



SCHEMA D'ORGANISATION
MÉDICO-SOCIALE
DU NORD PAS DE CALAIS
POUR 2012-2016

INTRODUCTION

1.SYNTHESE DU DIAGNOSTIC PARTAGE	13
2.PRESENTATION SYNTHETIQUE DU SROMS	15
2.1Contexte et enjeux	15
3.VOLET TRANSVERSAL	18
3.1.Orientation T1 : Améliorer le système d'information et l'observation des besoins et de l'offre médico-sociale	18
3.1.1.Problématiques	18
3.1.2.Institutions compétentes	19
3.1.3.Objectif opérationnel T1a : Asseoir les systèmes d'information (construire, suivre et exploiter) en interne à l'ARS en lien avec les structures	19
3.1.4.Objectif opérationnel T1b : Développer une observation et une information partagées dans le cadre de relations bilatérales et multilatérales	21
3.2.Orientation T2 : Améliorer l'accès aux soins	22
3.2.1.Problématiques	22
3.2.2.Institutions compétentes	23
3.2.3.Objectif opérationnel T2a : Améliorer la connaissance des publics et des professionnels de santé	24
3.2.4.Objectif opérationnel T2b. Organiser des circuits de soins plus coordonnés	26
3.3.Orientation T3 : Assurer la continuité des parcours à chaque étape de la vie	28
3.3.1.Problématiques	28
3.3.2.Institutions compétentes	30
3.3.3.Objectif opérationnel T3a : Outiller les acteurs : centres ressources, expérimentations organisationnelles, formation, outils de liaison	30
3.3.4.Objectif opérationnel T3b : Mieux structurer la coordination avec la Belgique afin de favoriser la qualité de l'accompagnement	33
3.4.Orientation T4 : Améliorer l'efficience au bénéfice des usagers	34
3.4.1.Problématiques	34
3.4.2.Institutions compétentes	36
3.4.3.Objectif opérationnel T4a : Renforcer l'efficience au bénéfice de l'utilisateur	37
3.5.Orientation T5 : Renforcer le soutien aux aidants	39
3.5.1.Problématiques	39
3.5.2.Objectif opérationnel T5a : Améliorer la connaissance et la lisibilité des dispositifs d'aides	41
3.5.3.Objectifs opérationnels T5b : Développer et structurer une offre accessible en termes de proximité	42
4.VOLET HANDICAP	44
4.1.Orientation H1 : Favoriser le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement précoces	44
4.1.1.Problématiques	44
4.1.2.Institutions compétentes	44

4.1.3.Objectif opérationnel H1a : Mieux structurer le repérage et l'orientation, définir les niveaux de recours, rendre lisible le dispositif afin de faciliter le parcours des familles.....	45
4.1.4.Objectif opérationnel H1b : Renforcer les CAMSP, conforter leurs missions et mieux les articuler avec les structures d'aval.....	47
4.2.Orientation H2 : Favoriser l'accès effectif aux droits des personnes en situation de handicap.....	49
4.2.1.Problématiques.....	49
4.2.2.Institutions compétentes.....	51
4.2.3.Objectif opérationnel H2a : Favoriser l'insertion en milieu scolaire ordinaire et accompagner une politique d'élévation du niveau de formation et de qualification des jeunes	51
4.2.4.Objectif opérationnel H2b : Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des jeunes (16/25 ans) en situation de handicap.....	53
4.2.5.Objectif opérationnel H2c : Favoriser le parcours professionnel et social des personnes en situation de handicap.....	56
4.3.Orientation H3 : Apporter une réponse coordonnée aux périodes de ruptures et sur certaines déficiences spécifiques.....	59
4.3.1.Problématiques.....	59
4.3.2.Institutions compétentes.....	60
4.3.3.Objectif opérationnel H3a : Apporter une réponse coordonnée aux périodes charnières afin d'éviter les ruptures :	60
4.3.4.Objectif opérationnel H3b. Apporter une réponse coordonnée et adaptée au regard des besoins non satisfaits sur des déficiences spécifiques	62
Autisme et TED, TCC, handicap psychique, déficiences sensorielles, « dys » et traumatisés crâniens.....	62
4.4.Orientation H4 : Favoriser l'accès à une offre adaptée de proximité en termes de développement, de recomposition et de structuration.....	66
4.4.1.Problématiques.....	66
4.4.2.Objectif opérationnel H4a : Viser l'équité territoriale en développant et adaptant l'offre pour l'enfance en situation de handicap.....	69
4.4.3.Objectif opérationnel H4b. Viser l'équité territoriale en développant et en adaptant l'offre pour les adultes en situation de handicap.....	71
5.VOLET GÉRONTOLOGIQUE.....	74
5.1.Orientation T1 : Améliorer le système d'information et l'observation des besoins et de l'offre médico-sociale.....	74
5.1.1.Problématiques.....	74
5.1.2.Institutions compétentes.....	75
5.1.3.Objectif opérationnel A1a.: Développer l'éducation thérapeutique de la personne âgée	75
5.1.4.Objectif opérationnel A1b. : Mettre en œuvre toutes les actions visant au maintien de l'autonomie	76
6.Orientation A2 : Adapter les modalités d'accompagnement dans le respect des choix des personnes.....	78
6.1.Objectif A2.1 : Renforcer et diversifier l'offre de services en visant l'équité territoriale	78
6.1.1.1.Problématiques	78
6.1.1.2.Objectif opérationnel A2.1.a. : Renforcer et diversifier l'offre de service de proximité en visant l'équité territoriale.....	79
6.1.1.3.Objectif opérationnel A2.1.b. : Développer la coordination	80
6.2.Objectif A2.2 : Analyser et adapter l'offre en hébergement	82
6.2.1.Problématiques	82

6.2.2 Institutions compétentes	82
7.Orientation A3 : Améliorer le panel de réponses auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.....	84
7.1.Problématiques	84
7.2.Institutions compétentes	85
7.3.Objectif opérationnel A3a. : Adapter et améliorer l'accès à l'offre pour les malades Alzheimer.....	85
7.4.Objectif opérationnel A3b. : Améliorer l'information des personnes et la coordination des acteurs.....	86
8.Orientation A4 : Accompagner la fin de vie à domicile et en établissement.....	87
8.1.Problématiques.....	87
8.2.Objectif opérationnel A4a. : Développer les conventions entre acteurs.....	88
8.3.Objectif opérationnel A4b. : Renforcer le soutien des personnels des EHPAD et des SSIAD.....	89
9.VOLET ADDICTIONS.....	90
Remarque : ce volet est centré sur les pathologies liées aux pratiques addictives, les besoins et la prise en charge des problématiques de santé des personnes en difficultés spécifiques seront traités dans le cadre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).....	90
Orientation D1 : Agir sur les facteurs de risques d'entrée en addictions quelle que soit leur nature afin de réduire les dommages et la mortalité prématurée évitable liée aux comportements addictifs.....	90
9.1.Problématiques.....	90
9.2.Institutions compétentes.....	91
9.3.Objectif opérationnel D1.a : Promouvoir les actions de sensibilisation, formation et évaluation dans le domaine des addictions.....	92
9.4.Objectif opérationnel D1.b : Favoriser le repérage des facteurs de risques d'addictions et des situations ou comportements problématiques.....	93
Orientation D2 : Favoriser et développer l'accès et le recours aux soins d'addictologie en évitant les ruptures dans la filière de soins.....	95
9.5.Problématiques.....	95
9.6.Institutions compétentes	95
9.7.Problématiques.....	97
9.8.Institutions compétentes	97
9.9.Objectif opérationnel D2.2.a : Lutter contre le recours tardif aux soins.....	98
9.10.Objectif opérationnel D2.2.b : Poursuivre une politique forte de réduction des risques et des dommages, notamment auprès des usagers de drogues.....	99
Orientation D3 : Améliorer l'efficacité de la prise en charge addictologique en assurant la qualité et la sécurité des interventions.....	100
9.11.Problématiques.....	100
9.12.Institutions compétentes.....	100
9.13.Objectif opérationnel D3.a : Favoriser la formation, la qualification des personnels et la montée en compétences des professionnels de l'addictologie.....	100
9.14.Objectif opérationnel D3.b : Promouvoir la prise en charge globale des addictions.....	102
Orientation D4 : Accompagner les dispositifs médico-sociaux.....	103
9.15.Problématiques.....	103

9.16.Institutions compétentes	103
9.17.Objectif opérationnel D4.a : Assurer les conditions de fonctionnement et garantir la réalisation des missions des EMS	104
9.18.Objectif opérationnel D4.b : Mettre en cohérence l'activité des EMS avec l'évolution des besoins.....	104

INTRODUCTION

Un schéma étroitement concerté et coordonné

La compétence médico-sociale de l'Agence Régionale de Santé (ARS), inscrite tant dans le code de la santé publique que dans celui de l'action sociale et des familles, se concrétise par l'élaboration d'un schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), partie intégrante du Projet Régional de Santé (PRS), encadré par la loi du 21 juillet 2009 Hôpital Patient Santé Territoires (HPST).

En effet, aux termes de cette loi, l'ARS a pour mission de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique de santé, en inscrivant celle-ci dans le cadre des politiques publiques que sont la politique nationale de santé et l'action sociale et médico-sociale.

Ainsi, le schéma régional d'organisation médico-sociale :

- prévoit et suscite les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux de la compétence exclusive et partagée de l'ARS;
- veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'ARS ;
- est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les Conseils Généraux de la région, pour les établissements et services de compétences partagées.

La finalité de ce schéma est de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnement médico-sociaux de la population handicapée, en perte d'autonomie et concernée par les addictions.

Il doit prendre en compte pour ce faire, les évolutions démographiques, épidémiologiques, socio-économiques et des choix de vie exprimés par les personnes handicapées, en perte d'autonomie, ou vulnérables.

Parallèlement, chaque Département, aux termes de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, « définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent. »

En tant que chef de file de l'action sociale et médico-sociale sur son territoire, il arrête un schéma d'organisation sociale et médico-sociale, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'ARS.

Deux niveaux de pilotage coexistent donc sur le champ médico-social, recouvrant des champs de compétences propres à chaque institution, mais aussi de nombreux champs partagés, qui impliquent une nécessaire cohérence entre les deux démarches de planification.

En outre, la nature des sujets traités impose le croisement permanent d'une approche sanitaire et d'une approche sociale.

La légitimité médico-sociale de l'ARS est un prolongement de sa compétence générale en matière de santé.

Celle du Département repose sur son rôle d'acteur majeur dans le champ social.

Schéma régional d'organisation médico-sociale du Nord-Pas-de-Calais pour 2012-2016

Le croisement des légitimités (sanitaire/sociale) et des niveaux d'organisation des compétences (régional/départemental) fait de l'exercice de planification un moment particulièrement important, l'occasion d'une mise en cohérence des stratégies régionales et départementales.

Cette cohérence est essentielle afin d'éviter des contradictions institutionnelles qui seraient préjudiciables à l'intérêt des personnes. Elle conditionne la possibilité et la qualité d'un grand nombre de décisions et d'actions conjointes régulièrement mises en œuvre.

En région Nord-Pas-de-Calais, les travaux de planification sociale et médico-sociale ont toujours été étroitement articulés entre les Conseils Généraux et les DDASS. L'ARS s'est pleinement inscrite dans la continuité de ces coopérations.

Ainsi, l'élaboration de ce schéma régional a été l'occasion d'un travail approfondi de cohérence avec les orientations des schémas départementaux, afin d'intégrer leurs impacts et de déterminer un certain nombre d'orientations, objectifs et actions partagés.

Au-delà, l'élaboration du SROMS a été travaillée 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 (grands objectifs et leviers définis dans le PSRS, travaux des comités thématiques transversaux internes à l'ARS) et aux schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale du Nord et du Pas de Calais, le schéma régional prend appui sur divers documents stratégiques en cours dans la région ou en phase d'élaboration, tels que :

- Le Contrat de Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles (PRDFP) Nord-Pas de Calais, sous le pilotage du Conseil Régional ;
- Le Programme Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH), qui a permis d'établir des actions croisées avec le SROMS sur la thématique de l'insertion professionnelle.

Il prend en compte les éléments dégagés dans le diagnostic pré-schéma, élaboré dans une large concertation.

