 7 UHR labellisées en 2010
- 15 PASA labellisés en 2010
- 9 équipes spécialisées Alzheimer à domicile *(ESA)*

NB : dispositifs complétés par 2 MAIA expérimentales en 2009-2010, 2 MAIA supplémentaires en 2011, et l'expérimentation des formules de répit

Tous modes d'accueil confondus, le territoire de santé Artois-Douaisis présente le taux d'équipement le plus élevé (15,49 places pour 1000), le territoire Métropole-Flandre Intérieure étant le moins doté (9,57).

Les perspectives :
- Installer à échéance du Plan Alzheimer l'offre de service prévue
- Recomposer dans l'équité territoriale le dispositif d'accueil de jour

Continuité des parcours, qualité de la prise en charge

A - La coordination

La coordination a pour objectif de répondre au souhait de promouvoir pour les personnes âgées en perte d'autonomie, un parcours individuel qui soit à la fois continu, diversifié, flexible et adapté aux changements de situations dans le respect de l'autonomie des personnes, avec un accompagnement personnalisé

1- Dispositifs spécifiques

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC)
Les CLIC constituent des lieux d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation pour les personnes âgées et/ou leur entourage.

- une couverture régionale assurée
- une organisation territoriale conforme au découpage adopté dans le Pas-de-Calais (1 CLIC pour chacun des 9 territoires)
- une implantation, une couverture plus diversifiée pour le département du Nord (30 CLIC avec zones géographiques d'intervention moins étendues)

Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
Expérimentées dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012, les MAIA sont des dispositifs de proximité construits pour simplifier le parcours des personnes malades et de leurs aidants sur un territoire donné. Elles proposent :
- une réponse harmonisée quelle que soit la structure à laquelle on s'adresse dans le dispositif MAIA,
- une réponse complète puisque la MAIA peut proposer toutes les prestations et services disponibles,
- une réponse adaptée à la demande : informations, orientation, mise en place de soins, services ou prestations.
Pour les situations plus complexes, elles proposent un accompagnement individualisé par un « gestionnaire de cas ».

En 2009, sur les 17 expérimentations sur le territoire national, 2 se sont déployées dans la région portés par :

- CLIC du Montreuillois/ Conseil Général du Pas-de-Calais visant les personnes âgées, handicapées, souffrant de la maladie d 'Alzheimer
- CLIC EOLLIS de Phalempin visant les malades Alzheimer

Cette expérimentation a mis en évidence :

- Les difficultés vécues par les malades à domicile
- Le besoin de temps pour fédérer les intervenants autour de ces problématiques de territoire
- Les aspects nécessaires à l 'action et les bénéfices émergents

Les perspectives sur le territoire régional
Généralisation progressive avec l 'installation de 40 nouveaux sites en 2011, 100 en 2012 et couverture totale du territoire en 2013-2014
Pour 2011, 2 nouvelles MAIA pourront être implantées dans la région (circulaire DGCS du 13 janvier 2011).
Parallèlement, un accompagnement des expérimentations en cours est prévue en vue de l'intégration du dispositif de droit commun (respect du cahier des charges)

2- L'articulation sanitaire/médico-social

Partenariats et conventionnements

- Existence de partenariats implicites ou formalisés entre les acteurs de la prise en charge des personnes âgées

- Nécessité de poursuivre et d'élargir les conventionnements entre sanitaire et médico-social
- Nécessaire coordination entre structures sanitaires et médico-sociales pour la mise en oeuvre du plan Alzheimer : liens à formaliser entre UCC et SSIAD Alzheimer, UCC et UHR, UHR et SSIAD Alzheimer, avec les filières de gériatrie.
- Planification de l'ensemble des activités par territoire pour une offre équitable.
- Nécessité de procéder sur le long terme à une analyse des parcours par territoire, afin d 'identifier les dysfonctionnements locaux (offre/besoins, coordination, pratiques, acteurs du système de santé)

Formation des personnels
Le développement d'une culture commune en matière de formation s'est traduit par la mise en œuvre de formations communes établissements sanitaires/EHPAD, sur des thèmes diversifiés : gestion des risques infectieux, la nutrition, la chute, la démence….

B – L'accompagnement de fin de vie

Plusieurs constats
- Augmentation des décès se produisant de plus en plus à un âge très avancé
- 11.5% des décès ont lieu dans un EHPAD, 57.5% en hôpital ou clinique et 26% au domicile

Nécessité de développer la prise en charge palliative en établissements et services médico-sociaux mais des obstacles :
- La carence des infirmières de nuit, particulièrement dans les structures de petite taille
- Déficit de formation des personnels soignants

Besoins
- Poursuivre le renforcement du soutien et de la formation des personnels intervenant au domicile et en EHPAD
- Généraliser les protocoles d 'accompagnement et de soins palliatifs
- Rapprocher ces structures avec les établissements de santé disposant d 'équipes spécialisées par le biais de convention avec les services de soins palliatifs

C - Adaptation des qualifications des personnels aux besoins de prise en charge

Des difficultés de recrutements de professionnels

- Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées connaissent des difficultés particulières et persistantes à recruter des médecins coordonnateurs, gériatres, aides soignants, des professionnels spécialisés (ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, psychologues,,,).
- Les postes restant vacants ou les emplois occupés par des personnes « faisant fonction» en sont le témoin

Des métiers en évolution
- *l'Assistant de Soins en Gérontologie (ASG)*
- *Les gestionnaires de cas (MAIA)*

D - Risques infectieux en EHPAD

Le respect des règles d'hygiène en EHPAD avec en corrélation la réduction des risques infectieux est un des composants de l'amélioration de la qualité de prise en charge.
Les conventions tripartites doivent comporter cet axe d'amélioration, qui passe par son inscription au projet médical de la structure, ainsi qu'au plan de formation des personnels.

Les personnels des structures médico-sociales peuvent parfois bénéficier des formations dispensées au sein des établissements hospitaliers (hygiène hospitalière, lutte contre les maladies nosocomiales…).

3.3. Politique de lutte contre les addictions

3.3.1. ELEMENTS DE CADRAGE DU CHAMP DE L'ADDICTOLOGIE

3.3.1.1 Les différentes approches des pratiques addictives

Les pratiques addictives[8] concernent les addictions identifiables à l'usage d'une substance psycho active ou d'un comportement.
On constate par ailleurs l'émergence de nouvelles addictions, dites « sans substance » ou « comportementales » (troubles du comportement alimentaire, pratique du jeu, comportements compulsifs non contrôlés).
Les addictions se caractérisent également par :
- L'impossibilité répétée de contrôler un comportement ;
- La poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

3.3.1.2 Un champ de réflexion et de travail enrichi d'outils de planification régionaux[9]

Un cadre national et interministériel complet et diversifié intégrant une dynamique globale et transversale des interventions à travers :
- Plan de prévention et de prise en charge des addictions 2007-2011
- Plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2007-2011
- Plans cancer, périnatalité, nutrition santé
- Plans VIH/SIDA et les IST 2010-2014, Hépatites B et C
- Plan de santé des détenus 2010-2014
- Loi du 9 aout 2004 relative à la politique de santé publique : fait de la prévention et de la protection de la santé des populations un axe fort.