L'élaboration du SROMS a mobilisé un comité de pilotage, chargé de valider les orientations et travaux proposés par un groupe projet, instance opérationnelle de travail (cf. compositions en annexe).

D'autre part, les contributions de différents partenaires aux travaux ont été intégrées, notamment celles de :

- la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, instance de concertation interinstitutionnelle ;
- la commission spécialisée pour les prises en charge et les accompagnements médico-sociaux.

Le résultat, sans prétendre à l'exhaustivité, aboutit à un document partagé.

Un schéma à dimension évolutive

Pour rappel, la validité du SROMS est de 5 ans : de 2012 à 2016.

Toutefois, afin de maintenir la cohérence avec les planifications départementales, il intègre une « clause de revoyure » à mi-parcours, lors du renouvellement des schémas départementaux.

D'autre part, certaines orientations ou objectifs opérationnels nécessiteront d'être retravaillés pour décliner des propositions d'actions plus concrètes et affinées.

De même, l'amélioration de la performance des systèmes d'information et d'observation, ainsi que la consultation de la démocratie en santé, conduiront certainement à des évolutions.

Accompagnement et concepts socles identifiés : autonomie, accessibilité et parcours

L'élaboration du diagnostic et les échanges avec les partenaires des champs de la prévention, du soin et du médico-social, ont permis de mettre en avant le concept d'accompagnement médico-social et trois notions fondamentales dans le champ médico-social, qui nécessitent d'être explicitées : l'autonomie, l'accessibilité et le parcours.

L'accompagnement renvoie à la relation entre l'accompagnant et la personne accompagnée et aux modalités d'intervention des services et établissements. Il met en lien, coordonne et articule les domaines d'action et d'interventions spécifiques afin de permettre à la personne, au regard de sa situation, de son environnement et contexte de vie, de construire son projet de vie.

Le concept d'accompagnement est la notion clé à travers laquelle se définit le secteur médico-social et qui marque sa complémentarité avec les autres secteurs : social, sanitaire, et de prévention. En effet, plus encore que le besoin de soins, l'accompagnement médico-social implique de regarder la situation de la personne dans sa globalité, au cours d'une évaluation personnalisée.

Ainsi doivent être pris en compte à la fois son projet de vie personnel, les événements de vie auxquels elle doit faire face, son état de santé, son autonomie dans la vie quotidienne, son environnement familial et social et ses ressources. Ces différentes dimensions seront amenées à évoluer tout au long de sa vie et nécessiteront un ajustement régulier des modalités d'accompagnement mises en œuvre. Cela implique des intervenants multiples et des actions coordonnées, voire une co-responsabilité des acteurs sur le territoire de vie de la personne pour garantir son parcours. L'accompagnement se situe au long cours, et s'inscrit dans le temps.

Ce travail est fondamental dans les périodes de la vie marquées par des risques de rupture (annonce du diagnostic, entrée à l'école, adolescence, passage à l'âge adulte et entrée dans la vie active, dégradation de l'autonomie, les moments de fragilité (entrée, puis sortie de l'hôpital) ou dans les situations de handicap, d'addictions ou de dépendance particulièrement complexes.

Les notions d'autonomie, d'accessibilité et de parcours sont des éléments constitutifs, à des degrés divers, du processus d'accompagnement des personnes dans le champ médico-social

Accessibilité : rendre accessible les différents domaines participant du bien-être social de la personne comme l'information, l'éducation, la scolarisation, la formation, le travail, l'emploi, le logement, les transports, les loisirs, le sport, la culture, la santé, afin de favoriser ses droits à une pleine citoyenneté, à une vie autonome, à l'égalité des chances et à une participation active.

Dans le champ médico-social, l'accessibilité est affirmée par de grands textes (loi du 2 janvier 2002, loi du 11 février 2005, Convention internationale sur la protection et la promotion des droits et de la dignité des personnes handicapées du 7 mars 2007).

Son effectivité suppose de lever les obstacles qui freinent ou empêchent l'accès au droit commun. Cela nécessite notamment de :

- rendre accessibles les lieux où s'exerce la participation à la vie de la cité (espace public),
- prendre en compte la spécificité des handicaps afin de mettre en place des aides humaines et techniques adaptées (principe du droit à compensation),
- favoriser la demande de soins des personnes en situation de crise ou d'isolement en diversifiant les modalités de prises en charge.

L'accessibilité se traduit par la subsidiarité au droit commun :

- accès au droit commun de la population en situation de besoin d'aide à l'autonomie,
- adaptation du droit commun,
- développement de dispositifs spécifiques quand les besoins ne peuvent être satisfaits par les actions précédentes

Autonomie : capacité pour la personne d'établir ses propres lois, de se gouverner elle-même, dans son environnement (familial, social, territorial). La notion interpelle particulièrement le droit à la parole, à l'expression des personnes (notamment quand celle-ci est limitée) et à la négociation.

Dans le champ médico-social, l'autonomie renvoie aux notions :

- de choix (du mode de vie, du lieu de résidence, de la vie affective...)
- de consentement (notamment dans le champ de la santé, de la protection juridique des majeurs)
- de participation (conseil de vie sociale, association d'usagers, groupes d'entraide)
- de projet individualisé
- de réadaptation et réinsertion de la personne.

Parcours : dans le champ médico-social, il se définit par la prise en compte des différentes étapes de la vie de la personne, mais également des différentes dimensions de la situation de la personne à un moment donné de sa vie.

En effet, l'accompagnement médico-social implique d'examiner la situation de la personne dans sa globalité, au cours d'une évaluation personnalisée : projet de vie personnel, autonomie dans la vie quotidienne, état de santé, environnement familial et social, ressources, ...

Ces différentes dimensions sont amenées à évoluer et nécessitent un ajustement régulier des modalités d'accompagnement mises en œuvre, impliquant des intervenants multiples et des actions coordonnées de ces acteurs.

Trois axes se dégagent de la notion de parcours :

- Une individualisation nécessaire :
 - * Fonctions accueil-écoute-information,
 - * Fonction évaluation (dont diagnostic) ;

- La prise en compte des projets de vie :
 - * Construction de réponses personnalisées,
 - * Continuité des accompagnements,
 - * Prise en compte des choix de vie
 - * Accompagnement tout au long de la vie, y compris des aidants ;

- Le croisement de la personne (parcours de vie) et de son environnement.

Une structuration territoriale au service de la population

La mise en cohérence des politiques publiques suppose l'inscription d'une action lisible et efficace sur les territoires.

Le champ médico-social se caractérise en effet par le nombre et la diversité de ses acteurs. Le développement rapide de réponses nouvelles diversifiées, allant de l'aide personnalisée à domicile à l'hébergement en structures dédiées, pose la question de la capacité collective à les organiser en vue de couvrir efficacement des besoins qui s'expriment de plus en plus sur un mode individualisé et évolutif.

Les réponses médico-sociales sont essentiellement des réponses de proximité. Elles nécessitent pour la plupart une structuration coordonnée entre l'ensemble des acteurs à l'échelle infrarégionale et infra-départementale.

Les Départements du Nord et du Pas de Calais ont engagé une démarche de territorialisation de l'action publique et inscrivent depuis plusieurs années leur action sociale et médico-sociale à l'échelle du « territoire ».

Plus récemment, l'ARS a défini la « zone de proximité » comme étant le niveau de droit commun d'appréhension et de traitement des problématiques médico-sociales.

Les découpages respectifs en territoires et zones de proximité se superposent à quelques différences locales près.

Le SROMS, outil de planification de l'ARS est le lieu d'expression d'une ambition partagée avec les départements du Nord et du Pas-de-Calais autour d'objectifs structurants pour le secteur médico-social et par la même pour la stratégie de nos institutions respectives. A travers ce schéma l'ARS et les deux départements manifestent leur ambition d'améliorer les réponses médico-sociales apportées à la population par leur territorialisation et s'engagent ainsi à :

Schéma régional d'organisation médico-sociale du Nord-Pas-de-Calais pour 2012-2016

- Améliorer l'accueil, l'orientation et l'aide aux personnes en perte d'autonomie à travers le développement sur chaque territoire d'une Maison de l'Autonomie.

La maison de l'autonomie a pour objectif d'organiser et piloter à l'échelle territoriale des fonctions aujourd'hui éclatées ou insuffisamment développées :

- l'accueil, l'information et l'orientation des personnes en perte d'autonomie ou de leur entourage,
- l'évaluation des besoins des personnes et l'élaboration d'un plan d'aide ou de compensation,
- le suivi individualisé des cas considérés comme complexes.

Le développement des maisons de l'autonomie se fera en cohérence avec la généralisation progressive des MAIA.

- Améliorer l'aide aux aidants des personnes en perte d'autonomie à travers le développement sur chaque territoire d'une Plateforme d'aide aux aidants. Ce dispositif a pour objet la gestion intégrée à l'échelle d'un territoire des solutions participant au soutien des aidants des personnes en perte d'autonomie. Le développement de ces plateformes pourra s'appuyer sur le développement des plateformes d'accompagnement et de répit mises en œuvre dans le cadre de la déclinaison du Plan Alzheimer.

- Promouvoir la coopération des acteurs du secteur médico-social au service d'un projet de territoire, autour d'une instance collégiale regroupant ces acteurs.

Cette instance territoriale sera notamment chargée :

- d'identifier les lacunes et marges de progrès dans la réponse aux besoins territoriaux et d'envisager les réponses à y apporter,
- de développer les coordinations et complémentarités avec les acteurs du secteur de la santé, notamment par la spécialisation ou mutualisation de moyens entre les acteurs du territoire.
- de concrétiser ces engagements à travers la contractualisation.

Cette instance, à l'effectif par nature important et regroupant des acteurs aux légitimités et activités diverses, nécessitera d'être fortement structurée dans son organisation et ses modalités de travail.

- Promouvoir l'innovation et les conditions d'un développement durable à travers :

- le soutien à la recherche et l'innovation pour l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes à domicile ou en établissement,
- une préoccupation environnementale pour tous les projets amenés à être développés à partir des financements à venir.

Ces engagements n'épuisent pas le champ des coopérations entre l'ARS et les deux Départements, ni ne recouvrent l'ensemble des domaines abordés par le présent schéma. Ils sont là pour marquer les axes d'une ambition commune et faciliter leur réalisation dans des domaines complexes qui ne peuvent s'accommoder de la dispersion des volontés.

Schéma régional d'organisation médico-sociale du Nord-Pas-de-Calais pour 2012-2016

Afin d'assurer l'opérationnalité des schémas, et de concrétiser l'articulation entre le sanitaire et le médico-social, ces engagements communs prendront la forme d'une convention globale signée en 2012 entre l'ARS et les conseils généraux. Elle précisera notamment les responsabilités et champs de compétences de chacun, afin de coordonner leurs actions et assurer une meilleure fluidité du parcours de soins des personnes.

1. SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC PARTAGÉ

En complément du diagnostic émanant du PSRS, il est important de rappeler que la région Nord-Pas-de-Calais est caractérisée par :

- une espérance de vie à la naissance la plus faible de France dans la population masculine et féminine,
- un taux brut de mortalité supérieur à la moyenne nationale,
- parmi les causes de la mortalité prématurée (avant 65 ans), la surreprésentation de l'alcoolisme tant chez les hommes que chez les femmes.

Le vieillissement de la population va augmenter dans les vingt prochaines années. Le phénomène serait analogue dans le Nord et dans le Pas-de-Calais, de manière plus marquée toutefois pour le Pas-de-Calais, déjà plus âgé à l'heure actuelle. Dès les années 2020, le nombre de personnes de 60 ans et plus y dépasserait le nombre de personnes de moins de 20 ans, ce qui ne se produirait dans le Nord que vers 2030.

Le Nord-Pas-de-Calais resterait toutefois l'une des régions les plus jeunes de France, au second rang juste après l'Île-de-France à l'horizon 2030.

L'état de santé en rapport avec le vieillissement est plus dégradé dans notre région et les personnes âgées sont plus dépendantes qu'au niveau national et sont atteintes de polyopathologies acquises bien avant 60 ans. La prévalence de la dépendance dans le Pas-de-Calais est plus marquée que dans le département du Nord,

Il existe en effet en Région des retards importants d'accès aux soins avec des situations sociales défavorables qui en sont à l'origine.

Quel que soit l'âge, le taux de dépendance des personnes âgées de la région est plus fort qu'ailleurs, de façon plus accentuée pour les hommes que pour les femmes.