Enrichi d'outils de planification régionaux
Plan régional de santé publique – Volet « Pratiques addictives » 2007-2011
- Programme régional d'accès à la prévention et aux soins II
Elaborés sur la base du constat d'un lien fort entre la situation économique et sociale d'un individu et son état de santé
- Schéma régional médico-social d'addictologie (2008-2011)
- Volet addictologie du SROS III (2007-2011)

3.3.1.3 La commission régionale addictions[10] : une instance de concertation et d'information

Cette commission constitue un lieu d'échange et d'information dans le champ de l'addictologie en ce qui concerne le dispositif de prise en charge et les pratiques professionnelles.
Son rôle est de permettre une meilleure articulation entre les secteurs sanitaires, médico-social, associatif et la médecine de ville afin de mettre en œuvre une politique régionale en addictologie coordonnée et planifiée.
Elle est intervenue tout au long du processus d'élaboration, de suivi et d'évaluation du schéma régional d'addictologie 2009-2011.

[8] Documentation 1
[9] Documentation 2
[10] Définie par la circulaire DGS 79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie – Composition en documentation

Des groupes de travail thématiques poursuivent actuellement leurs réflexions autour des problématiques suivantes :

- Les traitements de substitution aux opiacés,
- La formation, recherche, évaluation,
- Les nouvelles approches en addictologie relatives aux publics jeunes,
- La profession infirmier spécialisé en addictologie,
- Les filières dans le parcours des patients parmi les différents niveaux de prise en charge,
- L'accompagnement des structures dans la mise en place des outils de la loi 2002-2.

Les présents travaux de diagnostic, puis de définition des orientations et des grandes priorités dans le champ des addictions feront l'objet d'une information en vue d'une validation par la Commission régionale addictions.

3.3.2 - LE CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE DE L'ADDICTOLOGIE REGIONALE

3.3.2.1 La région est fortement impactée par les problématiques liées aux addictions[11].

Deux causes principales de décès : cancers 29% et maladies cardio-vasculaires 27% par an dont 24% imputables au tabagisme et 5% à l'alcoolisme

Plus forts taux de mortalité liée aux cirrhoses alcooliques ou aux cancers du larynx, de la trachée, des bronches et poumons, malgré une tendance à la baisse de la mortalité.

- Accuse un retard / national : différentiel de +10 points (hommes) et +9 points (femmes) avec la région la plus proche pour le taux de mortalité imputable à l'alcool
- Une surmortalité régionale qui s'accentue ; le Pas de calais plus fortement marqué ; des disparités infrarégionales
- La population féminine surreprésentée pour les deux causes de décès
- 2ème région la plus touchée par la mortalité liée aux surdoses pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans

Prévalence du VIH/SIDA et Hépatite C moindre du fait d'actions de prévention et de pratiques de consommation différentes

3.3.2.2 L'évolution des pratiques de consommation et de comportements plutôt favorable laisse espérer une amélioration de l'état de santé de la population[12]

- Les données issues des enquêtes de déclaration de consommation des **jeunes de 17 ans** traduisent une **évolution plutôt positive** avec inversion de tendance pour les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis laissant espérer une amélioration de l'état de santé (sources ESCAPAD 2009 ILIAD 2009)
- Par contre, la **consommation moyenne reste préoccupante chez les adultes**
- On observe un écart entre les 2 départements, le **Pas de Calais étant davantage concerné** que le Nord
- Les pratiques de consommation sont plus **fréquentes chez les usagers des structures d'accueil spécialisées** confrontés aux conduites addictives, traduisant davantage de difficultés et de mal être dans la région
- Des **comorbidités** sont observées, notamment en **psychiatrie**, associées à des **poly consommations** entrainant une lourdeur et une complexité de la prise en charge
- Des facteurs socio économiques régionaux influençant l'état de santé
- L'effet transfrontalier de la région porte sur les données statistiques d'usage ou détention de produits psycho actifs et peut favoriser les pratiques de consommation
- Si on note une amélioration pour une part de la population, des comportements de consommation excessifs et plus à risques qu'au niveau national persistent malgré tout chez certains usagers qui échappent aux actions d'information et de prévention

[11] Documentation 4

[12] Documentation 5

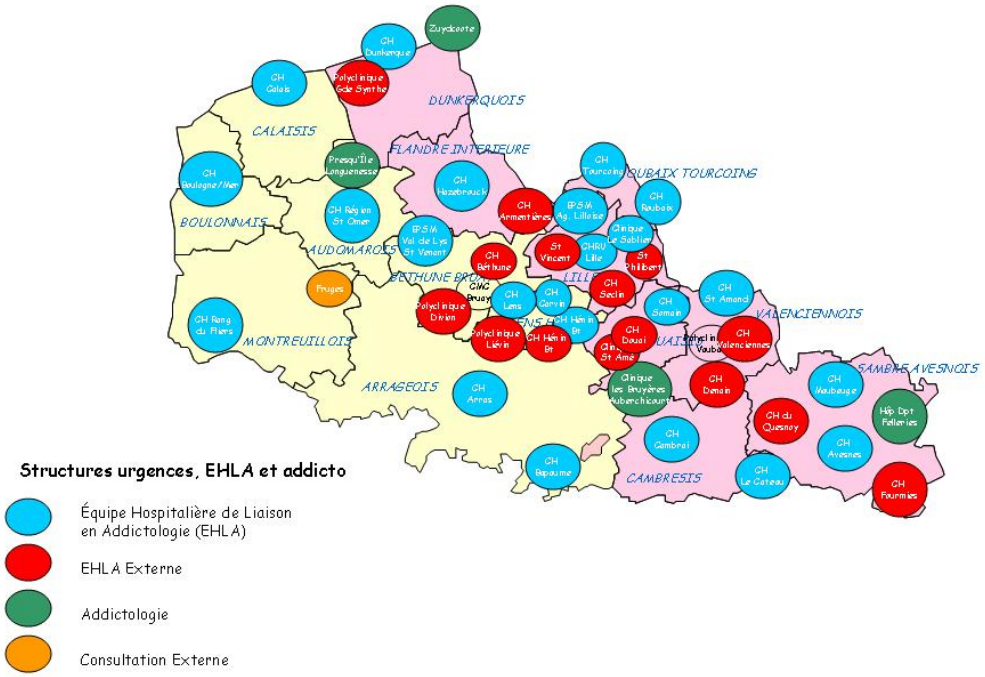
3.3.3 - L'ORGANISATION REGIONALE DE l'OFFRE DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

3.3.3.1 Structuration du parcours de l'usager

Aujourd'hui, sur les différents territoires de la région Nord Pas de Calais, les personnes confrontées à des difficultés d'usage ou de pratiques ont la possibilité de rencontrer différents types d'intervenants, à la fois pour améliorer leur état de santé et favoriser une réadaptation à la vie personnelle, familiale et sociale grâce à :
- des interventions de prévention, faites dans les milieux de vie, par des intervenants généralistes ou spécialisés dans le domaine de l'addictologie, avec l'appui d'associations.
- un système de soins lourds, qui comprend le dispositif hospitalier, avec ses différentes formes d'accueil, hospitalisation complète de court ou moyen séjour, hospitalisation à temps partiel de nuit ou de jour, consultations externes et activité de liaison pour les personnes se présentant pour un autre motif qu'une demande d'aide spécifique dans le domaine des addictions.
- un système de soins ambulatoires, avec les professionnels de santé de ville et les structures de prise en charge médico-sociale, pour l'accueil de proximité et les interventions précoces pluridisciplinaires médico-psycho-socio-éducatives et l'accompagnement sur le long terme.

3.3.3.2. l'offre de soins et la prise en charge sanitaire

Dispositif sanitaire d'addictologie au 30 septembre 2010

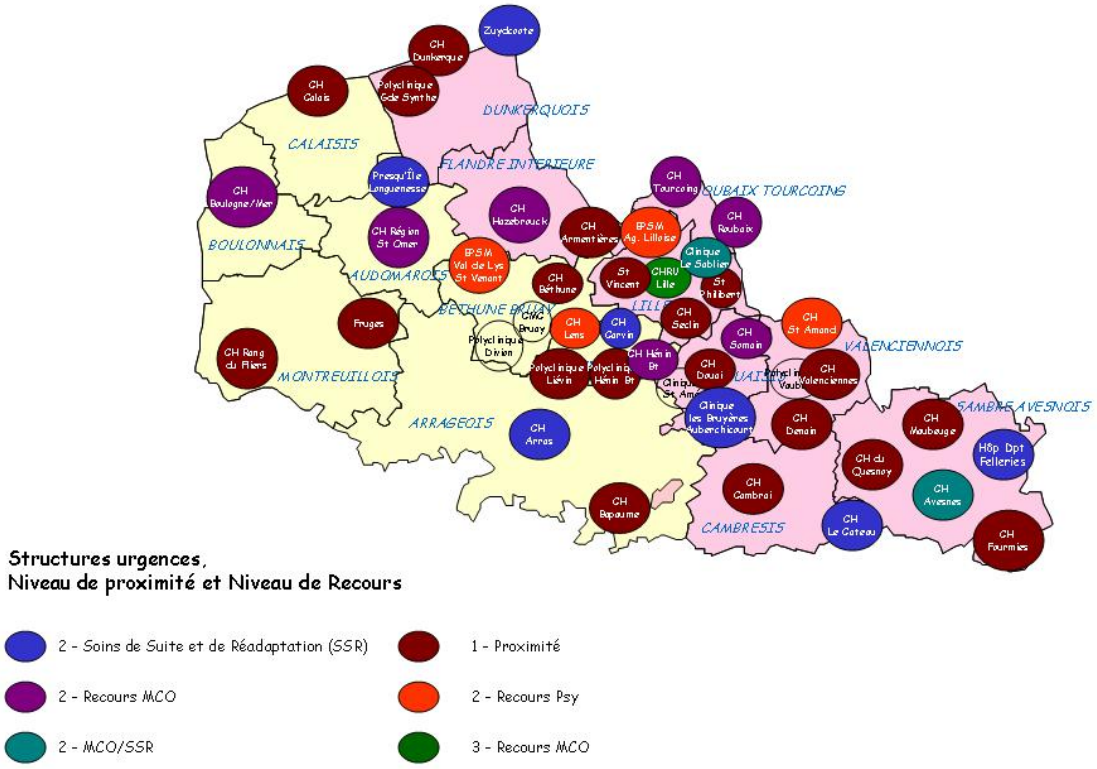


- ✓ Chaque hôpital de la région, doté d'un service d'urgence, constitue un niveau de soins de proximité (Niv1) : avec des consultations hospitalières d'addictologie, une équipe hospitalière de liaison en addictologie (EHLA), la possibilité de mettre en œuvre un suivi médical et un sevrage simple
- ✓ La région dispose d'1 service d'addictologie pour 500 000 habitants (Niv2), comme le prévoit le plan, organisé sur un ou plusieurs territoires de santé et offrant un court séjour d'addictologie, de l'hospitalisation de jour, des consultations, un SSR

- ✓ Le CHR de Lille (Niv3) constitue le centre de référence, formation, recherche et coordination régionale en addictologie

- ✓ Soit : 23 Equipes hospitalières de liaison en addictologie
  - 15 Equipes hospitalières de liaison en addictologie externe
  - 4 Services de soins de suite en addictologie
  - 1 Consultation externe
  - 20 Niveaux de proximité
  - 7 Niveaux de recours MCO
  - 7 Niveaux de recours SSR
  - 4 Niveaux de recours Psychiatrie
  - 2 Niveaux de recours MC0/SSR
- ✓ Une procédure de reconnaissance est en cours pour l'autorisation de niveaux de recours supplémentaires

Dispositif sanitaire d'addictologie au 31 octobre 2010



La continuité de la prise en charge est assurée par l'articulation et la coordination des partenariats relevant de dispositifs médico-sociaux, de la médecine de ville et des réseaux de santé.