Une part importante de la population âgée et en perte d'autonomie vit à domicile (92% des plus de 75 ans dans la région contre 90% en France (INSEE) et le maintien à domicile est un souhait largement exprimé

Les taux d'équipement en hébergement complet dans le Pas de Calais sont inférieurs à ceux du Nord, et en région, inférieurs à ceux de la France (Maison de retraite, Logement foyer, hébergement temporaire, EHPAD, USLD).

L'équipement est plus important dans le Nord avec une dynamique de rattrapage en faveur du Pas-de-Calais depuis 2006

Les taux d'équipement en services (SSIAD) sont à l'inverse plus importants en région qu'en France et dans le Pas de Calais que dans le Nord.

La région Nord-Pas-de-Calais se caractérise par une surreprésentation du handicap : chez les enfants et les adultes, avec un écart au national qui s'accroît s'agissant des enfants, sans que ce « surhandicap » puisse être imputé à une pratique particulière des deux MDPH.

L'impact des indicateurs socio-économiques du Nord-Pas-de-Calais :

- une espérance de vie plus faible,
- un état de santé plus dégradé pour aborder le vieillissement,
- une surreprésentation du handicap
- et parmi les causes de la mortalité prématurée une surreprésentation de l'alcoolisme tant chez les hommes que chez les femmes

L'équipement médico-social, s'il apparaît a priori légèrement supérieur à la moyenne nationale, doit donc être mis en parallèle avec cette situation de surhandicap : c'est ainsi que le calcul de l'€ par « habitant-cible » (bénéficiaires de l'AAH et de l'AEH) fait apparaître au contraire un déficit de places au regard de la moyenne nationale.

Il existe des disparités infra régionales en termes d'offres de prise en charge avec des politiques départementales différentes : un équipement du Pas de Calais quantitativement supérieur à celui du Nord, mais moins spécialisé, donc aux coûts faibles, et peu orienté vers les services et l'intégration en milieu scolaire.

Les politiques menées sur le champ du handicap doivent prendre en compte l'évolution de la demande sociale et démographique: amélioration de la qualité, accompagnement à domicile, intégration en milieu ordinaire, modularité, adaptation et articulation des prises en charge, anticipation du passage de l'enfance à l'âge adulte et du vieillissement des personnes handicapées.

Ces évolutions nécessitent de développer des accompagnements individualisés répondant plus à une logique de parcours.

Les problématiques liées aux addictions pèsent lourdement sur l'état de santé des populations et les indicateurs régionaux déjà défavorables, avec une mortalité prématurée évitable imputable à l'alcool de 5% et au tabac de 28%. Outre les conséquences sanitaires qu'elles induisent, ces pratiques entraînent des dommages familiaux, sociaux et judiciaires.

Malgré une amélioration au cours des vingt dernières années, le contexte épidémiologique régional reste accablant et la surmortalité régionale liée aux pratiques addictives continue de s'accroître, traduisant un écart avec le niveau national persistant voire s'aggravant. Une plus forte prévalence de la mortalité liée aux surdoses chez les 20-39 ans est observée en région. La demande croissante de mises sous traitements de substitution révèle la prégnance de personnes en situation de dépendance psycho active.

Alors que des changements de comportements incitent à espérer une amélioration, d'autres évolutions sont inquiétantes (consommation de tabac chez les femmes, alcool pendant la grossesse, alcoolisation festive excessive des jeunes, ...).

Des déterminants de santé régionaux défavorables, des fragilités et vulnérabilités, et la stigmatisation des personnes présentant des addictions maintiennent des publics éloignés du système de santé avec un recours tardif aux soins, à des stades avancés de la pathologie. La fréquence des poly consommations et des comorbidités complexifie la prise en charge qui doit continuer d'évoluer vers une approche globale de la problématique addictive, dans la coordination et l'articulation des spécialités, notamment en psychiatrie.

La région a bénéficié de moyens substantiels permettant un développement de l'offre de soins. Celle-ci reste néanmoins à conforter sur certains territoires et à adapter au regard de l'émergence de nouvelles formes d'addictions (troubles du comportement alimentaire, jeux, cyber addictions, nouvelles molécules).

La prévention et la prise en charge des addictions constituent par conséquent un enjeu majeur de santé publique pour la région Nord Pas de Calais et l'ensemble des acteurs de la prévention, du soin et de l'accompagnement médicosocial doivent coordonner leurs efforts en les adaptant aux besoins des usagers et en renforçant l'équité territoriale.

La région Nord – Pas-de-Calais se caractérise enfin par l'importance historique des placements en Belgique.

2. PRESENTATION SYNTHETIQUE DU SROMS

2.1 Contexte et enjeux

Le SROMS a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux. Il détermine l'évolution de l'offre médico-sociale souhaitable pour répondre à ses besoins au regard de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante, de sa répartition et de ses conditions d'accès aux services et aux établissements.

Le SROMS porte donc avec le PSRS sur la question des besoins et des priorités.

Les évolutions indiquées au sein du SROMS, notamment en termes de développement sont conditionnées à la détermination de l'objectif global des dépenses et des délégations d'enveloppes dans la région.

Ainsi, le PRIAC à partir de 2012 constitue l'outil de programmation financière du SROMS, dans un contexte de mutation du pilotage budgétaire par l'objectif global des dépenses en autorisations d'engagement et crédits de paiement.

Ces dernières années ont été marquées dans le champ médico-social par un accroissement dynamique de l'offre : des plans nationaux ont permis le développement de structures dans les champs de la gérontologie, du handicap et des addictions.

Même si la dynamique de l'ONDAM médico-social reste plus importante que sur d'autres champs, il n'en demeure pas moins qu'il a tendance à augmenter moins vite depuis 2 ans.

D'autre part, le champ médico-social, intégré à la dynamique du programme régional de santé, doit contribuer à respecter les grands équilibres de la sécurité sociale.

En effet, l'accroissement des dépenses liées à la santé met progressivement en péril la soutenabilité du système de sécurité sociale français.

Dans ce contexte, la voie de la maîtrise des dépenses de santé par la recherche de l'efficacité dans tous les secteurs est la seule possible pour assurer la soutenabilité et la qualité à long terme. Elle doit se faire en prenant en compte l'efficacité des actions menées, et leur impact sur les populations.

Ainsi, le SROMS vise à la fois la structuration de l'offre et son développement.

Schéma d'organisation :

- il agit sur l'offre existante afin d'apporter des réponses adaptées à l'évolution des besoins et faire progresser l'efficience en qualité et en coût
- il doit envisager les transversalités entre les acteurs de la santé au sens large pour garantir la fluidité des parcours
- il doit permettre d'évoluer vers une équité territoriale d'offre en structures et services.

Schéma de développement :

- il identifie les besoins prioritaires de développement de l'offre, encore insuffisante dans certains domaines ou inégalement répartie
- il participe au processus de consolidation nationale aboutissant à la construction des lois de financement de la sécurité sociale.

On retrouve la double approche organisation/développement dans les différents volets du schéma :

- Volet handicap : nécessité de prendre en compte la surreprésentation du handicap, notamment via un développement de l'offre, mais également un renforcement de la prévention, du repérage et de la prise en compte de l'équipement de chaque département.

Malgré un taux d'équipement supérieur au national, les listes d'attente existent toujours et il est nécessaire de trouver des solutions afin d'offrir une réponse aux personnes ne disposant actuellement d'aucun accompagnement.

- Volet gérontologique : le dispositif sanitaire de prise en charge gériatrique est bien développé mais doit être poursuivi sur chaque zone de proximité.

Au vu des caractéristiques régionales, il convient de prioriser l'équipement en services et dispositifs innovants. Les besoins d'hébergement devront être évalués au regard d'analyses partagées avec les conseils généraux

L'enjeu principal réside dans la coordination territoriale des intervenants du domicile, de l'hôpital et du médico-social face à la multiplicité et à l'atomisation des dispositifs.

- Volet addiction : le dispositif de soins s'est développé tant par la structuration du parcours de soins des usagers, que par l'articulation entre le sanitaire et le médicosocial, la gradation de l'offre de soins hospitalière et le renforcement de l'offre médicosociale.

L'effort doit se concentrer sur la prévention des risques et l'accompagnement adapté, pluri professionnel et innovant, favorisant le recours à la démarche de soins.

Globalement sur les 3 volets :

- Rechercher l'équité territoriale pour une approche plus finement territorialisée ;
- Apporter un éclairage sur les niveaux pertinents de planification, la gradation de l'offre médico-sociale, par typologies de structure, de l'espace communal/intercommunal à l'espace régional ;
- Améliorer la coordination des acteurs : enjeu majeur de continuité des parcours de soins et d'accompagnement ;
- Adapter la formation des professionnels ;

- Mobiliser davantage les ressources de la psychiatrie de secteur dans le cadre des dispositifs médico-sociaux. A cet égard, de nombreux champs de coopération nécessitent d'être renforcés et mieux structurés. Il en va ainsi :
 - o du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge précoces (liens avec les CAMSP notamment) ;
 - o des problématiques requérant fortement une approche croisée : handicap psychique, autisme,
 - o troubles du comportement, addictions, psycho-gériatrie ;
 - o des adolescents en difficultés (participation au dispositif des Maisons des Adolescents notamment) ;
 - o des personnes en perte d'autonomie et de leurs aidants ;
 - o des personnes en situation de précarité, de celles en parcours d'insertion.

La réflexion sur l'articulation et les collaborations à développer entre la psychiatrie et les établissements et services médico-sociaux nécessite donc d'être enrichie. Le plan de santé mentale annoncé pour 2012 pourra être le cadre de ces travaux.

Une étude approfondie sur les inadéquations en psychiatrie permettra par ailleurs de réengager la réflexion afin d'aboutir à des prises en charge adaptées, dans le cadre d'un redéploiement des moyens de l'ONDAM sanitaire vers l'ONDAM médico-social

Enfin, une réflexion spécifique sur l'impact de la réforme des soins de suite et de réadaptation sur le champ médico-social, est nécessaire.

La question de la fongibilité d'enveloppes entre le sanitaire et la médico-social se pose essentiellement pour la thématique de la psychiatrie au vu des caractéristiques régionales en SSR et MCO.

Présentation formelle :

Le SROMS s'organise autour :

- d'axes transversaux aux trois populations concernées (personnes en situation de handicap, personnes âgées et personnes en situation d'addictions)
- d'axes sectoriels autour de chacun des publics précités.

Pour chaque axe, 4 ou 5 orientations stratégiques ont été définies, elles-mêmes déclinées en objectifs opérationnels avec des propositions de leviers.

Orientations stratégiques

Chaque orientation est construite autour de 2 parties :

- Problématiques
- Institutions compétentes

Objectifs opérationnels et actions

Il s'agit de décliner de façon plus opérationnelle les orientations.

Pour certains objectifs opérationnels, le niveau de territoire concerné est précisé lorsque cela est possible (Région, territoire de santé, zone de proximité) tandis que d'autres nécessitent un travail plus approfondi et seront élaborés dans la cadre de la mise en œuvre du schéma.

Pour chaque objectif opérationnel, il est précisé les pilotes et partenaires associés et les indicateurs prévisionnels de mise en œuvre. Tous les acteurs du médico-social (associatifs, publics et privés à but lucratif et non lucratif) seront par principe associés à la mise en œuvre de l'ensemble des travaux.

3. VOLET TRANSVERSAL

3.1. Orientation T1 : Améliorer le système d'information et l'observation des besoins et de l'offre médico-sociale

3.1.1. Problématiques

Le SROMS a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux (relevant de la compétence exclusive ou partagée de l'Agence régionale de santé), afin notamment de répondre de façon plus adéquate aux besoins d'accompagnement de la population en situation de handicap, âgée ou concernée par les addictions.

Dans ce contexte, la connaissance quantitative et qualitative de l'offre et des besoins médico-sociaux est un enjeu stratégique majeur pour le SROMS afin de répondre aux objectifs qui lui sont confiés dans la loi HPST.

Cela implique de :

- suivre l'activité des structures prenant en charge les personnes,
- identifier les besoins non couverts à partir d'indicateurs pertinents,
- mettre en évidence les dysfonctionnements et les leviers.