<u>L'offre de soins et la prise en charge médico-sociale :</u>

- ➢ Les structures médico-sociales assurent une prise en charge de proximité, une pluridisciplinarité et un accompagnement dans la durée

- ➢ 34 structures autorisées offrent plusieurs sites d'implantation et différentes de formes de prise en charge pour favoriser une meilleure couverture territoriale et faciliter l'accès aux soins
  dont 73 places d'hébergement en toxicomanie
- ➢ 24 consultations jeunes consommateurs
- ➢ 34 places d'appartements thérapeutiques

- 17 sites assurent une prise en charge pour personnes sous traitements substitutifs aux opiacés (dont 1 en milieu pénitentiaire)
- 1 établissement résidentiel expérimental : la communauté thérapeutique

- La continuité de la prise en charge est assurée par l'articulation et la coordination des partenariats relevant des dispositifs sanitaires, médico-sociaux, de médecine de ville et des réseaux de santé

- Le dispositif de réduction des risques infectieux pour usagers de drogues a pour objectif de prévenir ou réduire les effets négatifs liés à la consommation
- 12 CAARUD autorisés proposent également un dispositif ambulatoire sur les territoires moins équipés : l'objectif est d'amener vers les soins des publics nouveaux, des populations ayant des pratiques à risques

dont 2 « Sleep-in » proposant un accueil et hébergement d'urgence (11 places chacun)

- La prise en charge addictologique en milieu pénitentiaire est assurée par les Unités de Consultations et Soins Ambulatoires (UCSA) en lien avec l'équipe de liaison du CH de rattachement de l'UCSA et les CSAPA de proximité

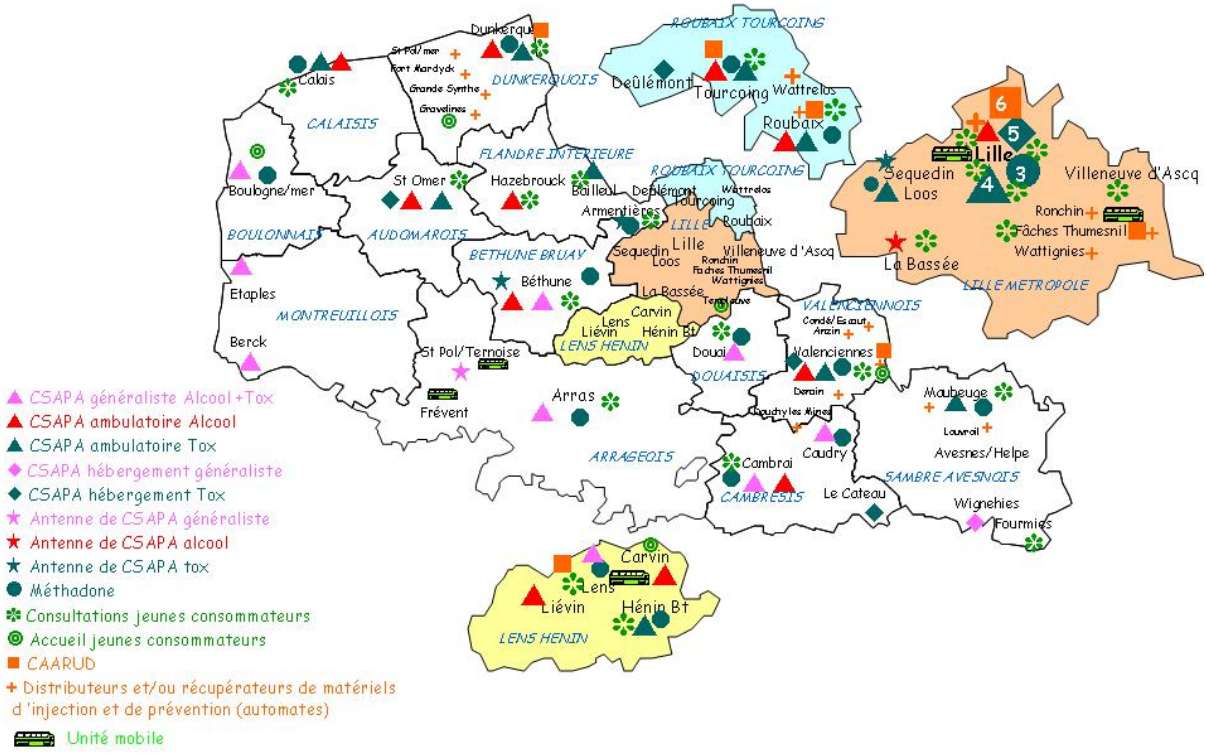
1 CSAPA géré par le CHRU de Lille (Centre pénitentiaire de Lille Loos Sequedin)

1 CSAPA résidentiel spécialisé dans la prise en charge des personnes sortant de prison à Lille

- Entre 2006 et 2010 pour la région :

CSAPA : 5 créations 2 extensions
CAARUD : 4 créations
En attente d'autorisation faute de financement :
2 CSAPA + 1 antenne
1 CAARUD

Offre médico-sociale en Addictologie
Établissements et services au 31 décembre 2010



3.3.3.3. Sensibilisation, information et formation des professionnels de santé et des publics

La mise en œuvre du repérage précoce en intervention brève dans la région Nord Pas de Calais
Les réalisations menées passent également par la formation des acteurs concernés, leur coordination et leur partenariat. Des séquences de formation au Repérage Précoce Intervention Brève (RPIB) des professionnels de santé sont mises en place dans la région.

Les formations initiales et continues des personnels médicaux et para médicaux
Au cours de la période de mise en œuvre du schéma précédent, l'addictologie a fait son entrée dans les études de médecine et un Diplôme Universitaire d'études complémentaires en soins infirmiers en addictologie a été créé.

La création d'outils spécifiques et l'apport de technicité aux professionnels et aux publics
Elle est à poursuivre et à encourager, particulièrement pour les problématiques liées :
- à l'usage d'alcool et aux addictions en direction des femmes (SAF) et des aidants auprès des personnes âgées,
- aux cancers des voies aéro-digestives supérieures.

L'aide aux aidants permet de favoriser une meilleure prise en charge
L'accompagnement des familles et de l'entourage des usagers est nécessaire pour leur permettre de mieux appréhender, accepter et s'adapter à l'état de santé du patient et à son évolution.
Le plus souvent en souffrance, elles sont dans l'attente de réponses, faute de« solutions ».
Les CSAPA et les consultations jeunes consommateurs proposent à ces familles et à l'entourage du l'usager des temps d'accueil et d'écoute, mettent en place des temps d'information et d'échange individuels ou collectifs pour leur permettre d'être acteurs et de contribuer à un mieux être de leur proche.
Les groupes de pairs, associations néphalistes ou d'auto-support apportent une aide complémentaire.

Synthèse diagnostic addictions – L'organisation régionale de l'offre de soins en addictologie

- Le parcours de soins de l'usager est organisé par territoire. La complémentarité des différents champs d'intervention sanitaire, social et médico-social, de prévention et de soins de ville propose une diversité de prise en charge globale du patient, allant de la sensibilisation à l'accompagnement. Le développement de l'offre réside aujourd'hui dans l'adaptation des dispositifs de soins à la spécificité de la demande.
Le maillage structurel territorial s'organise en filières d'addictologie, dont la montée en charge s'effectue à des rythmes différents selon les territoires.
Des systèmes de soins ambulatoires et des consultations ont été mises en place, permettant une réponse de proximité à des publics souvent en grande difficulté sociale. Ils sont à optimiser.

- L'implication coordonnée des différents acteurs régionaux institutionnels, associatifs, professionnels de santé au sein de programmes d'actions identifiés contribue à renforcer les moyens mis en œuvre. L'implication de la médecine de ville dans la prise en charge est à promouvoir. Le maillage organisationnel est à consolider.

- La lisibilité des dispositifs et leur articulation, tant pour les professionnels que pour les usagers, doit faciliter et favoriser la démarche de soins et l'accès aux soins. Des conventions de partenariat sont encore à formaliser pour favoriser la bonne coordination du système de santé.

- Des besoins spécifiques régionaux sont clairement identifiés :
  - par publics : les jeunes, les enfants de parents consommateurs, les femmes (Syndrome d'Alcoolisation Fœtale notamment), les personnes détenues ou sortant de prison, les populations en grande précarité, les personnes vieillissantes.
  - par modalité de prise en charge : la région dispose de peu de structures d'hébergement, particulièrement pour malades alcooliques, ou permettant l'accueil des familles du patient, la prise en charge spécifique des femmes et des personnes en grande précarité.

- par objectifs : la nécessaire précocité du recours aux soins, le repérage et le dépistage des personnes à risques et des pathologies, le développement de l'accès aux traitements de substitution, la problématique de la reproduction familiale des addictions.

- Les formations et sensibilisations des professionnels de santé et sociaux est à encourager.

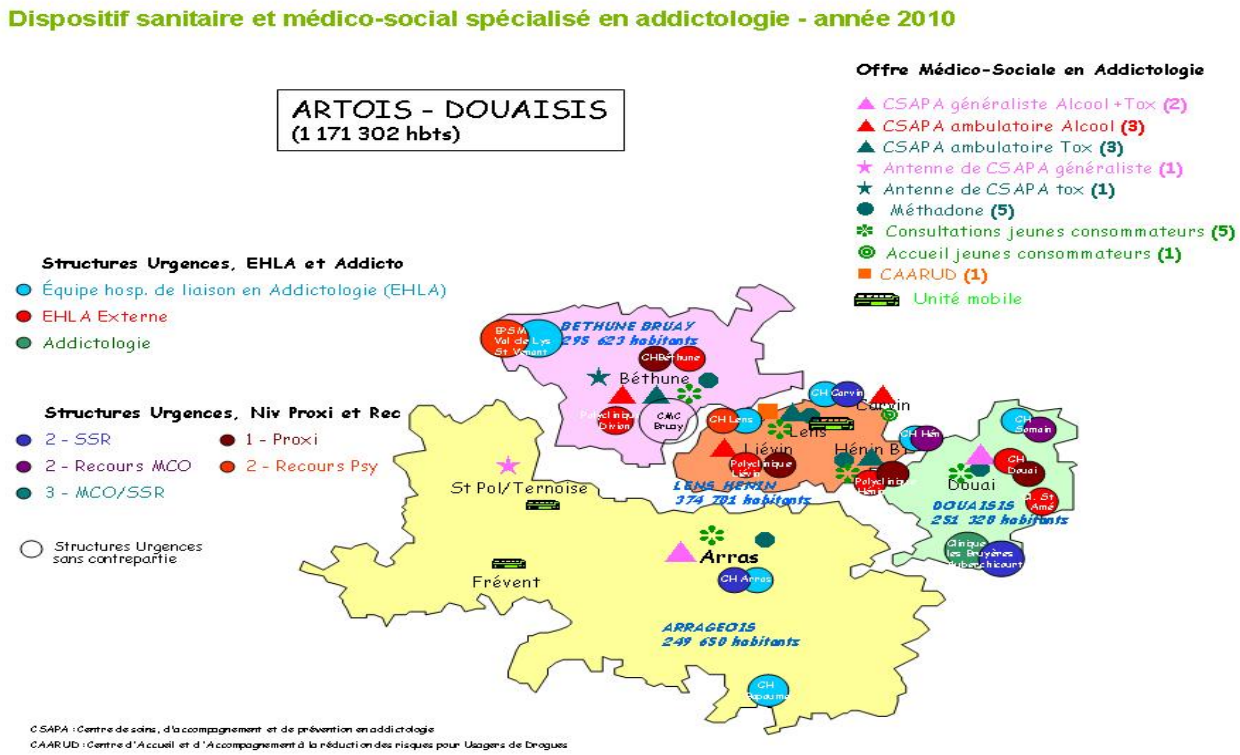
- L'évaluation précise de l'activité et la priorisation des besoins permettra de définir des priorités.

3.3.3.4. La poursuite de la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'addictologie 2008-2011

L'application des orientations du volet addictologie du SROS III et du Schéma régional d'addictologie a permis à chaque zone de proximité de disposer à la fois d'une offre de soins en addictologie