Un vivier important d'informations existe mais plusieurs problèmes sont mis en avant :

- Des données très éparpillées difficiles à compiler ;
- L'utilisation non optimale et non pérenne des ressources existantes ;
- Le manque de coordination dans les démarches de recueil et de productions des données ;
- Un manque d'outils pour identifier de manière précise les besoins des personnes ;
- Un manque de systématisation et d'harmonisation des données au niveau régional ;
- Des difficultés d'exploitation des outils relatifs à l'activité des ESMS en raison de biais liés à la différence d'utilisation et de renseignement par les structures
- La nécessité d'enrichir et d'actualiser les connaissances scientifiques et cliniques.

L'amélioration de l'observation et le développement d'un système d'information en interne à l'ARS constituent donc un objectif indispensable.

L'autre enjeu de cette orientation est de travailler à une convergence des données en région et de partager la connaissance de l'offre et des besoins entre institutions compétentes.

En effet, les partenaires institutionnels, œuvrant dans le domaine médico-social, sont producteurs de données dans le cadre de leurs missions.

La démarche est déjà amorcée (exemple : participation de l'ARS à la réflexion menée par les Conseils Généraux et les MPDH sur les listes d'attente).

Elle demande à être renforcée et organisée.

3.1.2. Institutions compétentes

Cet axe concerne tous les acteurs institutionnels producteurs de données intéressant le champ médico-social : ARS, CG, MDPH, Education Nationale, DIRRECTE, DRJSCS, CARSAT, CREAL, grands opérateurs régionaux , ...

Des dispositifs d'observation partagée existent tels que la plateforme d'observation sociale régionale animée par la DRJSCS et le SOPSS animé par le Conseil Régional. Ils peuvent être les lieux d'exercice de cette orientation.

Deux objectifs opérationnels pour mettre en œuvre cette orientation :

- Asseoir les systèmes d'information en interne à l'ARS et en lien avec les structures
- Développer une observation et une information partagée dans le cadre de relations bilatérales et multilatérales

3.1.3. Objectif opérationnel T1a : Asseoir les systèmes d'information (construire, suivre et exploiter) en interne à l'ARS en lien avec les structures

Action 1 : Améliorer le suivi de l'offre et des besoins médico-sociaux à travers la construction de tableaux de bord

Leviers :

- Définir des indicateurs et ratios pertinents relatifs à l'offre et aux besoins : équipements, en professionnels de santé, demande de soins, formation...
- Construire des tableaux de bord pour le suivi de ces indicateurs
- Mener un travail de cartographie

Publics concernés : Tout type de déficience / Tout âge / Tous publics

Territoires concernés : Région/ Département/Zone de proximité

Pilote (s) : ARS (DOMS – DSEE)

Action 2 : Disposer d'une information régionalisée fiable sur l'activité des ESMS

Leviers :

- Harmoniser les pratiques quand au remplissage des indicateurs médicaux sociaux via un travail de communication auprès des ESMS
- Généraliser l'utilisation des rapports d'activité type et exploiter les outils d'autres secteurs pour penser la transversalité : outil "trajectoire" /PMSI

Publics concernés : Tout type de déficience / Tout âge / Publics fréquentant les dispositifs spécialisés

Territoires concernés : Région

Pilote (s) : ARS (DOMS-DSEE) / CG

Action 3 : Développer l'observation qualitative de l'offre, des besoins et des attentes dans le secteur médico-social

Leviers :

- Exploiter les évaluations internes et externes des ESMS (renvoi fiche T4a)
- Evaluer l'impact des politiques publiques : impact de la mise en place de la T2A dans les soins de suite et de réadaptation sur les structures médico-sociales dans les champs PH et PA, et dans les services hospitaliers d'addictologie
- Réaliser des études et enquêtes de besoins
- Créer un système de veille documentaire

Publics concernés : Tout type de déficience / Tout âge / Publics fréquentant les dispositifs spécialisés

Territoires concernés : Région

Pilote (s) : ARS (DOMS, DOS, DSEE) / CG

Action 4 : Apporter une information fiable et actualisée sur les ESMS au public et aux partenaires

Leviers :

- Poursuivre l'actualisation et la fiabilisation de l'outil FINISS
- Diffuser et publier les cartographies des lieux d'implantation des ESMS dans la région
- Utiliser les nouvelles technologies de communication

Publics concernés : Tout type de déficience / Tout âge / Tous publics

Territoires concernés : Région

Pilote (s) : ARS (DOMS, DSEE) / CG

3.1.4. Objectif opérationnel T1b : Développer une observation et une information partagées dans le cadre de relations bilatérales et multilatérales

Action 1 : Harmoniser et uniformiser les données avec les partenaires institutionnels compétents au niveau régional et par zone de proximité

Leviers :

- Consolider les listes d'attente avec les MDPH et les CG par le biais de groupes de travail
- Travailler en relations bilatérales avec :
 - * les CG sur les indicateurs relatifs à l'offre médico-sociale à compétence partagée : asseoir une méthode commune de calcul des taux d'équipement
 - * l'Education Nationale
 - * la DIRECCTE sur les données relatives à l'insertion professionnelle, les risques liés aux pratiques addictives dans le monde du travail
 - * les services judiciaires (injonctions thérapeutiques)
 - * la DRJSCS sur l'observation des majeurs sous protection juridique

Publics concernés : Tout type de déficience / Tout âge / Tous publics

Territoires concernés : Région

Pilote (s) : ARS (DOMS, DSEE) / CG/ MPDH/ Education nationale/, DIRECCTE/ DRJSCS/ Conseil Régional

Action 2 : Partager la connaissance de l'offre et des besoins des personnes

Leviers :

- Intégrer la plateforme d'observation sociale partagée, animée par la DRJSCS
- Intégrer le SOPSS, animé par le Conseil régional
- Participer aux travaux menés dans le cadre de la MILDT
- Contribuer à approfondir et régionaliser les connaissances dans le domaine des addictions et à leur diffusion

Publics concernés : Toute type de déficience / Tout âge / Tous publics

Territoires concernés : Région

Pilote (s) : DRJSCS / Conseil Régional

Partenaires associés : ARS (DOMS)

3.2. Orientation T2 : Améliorer l'accès aux soins

3.2.1. Problématiques

Le PSRS a montré combien l'accès aux soins est complexe en région Nord-Pas-de-Calais ; mais quand la maladie s'ajoute au handicap, au vieillissement ou à une situation d'addiction, elle est source supplémentaire de vulnérabilité.

L'accès de ces populations est encore plus problématique que pour le reste de la population : il est plus tardif et rencontre des obstacles spécifiques qui peuvent le rendre impossible.

Ces obstacles sont de plusieurs ordres :

L'accès physique :

- l'accessibilité au bâti (cabinets de ville, centres de radiologie, hôpitaux...) n'est pas toujours possible, en particulier pour les personnes lourdement handicapées ou âgées déficientes motrices.
- l'inorganisation ou l'absence de prise en charge financière du transport est aussi un frein (exemples : absence de transports en commun adaptés en zones rurales ou urbaines éloignées, problème d'accès à des centres spécialisés).

L'accès financier :

- le retard dans l'accès aux soins s'explique aussi par le coût des soins. C'est en particulier le cas des personnes dont les revenus sont justes au dessus des minima sociaux, et pour ceux à qui il reste à charge un complément
- les dispositifs existants (ALD, APA, CMU...) sont parfois méconnus
- il est parfois nécessaire d'accompagner l'utilisateur dans ses démarches (ouverture des droits, déclaration du médecin traitant).

L'accès social et culturel :

- il existe une réticence chez certaines personnes en situation de handicap à se faire soigner (exemple de la non-demande chez les personnes en situation de handicap psychique) ;
- la gestion de l'attente, particulièrement aux urgences, n'est pas chose aisée (exemple : adolescent présentant de graves troubles de la conduite et du comportement, adulte avec handicap psychique) ;
- la démarche de soins est difficile pour les personnes en situation d'addictions ; souvent dans le déni et la souffrance, elles ont, ainsi que leur entourage, à affronter une représentation collective souvent négative, qui stigmatise et renvoie à l'isolement
- l'absence ou la difficulté à maintenir la continuité des soins est également source d'abandon par les personnes les plus en difficultés
- Il peut s'agir aussi d'une méconnaissance des circuits de soins. Cette méconnaissance est particulièrement prégnante au moment du passage de l'enfant à l'âge adulte : les jeunes adultes quittent une structure qui leur offre un panel de prise en charge médicale et para médicale, pour le milieu ordinaire ou pour une structure pas forcément médicalisée (ESAT, foyer de vie), et se trouvent en difficulté pour assurer leur parcours de soins.

La difficulté de communication entre professionnels de santé et patients vulnérables :

Les médecins traitants ou hospitaliers sont encore peu formés aux besoins spécifiques des personnes en perte d'autonomie, à l'appréhension d'une personne handicapée présentant des troubles cognitifs, psychiques ou autistiques.

En raison de handicaps ou de maladies neuro-dégénératives, la communication est difficile et la compréhension complexe, d'où un risque de prise en charge inadéquate, de non prise en compte de la douleur pouvant déboucher sur une situation maltraitante. Se surajoute la faible capacité de certains patients, ceux avec autisme notamment, à identifier et signaler une souffrance, puis à accepter les actes de soins, vécus comme intrusifs et angoissants.

Les professionnels rencontrent encore des difficultés à aborder des questions, encore souvent taboues, liées à des consommations problématiques ou des comportements à risques, touchant à l'intimité de la personne. La prise en compte de la problématique addictive au sein des structures et services d'accueil reste complexe.

L'évocation de ces questions pour les personnes âgées, en institutions ou à domicile, est empreinte de traditions culturelles et familiales, ne facilitant pas le positionnement des professionnels ni de l'entourage de la personne ; ainsi, le déni ou la sous-estimation des dangers peuvent conduire à une altération de la prise en charge.

Pourtant, les risques d'exposition à une addiction ou une dépendance aux psychotropes, psychostimulants ou comportements augmentent avec l'âge, et leurs conséquences physiologiques et psychiatriques sont beaucoup plus lourdes.

L'approche de ces pathologies est à considérer spécialement, tant chez les personnes âgées développant une addiction que chez les personnes consommatrices vieillissantes.

Les problèmes de démographie médicale et paramédicale (tant au niveau du premier recours que des structures sanitaires et médico-sociales) sont un frein supplémentaire au parcours de soins des personnes en perte d'autonomie.

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et des personnes concernées par les addictions est donc un enjeu de taille dans l'objectif de transversalité de la politique de santé de l'ARS.

3.2.2. Institutions compétentes

L'enjeu se situe à la fois à un niveau institutionnel /politique et aux niveaux des structures de prise en charge.

- l'institution compétente est l'ARS puisqu'elle organise les soins de premier recours, hospitaliers et l'offre médico-sociale. Elle est la plus à même de renforcer et superviser la coordination des acteurs ;
- les Conseils généraux, en tant que financeurs de prestations (APA, PCH) et de structures médico-sociales ;
- le Conseil régional de par sa compétence dans la formation sociale, médico-sociale et sanitaire
- l'université, pour l'inclusion de modules sur le handicap, les maladies neuro-dégénératives, l'addictologie, dans la formation initiale des médecins ;
- l'URPS.

De leur côté, les professionnels ont un rôle à jouer sur l'articulation et la connaissance de deux univers qui se côtoient peu en raison de la fragmentation de l'offre.

Deux objectifs opérationnels pour mettre en œuvre cette orientation :

- Améliorer la connaissance des publics et des professionnels de santé
- Organiser des circuits de soins plus coordonnés

3.2.3. Objectif opérationnel T2a : Améliorer la connaissance des publics et des professionnels de santé

Action 1 : Adapter les messages de prévention de base et les rendre compréhensibles par les publics âgés, handicapés et concernés par les addictions

Leviers :

- Développer une communication spécifique en termes d'éducation à la santé et de prévention : soins dentaires, nutrition, contraception, pratiques et consommations à risque.
- Les diffuser largement dans les ESMS

Publics concernés : tous publics (âgés, handicapés, concernés par les addictions)

Territoires concernés : Région

Pilote : ARS (DOMS – DOS- DSP)

Partenaires : Conseils généraux

Action 2 : Rendre lisible le parcours de soins

Leviers :

- Communiquer sur les différents parcours à envisager en cas de problèmes cliniques
- Mener une action spécifique pour les jeunes adultes handicapés sortant de structures « enfance » en attente de place (éviter la rupture dans l'accompagnement thérapeutique)

Publics concernés :

Territoires concernés : Région

Pilote : ARS (DOMS et DOS)

Partenaires : Conseils généraux

Action 3 : Préparer les temps de consultation et d'hospitalisation de ces publics

Leviers :

- Mobiliser le personnel des établissements médico-sociaux pour préparer l'hospitalisation avec l'établissement de santé et le patient et si possible l'accompagner ;

- Réaliser des procédures d'accueil et de sortie informant des problématiques et habitudes de vie de la personne, pour une continuité de l'accompagnement ;
- Mettre en place le dossier de liaison sanitaire médico-social (cf orientation transversale relative à la fluidité des parcours)
- Donner aux personnels soignants les clés pour une approche plus facile de la personne accueillie (ex : outils communicants)
- Désigner un référent handicap au sein des centres hospitaliers, en mesure de répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap (accompagnement, interprète, outils de communication...)

Publics concernés :

Territoires concernés : région

Pilote : ARS (DOMS et DOS)

Partenaires : Conseils généraux – Conseil régional (formation des personnels paramédicaux)

Action 4 : Inclure, dans les modules de formation initiale ou continue des professionnels de santé, des notions relatives aux publics.

Leviers :

- Introduire des thématiques spécifiques préventives et de soins (bien-être, douleur, soins palliatifs, dépression, dénutrition/obésité, chute, incontinence, bon usage des médicaments, repérage précoce des cancers des voies aéro digestives supérieures ...)
- Former les professionnels à l'approche du handicap (sensoriel, intellectuel, poly, autistique, psychique), des problématiques du vieillissement ou liées aux addictions.

Publics concernés : tous

Territoires concernés : Région

Pilote : ARS (DOMS-DOS)

Partenaires : Conseil régional, Faculté, URPS...

Action 5 : Apporter une réponse aux médecins généralistes souvent démunis face à une situation complexe

Leviers :

- Créer des connexions téléphoniques entre médecins généralistes et dispositifs médico-sociaux d'information et d'orientation, pour
- apporter une réponse rapide aux médecins en difficulté face à une situation complexe, soutenir les interventions en privilégiant la pluri professionnalité

Publics concernés : tous

Territoires concernés :

Pilote : ARS (DOMS-DOS) – Conseil général 59

Partenaires : Conseil général 62

3.2.4. Objectif opérationnel T2b. Organiser des circuits de soins plus coordonnés

Action 1 : Améliorer l'accessibilité aux urgences, structures et plateaux techniques, via des transports adaptés aux personnes en situation de handicap, âgées, concernées par les addictions

Leviers :

- S'assurer que des transports adaptés permettent aux personnes handicapées et âgées d'accéder aux établissements de soins
- Repérer au niveau régional les dispositifs existants (plateaux techniques) adaptés à la prise en charge de ces populations et les communiquer ;
- Améliorer la formation du personnel des urgences pour l'accueil des personnes handicapées;
- S'assurer d'une signalétique adaptée à tous les types de handicap, notamment sensoriels et mentaux, dans les Centres Hospitaliers ;
- Communiquer sur le dispositif de soin spécialisé en addictologie dans les divers lieux d'accueil et de consultation et chez les professionnels de santé libéraux ;
- Aider l'usager et son entourage à s'inscrire dans un parcours de soins coordonné, particulièrement pour les personnes en grande précarité (information sur l'offre de soins existante, ouverture des droits sociaux, déclaration du médecin traitant) ;
- S'appuyer sur le rôle des CSAPA dans le réseau addictologique pour structurer et coordonner le parcours de soins et favoriser la réhabilitation du patient.

Publics concernés : tous

Territoires concernés : Région

Pilote : ARS (DOMS-DOS)

Partenaires : EPCI, Conseils généraux

Action 2 : Envisager les suites d'hospitalisation des personnes âgées et handicapées : lien HAD/SSR

Leviers :

- Développer les conventions entre SSR et ESMS
- Etablir des conventions entre ESMS et HAD
- Tenter de lever les obstacles gênant l'intervention d'une équipe d'HAD en ESMS

Publics concernés : tous

Pilote : ARS (DOMS-DOS)

Partenaires : Conseils généraux

Action 3 : Diffuser la culture palliative dans les ESMS PA et PH

Leviers :

- Inscrire cette action dans les projets d'établissement des ESMS

- Formaliser le conventionnement entre les équipes de soins palliatives et les EHPAD, les FAM, les MAS ;
- Assurer des actions de formation à la prise en charge palliative et la douleur

Territoires concernés : région

Pilote : ARS (DOMS-DOS)

Partenaires : Conseils généraux

Action 4 : Renforcer les SAMSAH dans leurs mission de coordination des soins pour les adultes en situation de handicap

Leviers :

- Conforter les SAMSAH dans leur mission d'accès aux soins pour les personnes maintenues à domicile (travaux s'intégrant dans une réflexion plus globale sur les services auprès des personnes handicapées - cf orientation 4 volet handicap)

Publics concernés : tous

Territoires concernés : Région

Pilote : ARS (DOMS) Conseil général

Action 5 : Conforter les dispositifs spécifiques de prise en charge adaptée aux personnes handicapées

Leviers :

- Mener une réflexion sur la pérennisation du financement des dispositifs spécifiques (handident, réseau sourd et santé) ;
- Faire mieux connaître l'existence de ces réseaux aux ESMS ;
- Etendre leur intervention sur l'ensemble du territoire régional.

Publics concernés : tous

Territoires concernés : région

Pilote : ARS (DOMS-DOS)

Partenaires : Conseils généraux

Action 6 : Envisager une expérimentation de coopération ESMS/ hôpital par une prise en charge spécifique pour personnes en situation de handicap

Leviers :

- Expérimenter un hôpital de jour spécialisé regroupant sur une même journée différentes consultations (soins dentaires, neurologie, radio, ORL...)
(modalités pratiques de fonctionnement à affiner)

Publics concernés : tous

Territoires concernés :

Pilote : ARS (DOMS-DOS)

Partenaires : établissements de santé

3.3. Orientation T3 : Assurer la continuité des parcours à chaque étape de la vie

3.3.1. Problématiques

Les indicateurs socio-sanitaires particulièrement défavorables dans la région (et notamment sur certains territoires) militent pour la prise en compte des dimensions sanitaires, médicosociales et sociales pour assurer un parcours de santé¹ sans rupture.

Dans le cadre de l'évolution du système de santé français telle que définie par la loi HPST, l'un des enjeux majeurs sera d'assurer l'organisation d'une prise en charge fluide et coordonnée entre acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social (et à l'intérieur de chacun des secteurs), pour les trois publics concernés.

La notion de parcours dans le champ médico-social renvoie à la prise en compte des différentes étapes de la vie de la personne, mais également des différentes dimensions de la situation de la personne à un moment donné de sa vie. En effet, plus encore que le besoin de soins, l'accompagnement médico-social au niveau individuel implique d'examiner la situation de la personne dans sa globalité, au cours d'une évaluation personnalisée. Ainsi doivent être pris en compte son projet de vie personnel, les événements de vie auxquels elle doit faire face, son état de santé, son autonomie dans la vie quotidienne, son environnement familial et social, ses ressources. Ces différentes dimensions seront amenées à évoluer tout au long de sa vie et nécessiteront un ajustement régulier des modalités d'accompagnement mises en œuvre.

L'articulation des différentes institutions au regard de leur champ de compétence est donc essentiel dans l'accompagnement médico-social : ARS, CG, MDPH, Education Nationale, DRJSCS, DIRECCTE, CARSAT.

Plusieurs constats :

- La coordination entre les professionnels de premier recours ou hospitaliers et les équipes médico-sociales est difficile.

Cette difficulté est illustrée lors de la gestion des sorties d'hospitalisation.

- Dans le champ des personnes âgées, les réseaux de santé gérontologiques, qui organisent le lien entre les acteurs, ne couvrent cependant pas l'ensemble du territoire régional (Environ 30% de la population régionale réside sur un territoire couvert actuellement par un réseau de santé gérontologique).

- Faire venir les structures de soins (HAD ou équipes de soins palliatifs) au sein des établissements médico-sociaux n'est pas toujours possible. Des conventions existent cependant avec certains EHPAD. De même l'intervention en EHPAD d'équipes mobiles de soins palliatifs est organisée par circulaire.

¹"La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité."
est à considérer de manière dynamique et non statique, c'est à dire qu'elle nécessite un alignement permanent personnel et unique tout au long de sa vie.

La santé ou état de bien-être global

Lorsque l'entrée dans le handicap ou dans l'univers médico-social se fait suite à une hospitalisation (post AVC ou graves traumatismes, entrée en EHPAD suite à l'hospitalisation pour une simple fracture), il faut alors organiser les relais entre les deux « cultures ».

- L'accompagnement dans la perte d'autonomie est d'autant plus complexe qu'il nécessite une réponse à la fois de proximité et adaptée. Cette réponse est parfois structurée pour certaines déficiences à l'échelle d'un territoire de santé ou au niveau régional, ce qui la rend difficilement conciliable avec la proximité.

La multiplication des centres de référence régionaux est une avancée car elle permet à la fois d'améliorer et de diffuser un corpus de connaissances auprès des structures de proximité.

Sur le champ des personnes âgées, la mise en place des CLIC, MAIA, filières gériatriques, réseaux de gérontologie, a pour objet la coordination. La multiplication de ce type de dispositifs nécessite une clarification du rôle de chacun.

- La participation des structures médico-sociales dans la filière addictologique se construit. Plusieurs supports permettent de favoriser la mise en œuvre d'un réel parcours du patient et son accompagnement jusqu'à la réinsertion en y associant le médecin généraliste : conventions entre services et structures pour les prises en charge croisées en addictologie et santé mentale, groupements de coopération entre structures.

Pour assurer une continuité médicale des soins, des protocoles de délégation de tâches aux professionnels non médecins, s'appuyant sur les expériences acquises et sur la formation, sont en cours de réflexion.

A partir de ces constats, on repère que les ruptures sont de plusieurs ordres :

- Ruptures en cours de prise en charge, conduisant à des hospitalisations qui auraient pu être évitées si la formation des équipes et les adaptations des prises en charge avaient permis un maintien au domicile ou dans le lieu d'accueil ;
- Ruptures entre l'hospitalisation et le domicile, conduisant à une perte de chance de maintien dans l'autonomie ;
- Discontinuité de prise en charge se traduisant par des temps de retour à la charge des familles pour les jeunes adultes ;
- Discontinuité de méthodes : les apprentissages ne sont pas pris en compte, les outils de communication alternative ne sont plus utilisés, les dossiers eux-mêmes ne suivent pas...

D'où la nécessité à la fois de travailler sur :

- la coordination horizontale : articulation entre les établissements et services des secteurs sanitaire, médico-social et social, d'une même zone de proximité ;
- la coordination verticale, plus spécialisée, chargée d'impulser des travaux de recherche, de faciliter la diffusion des nouveaux modes de prises en charge et les expériences innovantes.

Aussi, une meilleure articulation entre les différents secteurs nécessite de clarifier les rôles de coordination à plusieurs niveaux :

1 - Le niveau opérationnel ou clinique où sont accomplis tous les actes de soin et d'accompagnement. C'est le niveau des professionnels en charge de ces actes et celui des personnes et de leurs aidants, confrontés à une fragmentation de l'offre, à des discontinuités de parcours, (notamment sortie d'hospitalisation ou entrée en institution médico-sociale), ou à un déficit d'offre adaptée.

2- Le niveau de la structure ou du dispositif de prise en charge : celui des établissements et services sanitaires et médico-sociaux, réseaux, entités en charge de l'accueil, de l'information, de la coordination,... C'est à ce niveau que sont mobilisés les moyens humains et matériels pour assurer les missions de la structure et que sont gérées les questions d'organisation du travail.

3- Le niveau institutionnel (ville, département, région) : c'est le niveau des décideurs et/ou financeurs du système de santé.

Enfin, la fluidité des parcours nécessite une réflexion particulière sur la Belgique dans la mesure où le diagnostic a permis d'identifier un nombre important de personnes âgées et handicapées de la région, prises en charge en Belgique.

L'objectif est donc de mieux s'articuler avec la Belgique et d'améliorer la qualité de l'accompagnement.

Les travaux relatifs à la prise en charge en Belgique doivent prendre en compte la stratégie des conseils généraux en la matière.