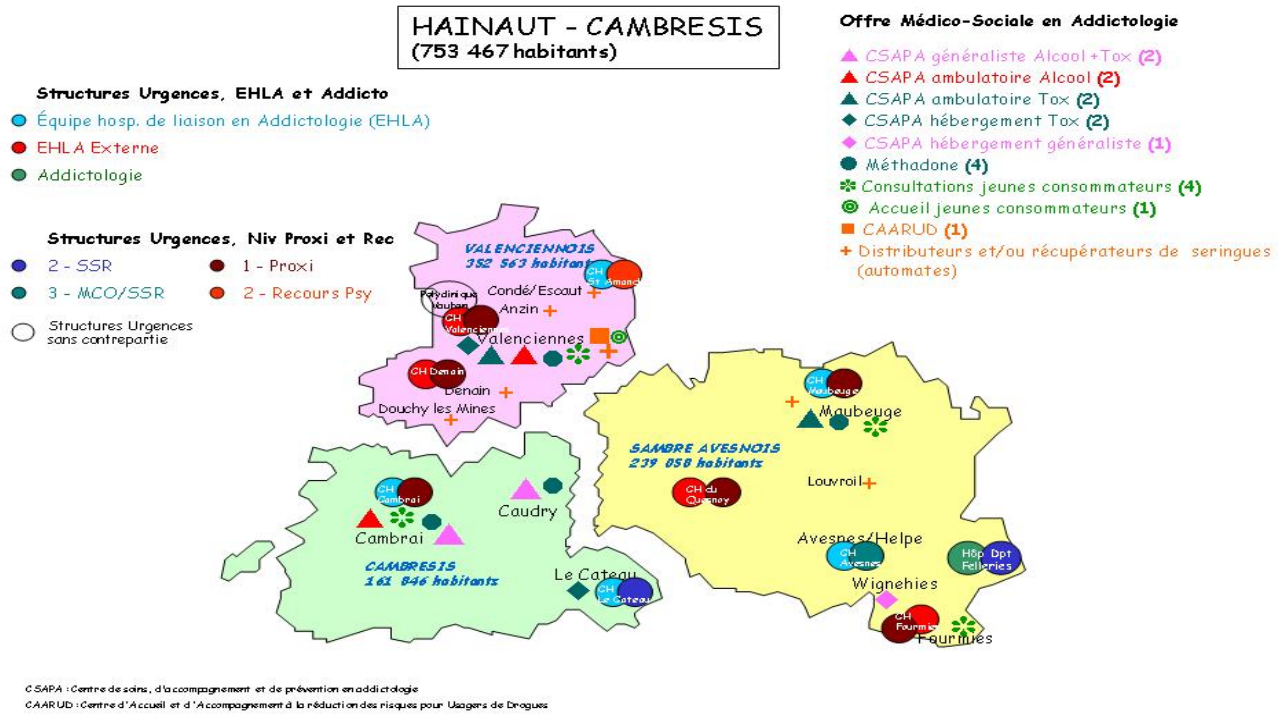
- sanitaire : avec des niveaux de proximité ou de recours (MCO, SSR ou Psychiatrie), des consultations hospitalières et au moins une équipe hospitalière de liaison en addictologie,
- médico-sociale : avec le maillage territorial par la création ou le renforcement de structures et la mise en place de consultations et d'antennes.

Chaque CH de ZP dispose d'une consultation hospitalière et d'1 EHLA (équipe hospitalière de liaison en addictologue).
L'offre est concentrée sur les territoires à forte densité de population et fortement urbanisés.



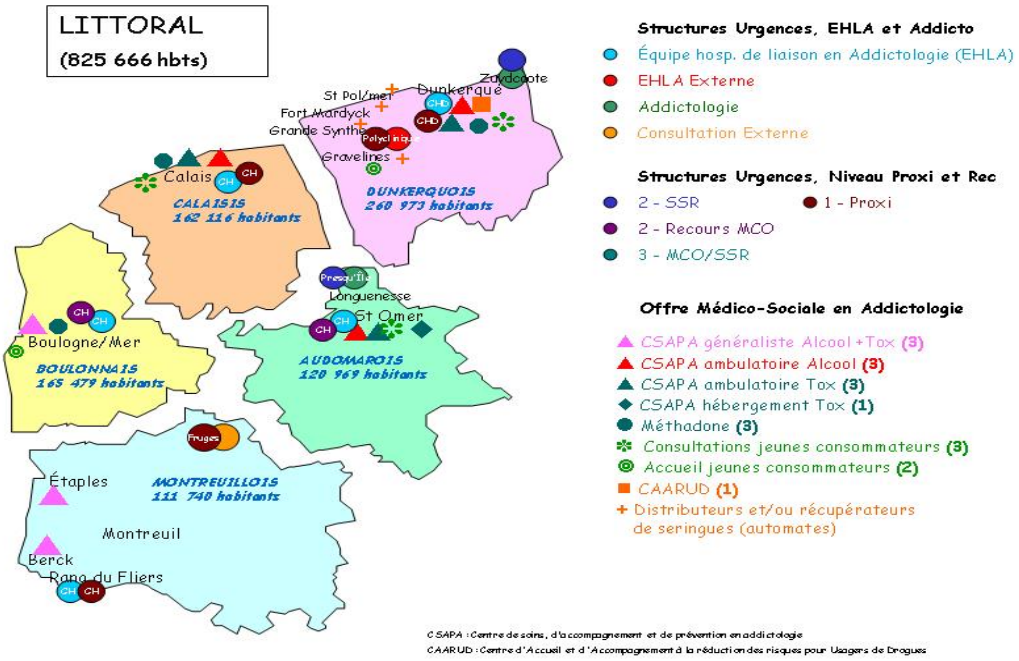
Le territoire de l'Artois-Douaisis concentre 28,24% de la population régionale (2ème territoire).
C'est un territoire fortement marqué par la surmortalité imputable à l'alcool et au tabac. Les zones de proximité de Douai, Lens et Béthune présentent des taux de décès liés à l'alcoolisme tant chez les hommes que chez les femmes près de 3 fois supérieurs à la moyenne nationale.
La mortalité prématurée liée au tabagisme, masculine (Béthune et Lens) et féminine (Douai et Arras) y est très élevée :1,5 fois supérieur au taux national.
Chaque zone de proximité dispose d'un niveau de recours hospitalier et médico-social en addictologie à l'exception des secteurs de St Pol sur Ternoise et Frévent, dépourvus de structures fixes sanitaires ou médico-sociales et de niveau de recours et de proximité.

Dispositif sanitaire et médico-social spécialisé en addictologie - année 2010



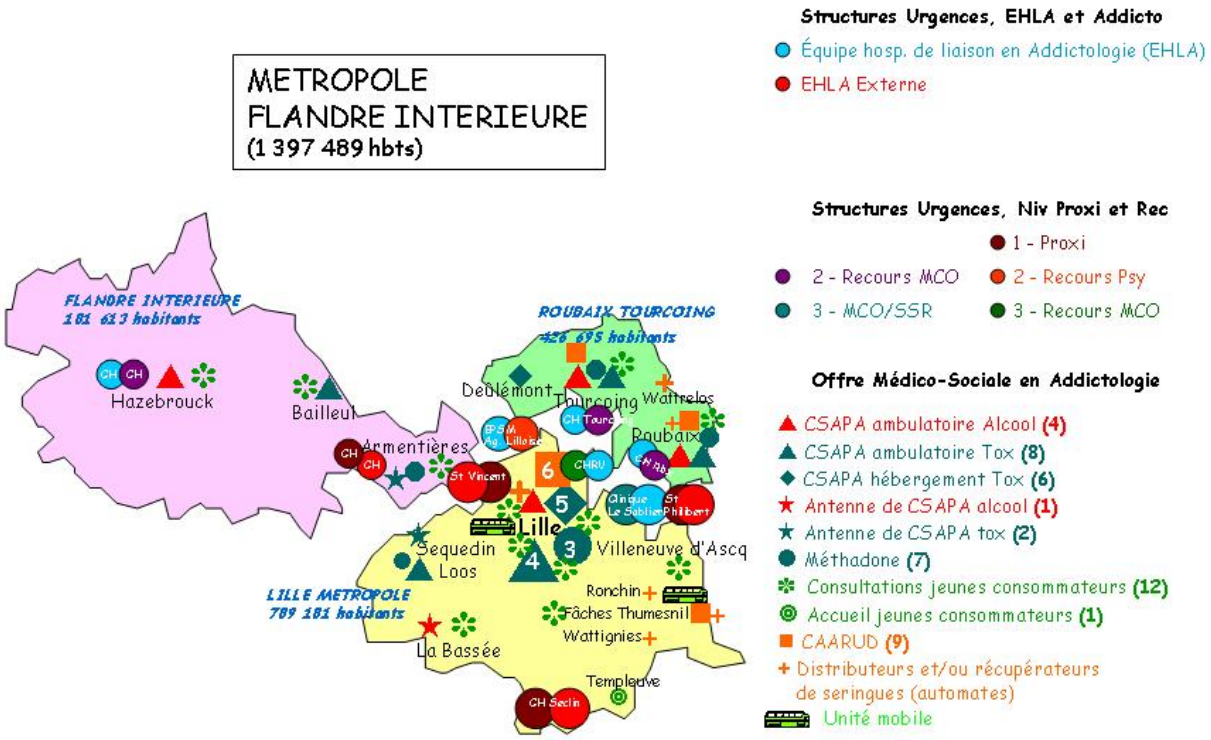
- Le Hainaut-Cambrésis est le territoire de santé le moins peuplé de la région avec 18,16% de la population régionale avec une situation populationnelle très diversifiée.
- Taux très importants de prévalence de mortalité liée à l'alcool avec une surreprésentation féminine sur les zones d'Avesnes et Valenciennes.
- La couverture territoriale médico-sociale apparaît équilibrée. Ce territoire dispose d'une offre médico-sociale avec hébergement pour personnes toxicomanes.

Dispositif sanitaire et médico-social spécialisé en addictologie - année 2010



Ce territoire rassemble 20% de la population régionale. La situation est très contrastée en termes de mortalité liée à l'alcoolisme et au tabagisme.
Les zones de Calais et Boulogne se caractérisent par une surmortalité 2 à 3 fois plus importante qu'au plan national pour l'alcool et 1,5 fois plus importante pour le tabac, avec une surreprésentation de la mortalité féminine.
L'intervention d'une structure mobile sur le Montreuillois en réduction des risques permet de compenser partiellement l'absence d'accueil ou de consultation jeunes consommateurs sur ce territoire qui en est dépourvu.

Dispositif sanitaire et médico-social spécialisé en addictologie - année 2010



CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour Usagers de Drogues

La Métropole-Flandre intérieure est un territoire contrasté : en densité populationnelle, indicateurs de santé et taux d'équipement. 33,69% de la population régionale concentrée essentiellement sur les zones de proximité de Lille (19%) et Roubaix-Tourcoing (10,29%). Ces deux zones affichent une surreprésentation particulièrement élevée de la mortalité féminine liée à l'alcool (2,5 fois le taux national) et masculine liée au tabac pour Roubaix-Tourcoing (1,6 fois le taux national).
Cette surmortalité est aussi présente, à un niveau moindre sur la Flandre intérieure qui s'est équipée d'un CSAPA en 2010. C'est, par contre, une zone dépourvue en structure de réduction des risques.

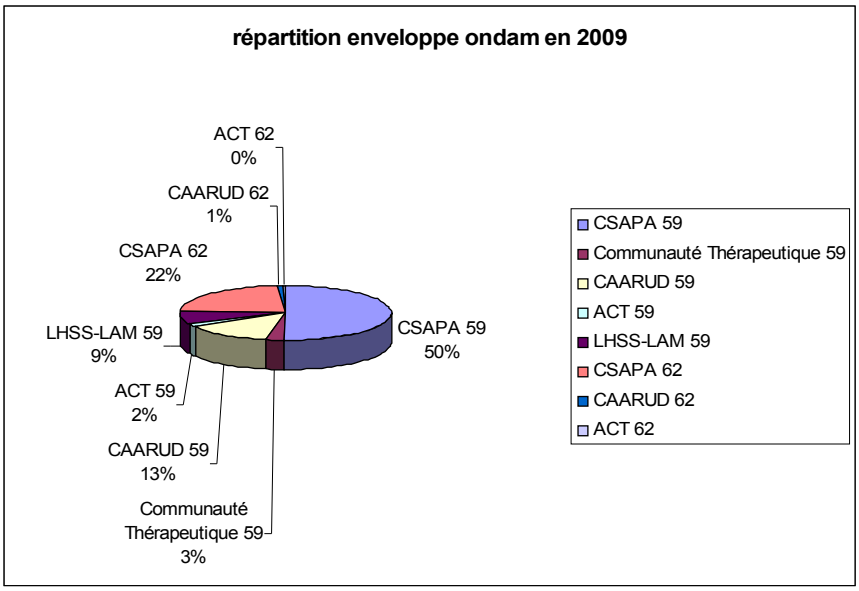
<u>L'évolution et le renforcement du nombre de structures médico-sociales existantes</u>

Département du Nord
Suite à la transformation des CCAA et CSST en CSAPA, et compte tenu des fusions intervenues entre les structures, les 20 CCAA et CSST sont devenus 18 CSAPA dont 2 fusions (Roubaix-Tourcoing, CHR secteurs ville et secteur prison) auxquels il convient de rajouter 3 créations (Bailleul, Caudry et Cambrai et 1 extension.
A ce jour 21 établissements, offrant pour la plupart différents types de prise en charge, sont autorisés dans le Nord.
2 CAARUD ont été créés
Des projets sont en attente d'autorisation faute de financement :
- dans le Hainaut : création d'un CSAPA à Leval – Création d'une antenne du CSAPA de Wignehies sur Fourmies.
- sur le Littoral : création d'un CSAPA sur Gravelines

Département du Pas de Calais
Situation à ce jour 13 autorisations CSAPA dans le Pas de Calais ; dont 1 CSAPA installé sur 2 sites,1 association gérant 3 places en appartements de coordination thérapeutique et 2 CAARUD autorisés (1 seul en fonctionnement).
Des projets sont en attente d'autorisation faute de financement :
- sur le Littoral : Création d'un CAARUD à Calais