3.3.2. Institutions compétentes

Concernant la perte d'autonomie, les compétences partagées, notamment entre l'ARS et les Départements, nécessitent une coordination forte au niveau institutionnel afin que les réponses proposées soient cohérentes.

C'est pourquoi l'ARS et les deux Départements ont pour objectif commun de mettre en place une organisation structurée des territoires visant à améliorer l'accueil, l'orientation et l'aide aux personnes en perte d'autonomie, et à promouvoir la coopération des acteurs.

Cette perspective est exposée en introduction au présent schéma.

Au-delà de cet axe structurant, deux objectifs opérationnels concourent à la continuité des parcours :

- Outiller les acteurs : centres ressources, expérimentations organisationnelles, formation, outils de liaison
- Mieux structurer la coordination avec la Belgique afin de favoriser la qualité de l'accompagnement

3.3.3. Objectif opérationnel T3a : Outiller les acteurs : centres ressources, expérimentations organisationnelles, formation, outils de liaison

Action 1 : Mettre en place des centres ressources régionaux par type de handicap

Diffusion de la connaissance, appui au diagnostic, formation, recherche, organisation de temps de rencontres professionnelles (journées de sensibilisation commune sanitaire médico-sociale concernant certaines pathologies, appui aux aidants, mutualisation, d'outils, accompagnement et suivi des expérimentations...)

Publics concernés : personnes handicapées

Territoires concernés : Région

Pilote : ARS, transversalité SROS et SRP/CG

Transversalité : Education Nationale/MDPH/Structures sanitaires et médico-sociales/CR

Action 2 : Développer des expérimentations organisationnelles

Leviers :

- Mettre en place des conventions sanitaire /médico-social, avec évaluation régulière de leur effectivité en particulier avec la psychiatrie ;
- Expérimenter des souplesses dans les orientations MDPH (pré accord MDPH avant notification. (Cf. exemple : département 68) ;
- Labelliser et soutenir des services d'aide à domicile et SAVS pour accompagnement de public en situation de handicap ou grande dépendance ;
- Soutenir les actions menées par les pairs aidants, les associations d'usagers et de familles auprès des personnes concernées par les addictions.

Publics concernés : personnes handicapées/âgées/concernées par les addictions

Territoires concernés : Zones de proximité

Pilote : CG/ARS, /MDPH

Transversalité : ARS, transversalité SROS et SRP

Action 3 : Développer la formation et la recherche inter -institutionnelles

Formation

Leviers :

- Développer des modules de formation à la connaissance des pathologies : temps de formation continue, stages croisés (sanitaire, médico-social, social, éducatif) pour constituer un socle commun de connaissances et la compréhension des logiques propres d'intervention ;
- Développer dans les lieux de formation initiale (faculté de médecine, instituts de formation infirmiers, ...) l'interconnaissance des secteurs par la mise en place de module commun ;
- Organiser des temps d'échanges pour les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux dans les établissements médico-sociaux avec l'appui des réseaux de santé existants ;
- Sensibiliser les médecins généralistes et de spécialité aux spécificités des personnes avec handicap dans leur rapport à la douleur et aux soins, et conseiller pour la prise en charge du patient ;
- Organiser des modules de formation continue sur les questions de handicap et d'accompagnement du parcours de l'utilisateur ;
- Développer, dans la formation des internes, des modules portant sur l'accompagnement des maladies chroniques et du handicap ;
- Introduire des modules spécifiques à l'addictologie dans la formation initiale des professionnels de santé ;
- Soutenir les échanges interprofessionnels entre acteurs de l'addictologie et les autres professionnels concernés par les problématiques liées aux addictions ;
- Proposer des guides de pratiques professionnelles aux personnels confrontés aux conduites addictives ou à la dépendance chez les personnes âgées et les personnes handicapées ;
- Organiser des temps de rencontre/formation avec les aidants naturels et les délégués à la protection des majeurs.

Recherche appliquée

Leviers :

- Analyser des parcours ou des retours d'expérience sur situation pour comprendre les points de blocage et les manques d'offre de service ;
- Développer la recherche appliquée sur l'évolution des pratiques professionnelles concernant la prise en charge de handicaps complexes (autisme, polyhandicap, trauma-crânien etc..), ou celle des personnes en situation d'addiction ou de dépendance
- Favoriser les terrains de recherche concernant les nouvelles addictions (sans substances, nouvelles molécules) ;

Publics concernés : personnes handicapées/âgées, personnes concernées par les addictions

Territoires concernés : région

Pilote : ARS, transversalité SROS et SRP /CG

Transversalité : DRJSCS, CR , université, écoles de formations, structures sanitaires et médico-sociales

Action 4 : Développer les éléments de base d'un « dossier de liaison sanitaire – médico-social »

Leviers :

- Mettre en place un groupe de travail rassemblant les acteurs sanitaires et médico-sociaux sous l'impulsion de l'ARS et du groupe de coopération sanitaire de la maîtrise d'ouvrage régionale en systèmes d'information
- Travailler un dossier de liaison intra médico-social

Publics concernés : Tout âge, toute déficience

Territoires concernés : région

Pilote : ARS DOMS

Transversalité : en interne (DOS, DSEE), en externe (CG)

Action 5 : Informer et sensibiliser les ESMS au dossier médical personnel

Leviers :

- Inscrire cette démarche dans les CPOM pour le secteur handicap et dans les conventions tripartites pour le secteur gérontologique
- Veiller à la bonne utilisation du dossier médical et du dossier partagé dans les structures spécialisées en addictologie

Publics concernés : Tout âge, toute déficience

Territoires concernés : région

Pilote : ARS DOMS

Transversalité : CG, ARS (DSEE)

3.3.4. Objectif opérationnel T3b : Mieux structurer la coordination avec la Belgique afin de favoriser la qualité de l'accompagnement

Action 1 : Renforcer le partenariat afin de s'assurer de la qualité de la prise en charge

Leviers :

- Négocier et mettre en place un accord cadre avec la région Wallonne sur le médico-social, notamment sur le handicap, afin d'actualiser les conventions liant les 25 structures wallonnes accueillant des enfants français à l'Assurance Maladie.
- Assurer le suivi conventionnel.
- Pour ce qui concerne les adultes: proposer des conventions avec des structures wallonnes prenant en charge des adultes handicapés avec orientation FAM/MAS.
- Permettre une amélioration des conditions techniques de fonctionnement, donc de la qualité de la prise en charge, via un accord cadre et un arrangement administratif, notamment en intégrant la transposition des conditions fixées par la loi du 2 janvier 2002.
- S'entendre sur une procédure de contrôle conjointe avec l'AWIPH.

Publics concernés : personnes handicapées accueillies en Belgique

Territoires concernés : Région NPDC et région wallonne

Pilote : ARS/ AWIPH/ministère

Transversalité : CG

Action 2 : Assurer la continuité des parcours pour les personnes françaises prises en charge en Belgique

Leviers :

- Favoriser les échanges de pratiques et journées d'étude entre la France et la Belgique, notamment autour des troubles du comportement et de la conduite et des TED
- Mettre en place une réflexion afin d'améliorer le suivi des personnes accueillies en Belgique (dossier de soin et d'accompagnement lors d'un transfert) ;
- Mettre à disposition sur le site internet de l'OFBS, l'ensemble des structures accueillant des personnes âgées et handicapées Françaises en Belgique, avec la mention des prestations offertes, afin d'améliorer l'information des usagers.

Publics concernés : personnes handicapées et âgées

Territoires concernés : Région NPDC et région wallonne

Pilote : ARS/OFBS

Transversalité : ARS (SROMS-SROS)/CG

Action 3 : Mettre en place une coordination en matière de formation professionnelle

Leviers :

- Conclure une convention à titre expérimental destinée à des personnes handicapées françaises leur permettant de suivre, en Belgique, certaines formations spécifiques dont l'offre est éloignée du NPDC.

Si l'expérience est concluante, favoriser une offre de formation régionale coordonnée avec la Belgique

Publics concernés : Toute type de déficience / Tout âge

Territoires concernés : Roubaix à titre expérimental

Pilote : ARS/OFBS/structures/Wallonie

Transversalité : CG

3.4. Orientation T4 : Améliorer l'efficacité au bénéfice des usagers

3.4.1. Problématiques

Le Plan Stratégique Régional de Santé a montré la nécessité de renforcer l'efficacité du système de santé de la région et de permettre l'accès à des soins de qualité pour l'ensemble de la population et notamment pour les populations vulnérables.

Les notions d'efficacité et de qualité y sont corrélées à celle d'optimisation de l'utilisation des ressources mises à disposition du système de santé. Le concept d'efficacité prend ici tout son sens.

Pour rappel, la région Nord-Pas-de-Calais compte un nombre important d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) relevant de la compétence exclusive ou partagée de l'ARS (plus de 1 000). Au vu du volume de structures, les travaux relatifs à l'efficacité ont donc un impact significatif.

Améliorer l'efficacité

L'efficacité est l'apport d'une réponse de qualité à l'atteinte d'un objectif avec l'optimisation des moyens engagés.

Elle ne se confond pas avec l'**efficacité**, qui ne mesure que l'atteinte d'un objectif sans précision des moyens, ni avec la **rentabilité**, terme **financier** qui n'évalue un résultat qu'au regard des capitaux investis.

C'est donc un rapport général coût-efficacité à connotation positive lié à la réussite d'une activité.

En d'autres termes, l'efficacité est l'usage rationnel des moyens dont on dispose pour atteindre des objectifs fixés au préalable.

Il s'agit donc, pour le secteur médico-social, d'aboutir à un service aux usagers de la meilleure qualité possible en fonction des moyens disponibles.

Améliorer l'efficacité du champ médico-social dans le Nord-Pas-de-Calais nécessite de renforcer les capacités de pilotage et d'expertise de l'ARS par une organisation interne et des systèmes d'information adaptés.

La recherche de l'efficience, entendue comme l'atteinte d'un équilibre entre contraintes financières et qualité du service rendu à l'utilisateur, nécessite :

- d'améliorer l'équité de l'allocation de ressources ;
- de poursuivre la politique de contractualisation engagée et de faire du CPOM un outil privilégié de pilotage pour le gestionnaire d'ESMS et un outil d'amélioration de la qualité pour l'ARS ;
- de porter un regard rénové sur les structures.

Dans ce cadre, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a un rôle d'appui. Instaurée par la loi HPST, elle a pour mission d'aider les établissements à améliorer leur service rendu, en élaborant des recommandations et outils pour leur permettre de moderniser leur gestion, optimiser leur patrimoine et accroître leur performance afin de maîtriser leurs dépenses.

L'efficience passe donc également par l'amélioration de la qualité. Parmi les leviers de cette amélioration, figurent, la mise en œuvre des évaluations internes et externes et la politique de promotion de la bientraitance.

Mettre en œuvre des évaluations internes et externes

Par modification de la loi 2002-2, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) prévoit que durant leur cycle d'autorisation (15 ans), les ESMS sont tenus de réaliser deux évaluations externes (la première doit être effectuée au cours des 7 années suivant l'autorisation et la seconde au plus tard deux ans avant la date de son renouvellement) et de transmettre à l'autorité ayant délivré l'autorisation, les résultats des évaluations internes réalisées.

Par dérogation, les établissements ayant reçu une autorisation et ayant été ouverts avant la date de promulgation de la loi HPST (avant le 21 juillet 2009) procèdent au minimum à :

- une évaluation interne au plus tard trois ans avant le renouvellement de leur autorisation (échéance 2015 pour ceux autorisés avant la loi du 2 janvier 2002),
- une évaluation externe au plus tard deux ans avant le renouvellement de leur autorisation (échéance 2014 pour ceux autorisés avant la loi du 2 janvier 2002).

L'évaluation n'est pas un audit, une certification ou un contrôle. Elle permet à ce titre de porter un regard sur la qualité des prestations des ESMS et constitue un levier de progrès pour faire évoluer cette qualité.

Le constat qui peut être posé est celui d'une montée en charge lente : l'enquête flash sur les évaluations externes réalisée lors de l'été 2010 a révélé sur les trois champs, le faible nombre voire l'absence d'évaluations externes menées et des projections de réalisations faibles pour les années à venir.

Promouvoir la bientraitance

La priorité doit être accordée à la prévention à travers le développement de la culture de la bientraitance dans les ESMS. Il convient d'accompagner les structures dans une démarche d'évaluation et de gestion des risques de maltraitance. Il convient de développer une véritable politique de promotion de la bientraitance : diffusion et appropriation des bonnes pratiques professionnelles, développement de la formation des professionnels à la bientraitance,...

L'ARS établit un programme annuel d'inspections dans le cadre de la prévention de la maltraitance. Ce programme, prenant en compte les orientations nationales, est élaboré conjointement avec les conseils généraux.

Par ailleurs, une attention particulière doit être portée à la protection juridique des majeurs, levier essentiel de protection des personnes particulièrement vulnérables.

En 2011, environ 45 000 majeurs sont placés sous une mesure de protection juridique dans le Nord-Pas-de-Calais, assurée pour près de la moitié d'entre eux par un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM).

Il est primordial de garantir à ces personnes l'accès et le respect de leurs droits et l'expression des représentants de ces personnes dans un certain nombre d'instances.

D'autre part, l'ARS reçoit plus de 400 signalements et plaintes par an, dans le secteur médico-social, dont certaines font l'objet d'un traitement par inspection. Dans certains cas, la mise en œuvre de cette dernière doit être imminente au regard de la gravité de la situation.

L'analyse des plaintes et suites d'inspection peut constituer un socle d'informations permettant de construire des programmes de prévention et de sensibilisation spécifiques.

La bientraitance passe également par l'amélioration de l'accessibilité des ESMS, principe posé dans la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Pour les personnes âgées, la problématique de la mobilité quotidienne est une question fondamentale. La mobilité permet de maintenir les liens sociaux, favorise l'autonomie, permet d'avoir des activités de loisirs.

La volonté d'améliorer la qualité se traduit par l'appui de l'ANESMS, créée par la loi de financement de la sécurité sociale de 2007. Elle a pour mission de :

- valider, élaborer ou actualiser et diffuser des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en vue de promouvoir une culture de la bientraitance
- accompagner les ESMS dans la mise en œuvre des évaluations internes et externes, instituées par la loi du 2 janvier 2002. Dans ce cadre, elle habilite les organismes extérieurs qui procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements ou services visés à l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles.

3.4.2. Institutions compétentes

Concernant la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, les directives nationales sont précises : l'ARS est chargée du pilotage régional de cette politique dans le champ médico-social en relation avec les préfets de département (responsables de la coordination générale au niveau départemental de la politique de lutte contre la maltraitance dans le secteur social et médico-social) et les services des conseils généraux.

Une coordination doit également être organisée avec la DRJSCS, sous l'autorité du préfet de région, chargée du pilotage et de la coordination au niveau régional des politiques sociales, dont celles relatives à la protection des personnes majeures dans le secteur social.

3.4.3. Objectif opérationnel T4a : Renforcer l'efficacité au bénéfice de l'utilisateur

Action 1 : Développer une politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bienveillance

Levers :

- Inciter les ESMS à formaliser cette démarche qualité dans leur projet d'établissement ou de service ;
- Organiser des journées d'échanges thématiques avec les professionnels des ESMS ;
- Optimiser la procédure de signalement des cas de maltraitance et mener une réflexion sur la gestion de ces signalements ;
- Assurer le traitement des plaintes, réaliser les inspections et en assurer le suivi en articulation étroite avec les institutions conjointement compétentes ;
- Sensibiliser sur la qualité et l'intégration de l'accompagnement des majeurs sous protection juridique.

Publics concernés : Tout âge/Tout type de handicap

Territoires concernés : Région

Pilote (s) : ARS DOMS/ CG/ DRJSCS

Action 2- Améliorer la place de l'utilisateur

Levers :

- Mettre en place un dispositif de médiation via la désignation de « personnes qualifiées » dans les 2 départements
- Proposer, à titre expérimental, en EHPAD, d'ouvrir le Conseil de Vie Sociale, en sus des représentants des résidents et familles, à un représentant d'association,

Publics concernés : Personnes âgées

Territoires concernés : A définir

Pilote (s) : ARS DOMS/ CG/ DDCCS

Partenaires associés : Commission des usagers

Action 3 : Améliorer l'équité de l'allocation de ressources aux ESMS

Levers :

- Mener une politique de convergence tarifaire, pour les EHPAD et ESAT comme prévu nationalement, mais aussi progressivement pour les autres catégories d'ESMS.

- Travailler avec les ESMS à des analyses comparatives entre structures afin de partager les outils comparatifs. Mieux utiliser les indicateurs médico-sociaux et les futurs indicateurs de pilotage de la performance en cours d'élaboration par l'ANAP.

Publics concernés : ESMS financés par l'ONDAM PA, l'ONDAM PH, ESAT

Territoires concernés : Région

Pilote (s) : ARS DOMS

Action 4 : Poursuivre la politique de contractualisation, outil privilégié de pilotage et d'amélioration de l'efficience

Leviers :

- Faire de la convention tripartite (cf volet personnes âgées) et du CPOM un outil d'amélioration de l'efficience : lisibilité pluriannuelle, déclinaison du projet global du gestionnaire, amélioration de la gouvernance, prise en compte de l'évolution de la population prise en charge,...
- Partager un programme pluriannuel de travail avec les conseils généraux pour les renouvellements de conventions tripartites et les CPOM conjoints ;
- Disposer d'outils régionaux de préparation de (re)négociation de CPOM et de suivi des CPOM signés ainsi que pour les conventions tripartites

Publics concernés : ESMS financés par l'ONDAM PA, l'ONDAM PH, ESAT

Territoires concernés : Région

Pilote (s) : ARS DOMS / CG (pour les CPOM conjoints)

Action 5 : Favoriser les démarches d'évaluation interne et externe

Leviers :

- Sensibiliser et accompagner les démarches d'évaluation interne et externe auprès des ESMS
- Exploiter les rapports d'évaluation au niveau du suivi de l'établissement ou du gestionnaire et au niveau régional pour faire émerger des pistes d'action plus globales

Publics concernés : Tout âge/Tout type de handicap

Territoires concernés : Région

Pilote (s) : ARS DOMS / CG

3.5. Orientation T5 : Renforcer le soutien aux aidants

3.5.1. Problématiques

La réponse à la volonté exprimée par les personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie de pouvoir vivre au domicile le plus longtemps possible repose, au-delà des diverses interventions et aides institutionnelles ou bénévoles, sur la capacité des aidants naturels à accompagner la personne malade.

L'aidant naturel ou familial est la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, régulièrement et de façon permanente ou non, à une personne dépendante de son entourage, pour l'accompagnement aux activités de la vie quotidienne, aux soins, aux démarches administratives, aux déplacements.

En Région Nord-Pas-de-Calais, toutes pathologies confondues, 82 000 personnes vivant à domicile seraient aidées au quotidien par un proche, ce qui impliquerait l'intervention de 82 000 à 164 000 aidants (enquête HID 2008).

Compte tenu de l'évolution démographique constatée et de la structuration de la pyramide des âges, l'INSEE prévoit une diminution du nombre des aidants naturels, le ratio d'un à deux aidants pour un aidé devant enregistrer une baisse sensible.

L'action des aidants naturels favorise fortement la possibilité de vivre le plus longtemps possible au domicile pour l'aidé, repoussant d'autant «l'institutionnalisation». Les aidants poursuivent par ailleurs leur action au-delà du domicile, lorsque les personnes aidées (en situation de handicap ou en perte d'autonomie) sont prises en charge par des ESMS.

L'aide aux aidants relève tant des politiques nationales (actées par le Plan Alzheimer par exemple) que de celles menées par les Départements, complétées de l'action des associations de familles et des bénévoles.

Il s'agit d'apporter des réponses adaptées, afin d'éviter notamment l'épuisement des aidants qui vivent au contact des personnes malades.

Les principaux besoins exprimés par les aidants consistent à :

- disposer de moments de répit ;
- être accompagnés et soutenus psychologiquement ;
- être aidés dans la vie quotidienne ;
- être aidés dans l'accomplissement des soins.

Le soutien des aidants passe notamment par la formation, l'offre de répit et la structuration d'espaces ressources :

La formation

- Pour les personnes en situation de handicap, certaines formations ont été mises en place ces dernières années pour les aidants de personnes polyhandicapées (financement Conseil Régional), et les aidants de personnes autistes (financement Centre Ressource Autisme)
- Pour les personnes âgées : le Plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la mise en œuvre de formations (2500 au plan national en 2011, dont 129 en région NPDC) à destination des aidants des malades.

Elle vise à offrir à ces familles des outils essentiels à la compréhension de la maladie et de ses troubles, des difficultés du malade, de ses retentissements dans la vie quotidienne. Il s'agit de permettre à l'aidant de prévenir, anticiper et mobiliser les ressources internes et externes afin de construire un projet de vie avec le malade tout en se préservant.

L'offre de répit

- *les centres d'accueil de jour* : ont pour objectif l'accueil à la journée des personnes, permettant une prévention de l'épuisement et de l'isolement des aidants, tout en prévenant l'aggravation de l'état de la personne handicapée, âgée ou malade.

L'offre d'accueil de jour existe tant dans le champ du handicap (étude à mener pour identifier précisément l'offre) que de celui des personnes âgées, ce dernier disposant au 1^{er} janvier 2011 de 920 places autorisées, dont 719 dédiées à la prise en charge Alzheimer.

- *l'hébergement temporaire* : limité à 90 jours/an, il est destiné à des personnes dont la vie à domicile est momentanément perturbée. La prise en charge des personnes handicapées nécessite préalablement une orientation par la CDPAPH.

Sur le champ du handicap, si deux structures sont dédiées exclusivement à l'hébergement temporaire, les places sont généralement réparties dans des structures proposant de l'hébergement complet.

Pour l'accueil des personnes âgées, 611 places sont autorisées au 1^{er} janvier 2011, dont 82 spécifiquement dédiées à l'accueil Alzheimer, les places étant affectées, en quasi-totalité, dans des structures proposant de l'hébergement complet.

Le constat d'une sous-occupation chronique des places installées (notamment révélé par l'enquête déclarative nationale « mauve » pour le champ des personnes âgées), et de capacités installées très inférieures aux capacités autorisées, a conduit à l'identification de problématiques spécifiques :

- * méconnaissance des dispositifs,
- * difficultés liées au transport domicile/structure (organisation, indemnisation),
- * reste à charge des familles jugé trop élevé,
- * barrières psychologiques des familles (perception en tant que « porte d'entrée » vers le tout-institution),
- * pour les gestionnaires : nombre de places réduit², difficulté d'organisation (projet de vie, transport, cadre bâti, personnel, dimension économique).

- *les plateformes d'accompagnement et de répit du plan Alzheimer* : elles permettent aux aidants (conjoint ou enfants le plus souvent) des malades de « souffler » grâce à des relais professionnels. Elles apportent un soutien (information, soutien psychologique...) et proposent un accompagnement pour la personne malade via une large palette de services (accueil de jour, hébergement temporaire, garde itinérante, groupe de paroles pour aidants, séjours vacances, café mémoire...).

La plateforme de répit « La Maison d'Aloïs » implantée en 2009, à titre expérimental, en Nord-Pas-de-Calais propose ce type de prestations diversifiées.

² une mise aux normes capacitaires des AJ est à effectuer en liaison avec les services des départements, tout en maintenant une offre de proximité.

Parallèlement, les « formules innovantes de répit » permettent depuis 2010, à titre expérimental, une mise en œuvre locale de prestations assurant une aide ou une suppléance de l'aidant afin de le soulager ainsi qu'une surveillance du malade.

Dans la région sont en expérimentation, la prestation de répit à domicile (présence continue d'un professionnel pour suppléer l'aidant) et la garde à domicile de nuit (passages ponctuels au domicile avant, pendant la nuit, ou présence d'un professionnel pour la surveillance du malade et le soulagement de l'aidant).

Il ressort des premiers bilans de cette expérimentation que la diversification des services proposés et la souplesse de leur utilisation répondent davantage aux attentes et besoins des aidants et des malades Alzheimer eux-mêmes.

Il est prévu le développement de 150 plateformes de répit au plan national d'ici la fin 2012 dont 8 pour le NPDC, un appel à candidatures a été lancé en juillet 2011.