D'importants moyens financiers[13]ont accompagné la réalisation des objectifs

- ONDAM médico-social spécifique
- Entre 2006 et 2010, l'enveloppe régionale a progressé de 40.9%, représentant en valeur brute près de 8.4M€.
- La dépense médico-sociale globale assurance maladie 2010 par habitant de la région est légèrement supérieure à la moyenne nationale
  Région : 7,14 €
  Nord : 8,07 €
  Pas de Calais : 4,24 €
  France métropolitaine : 6,37 €
- Cette dépense globale intègre des dispositifs « santé-précarité » installés uniquement dans le Nord à ce jour (lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés)
- L'enveloppe médico-sociale est principalement consacrée aux structures de soins et d'accompagnement (75%)



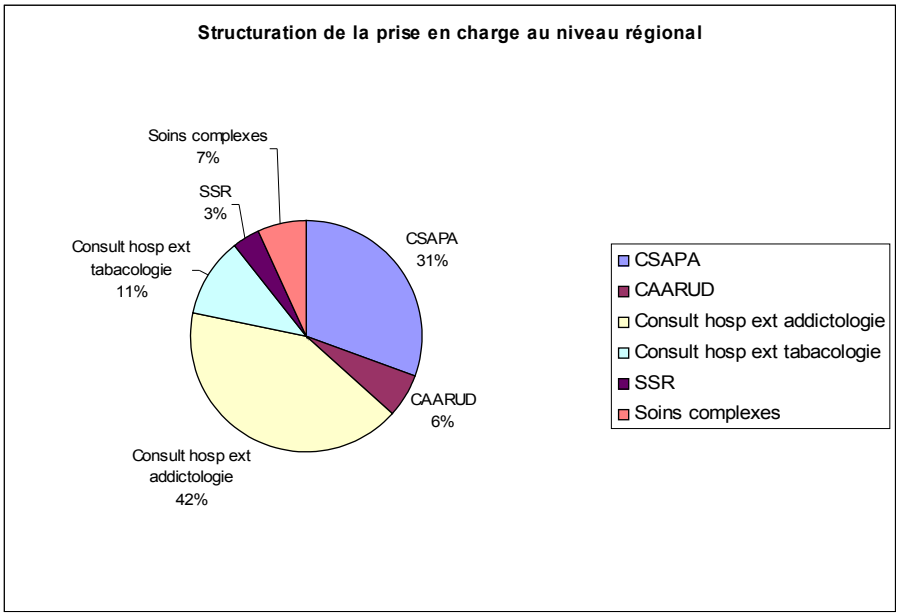
Le niveau d'activité, la structuration de la prise en charge, et les personnes accueillies

[13] Circulaires budgétaires DGCS/DSS/DGS

- L'activité hospitalière est décrite par zones de proximité en 2009[14]

- L'activité médico-sociale

Globalement, 70 % de l'activité impacte le département du Nord et 30 % celui du Pas de Calais[15].
Ces données traduisent la part importante des consultations hospitalières dans l'activité régionale d'addictologie (52%).
En 2009, le Nord Pas de Calais occupe le 5ème rang des régions françaises pour le nombre de consultations dans les centres spécialisés en alcoologie (Nord : 1er département, Pas de Calais : 5ème département)



La structuration de l'activité d'addictologie entre les deux départements est relativement proche, avec toutefois une part des consultations hospitalières en tabacologie plus importante dans le Pas de Calais, et une plus forte représentation de l'activité de réduction des risques en CAARUD liée à l'équipement existant, et aux problématiques rencontrées de façon plus prégnante sur ce département.[16]

Les personnes accueillies

- Dans les structures d'addictologie[17] :

Le public est principalement masculin (79,4% - 82% dans le Nord, 74% dans le Pas de Calais). On note un faible taux de consultations des femmes.
La tranche d'âge la plus représentée est celle des 30-39 ans (29%) en plus grande proportion dans le Nord (30% vs 26%) puis 40-49 ans (21%) plutôt dans le Pas de calais (24%vs 20%).
L'origine géographique est majoritairement le département (90% des cas).
74% des usagers disposent d'un logement durable. Davantage de situations précaires, de mal logement ou de personnes sans domicile fixe dans le département du Nord (20% vs 12%).
Un peu plus du tiers des personnes bénéficient de ressources stables : emploi, retraites, invalidité (37% dans le Nord vs 43% dans le Pas de Calais).
La précarité ou l'absence de revenus concernent 50% des usagers (53% dans le Nord vs 43% dans le Pas de Calais). 11% ne renseignent pas.
Le produit le plus dommageable est l'alcool dans 47.4% des cas, surtout dans le PDC (53% vs 45%), puis le cannabis et les opiacées pour 38,37% plutôt dans le Nord (42% vs 31%).

[14] Documentation 10
[15] Documentation 10
[16] Documentation 11
[17] Rapports d'activité CSAPA 2009

- Par les dispositifs de réduction des risques[18]

Un public essentiellement masculin fréquente les CAARUD (87.5%), âgé de 25 à 45 ans (71 % dont 35,73% entre 25 et 34 ans).
Les produits les plus consommés sont le cannabis, l'héroïne, la cocaïne et l'alcool. L'injection représente 37% des modes de consommation.
La file active, relativement stable, est estimée à 3 434 personnes, hors milieux festifs totalisant 6 726 personnes, soit près de 6% de la file active nationale.
41 769 contacts (passages) sont recensés dans l'année, les milieux festifs totalisant 18 000 contacts supplémentaires.

Synthèse diagnostic addictions – La poursuite de la mise en œuvre du schéma régional d'addictologie

- Une bonne couverture territoriale de l'offre de soins dans l'ensemble, avec l'ouverture récente de nouvelles structures sur des zones insuffisamment équipées, mais faisant apparaitre des secteurs géographiques encore découverts : Audomarois et Montreuillois principalement, une partie du Calaisis où des projets sont en attente de financement.
Le développement de consultations avancées peut permettre une prise en charge de proximité.

- Malgré les constats de surmortalité régionale, un recours régional aux soins spécialisés proche de la tendance nationale, ce qui laisse à penser qu'une partie de la population n'a pas l'accès aux soins.

- Le Nord est le département de France présentant le plus fort taux de recours aux consultations alcool et tabac, et le deuxième pour les consultations en toxicomanie.

- La hausse des files actives traduit une demande en constante évolution, plus forte qu'au niveau national : +15,26% contre +6, 36% entre 2007 et 2008, davantage marquée dans le Pas de Calais (+27,23%) que dans le Nord (+20,31%) entre 2007 et 2009.
La prise en compte de cette demande nécessite l'exigence d'une qualité toujours constante et la continuité dans les soins.

[18] Analyse d'activité CAARUD 2010 ARS NPdC