La structuration d'espaces ressources : Les Plateformes Territoriales d'Aide aux Aidants

Dans le cadre de ses deux schémas départementaux en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, le Département du Pas de Calais s'est fixé comme objectif d'améliorer l'aide apportée aux aidants des personnes en perte d'autonomie, à travers le développement de plateformes assurant la gestion intégrée, à l'échelle d'un territoire, de l'ensemble des solutions participant à ce soutien.

Il s'agit de proposer un espace ressource pour les aidants (naturels, bénévoles ou professionnels) :

- * Accueil, écoute, orientation de l'aidant,
- * Soutien psychologique,
- * Actions collectives (verbalisation, conseil, formation),
- * Organisation des temps de répit (accueil de jour, hébergement temporaire, ...)

La plateforme est constituée a minima de tous les opérateurs de l'aide aux aidants du territoire.

Le Département du Pas-de-Calais bénéficie d'un financement de la CNSA pour l'expérimentation de 9 Plateformes Territoriales.

Plus récemment, le Département du Nord a opté pour ce type de dispositif.

Dans un souci de coordination, le développement de ces plateformes pourra s'appuyer sur celui des plateformes de répit précitées.

Ce dispositif participe de la volonté partagée d'améliorer l'organisation territoriale au service de la population (cf Introduction au schéma).

Deux objectifs opérationnels pour mettre en œuvre cette orientation :

- Améliorer la connaissance et la lisibilité des dispositifs d'aide
- Développer et structurer une offre accessible en termes de proximité

3.5.2. Objectif opérationnel T5a : Améliorer la connaissance et la lisibilité des dispositifs d'aides

Action 1 : Mettre à disposition des aidants des supports d'information adaptés

Leviers :

- concevoir et diffuser des supports précisant notamment l'offre existante (coordonnées, prestations offertes,)
- utiliser les sites internet institutionnels comme vecteurs de l'information

Publics concernés : aidants PA et PH

Territoires concernés : tous

Pilote : ARS/CG

Partenaires : MDPH, Services sociaux,

Action 2 : Mener des actions de communication régionale et territoriales

Leviers :

- décliner au niveau régional les "journées thématiques nationales" ;
- mettre en œuvre des actions d'information territoriales sur l'ensemble des formules proposées sur le territoire.

Publics concernés : aidants PA et PH

Territoires concernés : tous

Pilotes : ARS/CG

3.5.3. Objectifs opérationnels T5b : Développer et structurer une offre accessible en termes de proximité

Action 1 : Structurer et développer les dispositifs permettant le répit pour l'aidant

Leviers :

Accueil de jour :

- mettre aux normes capacitaires les accueils de jour pour malades alzheimer et recomposer l'offre en maintenant la proximité ;
- développer les formules innovantes (accueil de jour itinérant par exemple) ;
- mener une réflexion sur l'offre en accueil de jour dans les établissements pour personnes handicapées.

Hébergement temporaire :

- recomposer l'offre actuelle pour personnes âgées pour pallier la sous-occupation ;
- favoriser l'offre d'hébergement temporaire autonome pour personnes âgées afin d'éviter la dispersion des capacités ;

Schéma régional d'organisation médico-sociale du Nord-Pas-de-Calais pour 2012-2016

- envisager la création de Maisons d'Accueil Temporaire pour personnes en situation de handicap pour aboutir à une maison sur chaque territoire de santé ;
- accompagner une étude de long terme sur la mesure du besoin de répit sur la région, et ses conséquences en termes de planification.

Plateformes d'accompagnement et de répit :

- mailler le territoire régional de plateformes d'accompagnement et de répit Alzheimer (4 prévues fin 2011, 4 supplémentaires en 2012), en articulation avec d'autres dispositifs à venir tels que les plateaux territoriales d'aide aux aidants

Formules innovantes de répit :

- accompagner l'expérimentation , en vue du développement des prestations de répit (aide et suppléance de l'aidant)

Publics concernés : aidants naturels

Territoires concernés : toutes les zones de proximité

Pilote : ARS, en partenariat avec les Conseils Généraux

Partenaires : MDPH

Action 2 : Former les aidants naturels

Leviers :

- mettre en œuvre la formation des aidants naturels prévue par la mesure du Plan Alzheimer- promouvoir la formation des aidants des personnes handicapées avec l'appui des Centres ressources existants et à créer.
- favoriser la pair-aidance pour les aidants des personnes en situation de handicap (sur le modèle de ce qui se fait en GEM)

Publics concernés : aidants naturels PA ALZ ou maladie apparentée, aidants de personnes handicapées

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilote : ARS (DOMS)

Partenaires : Conseils généraux, CRA, GEM

Indicateurs de suivi : nombre d'actions de formations effectives, nombre d'aidants formés

Action 3 : Faciliter l'accès à l'hébergement temporaire pour les aidants de personnes handicapées

Leviers :

- favoriser le droit au répit en envisageant de façon expérimentale sur un territoire, la possibilité d'une orientation systématique en hébergement temporaire dès qu'une orientation d'hébergement permanent est notifiée ; - proposer aux deux départements et aux deux MPDH un travail régional sur les simplifications d'hébergement pour les ressortissants du Nord dans le Pas de Calais et inversement (question de l'aide sociale)

Publics concernés : aidants naturels de personnes handicapées

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilote : ARS (DOMS), Conseils généraux, MDPH

4. VOLET HANDICAP

4.1. Orientation H1 : Favoriser le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement précoces

4.1.1. Problématiques

La région Nord-Pas-de-Calais présente une surreprésentation du handicap sur les champs enfance et adulte. La part des bénéficiaires de l'AEEH sur les enfants de 0 à 20 ans dans la région est en effet de 1,30 %, alors que la moyenne nationale est de 1,01 % (chiffres 2009). Cet écart s'est aggravé en passant de 0,2 points à 0,3 points entre 2008 et 2009. L'enjeu primordial est ainsi de prévenir le handicap le plus précocement possible afin de contenir cette évolution.

De nombreux acteurs sont impliqués au niveau de la petite enfance en termes de repérage, dépistage, diagnostic et accompagnement précoces : centres de périnatalité, réseaux de santé, familles, PMI, premier recours (médecins généralistes et spécialistes, sages-femmes), crèches, écoles, réseaux et dispositifs médico-sociaux : CAMSP, CMPP, centres ressources, SESSAD et IME petite enfance.

De nombreux obstacles rendent difficile l'articulation entre ces acteurs et entraînent des ruptures dans l'accompagnement :

- délais d'accès, en particulier aux CAMSP, en dépit d'un maillage du territoire complet. Les longs délais d'attente pour y accéder génèrent angoisses dans les familles et retard dans le traitement des troubles de l'enfant.
- L'absence sur le territoire de SESSAD peut conduire les CAMSP, qui offrent un bilan et au besoin une prise en charge pluridisciplinaire complète, à intervenir sur du long terme, parfois au-delà de 6 ans.
- problèmes d'accessibilité pour les familles domiciliées en zones rurales.
- mauvaise lecture du dispositif par les professionnels de santé, notamment la médecine de ville et par les familles. Pour ces dernières, le repérage des acteurs compétents n'est pas aisé et le parcours de l'enfant est peu lisible.
- procédures administratives complexes : reconnaissance du handicap et notification par la CDAPH nécessaire pour l'accès à un SESSAD ou un IME.

Le renforcement du dispositif petite enfance, porte d'entrée du handicap, est une priorité.

4.1.2. Institutions compétentes

- ARS : sur le champ des ESMS, le premier recours, l'offre de soins et les réseaux

- Conseils généraux : PMI et compétence conjointe avec l'ARS sur les CAMSP
- Education nationale (intégration scolaire petite enfance)
- MDPH : rôle de la CDAPH dans la reconnaissance du handicap, l'attribution des allocations et les notifications d'orientations vers ESMS

Deux objectifs opérationnels pour mettre en œuvre cette orientation :

- Mieux structurer le repérage et l'orientation, définir les niveaux de recours, rendre lisible le dispositif afin de faciliter le parcours des familles
- Renforcer les CAMSP, conforter leurs missions et mieux les articuler avec les structures d'aval

4.1.3. Objectif opérationnel H1a : Mieux structurer le repérage et l'orientation, définir les niveaux de recours, rendre lisible le dispositif afin de faciliter le parcours des familles

Il s'agit :

- de mieux organiser l'annonce du handicap à l'hôpital ou lors d'un premier accompagnement médico-social,
- d'assurer l'accompagnement des parents dans le parcours de leur enfant, de les informer des niveaux de recours accessibles à proximité ou au niveau régional en fonction du handicap
- d'améliorer la connaissance réciproque des acteurs concernés d'une zone de proximité.

Il est nécessaire de définir les niveaux de recours, de savoir qui fait quoi à chaque étape du parcours.

Action 1 : Améliorer l'annonce d'une pathologie ou d'un handicap à la famille

Leviers :

- Renforcer la sensibilisation des équipes hospitalières à l'annonce du handicap ;
- Organiser la coordination sanitaire/médico-social afin de préparer le dispositif d'annonce lorsque celui-ci intervient après la phase périnatale.

Publics concernés : Tout type de déficience / 0-6 ans

Territoires concernés : Région

Pilote : ARS (DOMS – DOS)

Partenaires : Conseils généraux (PMI), CLAD, services de néonatalogie, réseaux de périnatalité

Action 2 : Flécher l'accompagnement de l'enfant et de ses parents dès la sortie de la maternité pour engager l'aval de la prise en charge et les connexions avec la ville et le CAMSP

Leviers :

Renforcer la mission des réseaux de périnatalité sur la coordination à mener auprès des nouveaux nés vulnérables

Publics concernés : Tout type de déficience / 0-6 ans

Territoires concernés : Région, à mener à l'échelle des territoires de santé

Pilotes : ARS (DOS-DOMS), Conseils généraux (PMI)

Partenaires : réseaux de périnatalité

Action 3 : Faire mieux comprendre aux familles le handicap et le parcours de leur enfant et définir les niveaux de recours

Leviers :

- Rédiger et diffuser des fiches de parcours de l'enfant en fonction de sa déficience et de ses troubles (sans chercher à construire une typologie de handicap qui serait en contradiction avec la loi de 2005 et avec la prise en compte de la singularité de chaque parcours) ;

- Proposer par zone de proximité, territoire ou région, des cartes d'implantation et annuaires des établissements sanitaires (services de néonatalogie, pédiatrie), des centres-ressources, et des ESMS et préciser le niveau de recours.

Publics concernés : Tout type de déficience / 0-6 ans

Territoires concernés : Région

Pilotes : ARS (DOMS, DOS, DSEE), Conseils généraux (PMI)

Partenaires : MDPH, Education nationale, services de néonatalogie...

Action 4 : Repérer à l'échelle de la zone de proximité les acteurs impliqués dans l'accompagnement de la petite enfance handicapée

Leviers :

- Organiser des journées permettant aux différents acteurs d'une zone de proximité (CAMSP, PMI, ESMS, crèches, écoles, médecins libéraux, établissements de santé, centres ressources, CAF...) de mieux se connaître

Publics concernés : Tout type de déficience / 0-6 ans

Territoires concernés : zones de proximité

Pilotes : ARS (DOMS, DOS), Conseils généraux (PMI)

Partenaires : MPDH, services de néonatalogie, réseaux de périnatalité, ESMS, CAF, médecins libéraux, établissements de santé...

4.1.4. Objectif opérationnel H1b : Renforcer les CAMSP, conforter leurs missions et mieux les articuler avec les structures d'aval

Même si sur la région, chaque zone de proximité est dotée d'au moins un CAMSP, certains d'entre eux sont en difficulté et ne peuvent assurer un accompagnement précoce des enfants ou ne peuvent passer le relais.

Action 1 : Déterminer les CAMSP à renforcer prioritairement

Leviers :

- Analyser les délais d'attente pour l'accès à un premier rendez-vous en CAMSP et le démarrage de la prise en charge ;
- Etudier la démographie médicale et paramédicale de chaque zone de proximité
- Prendre en compte l'€ par enfants et/ou allocataires AEEH sur chaque zone de proximité
- Prendre en compte la globalité de l'offre (ESSAD, IME, IEM et ITEP) disposant d'un agrément de prise en charge avant les 6 ans de l'enfant, ainsi que les CMPP et CMP.

Publics concernés : Tout type de déficience / 0-6 ans

Territoires concernés : Région

Pilotes : ARS (DOMS, DSEE), Conseils généraux

Action 2 : Disposer d'une information régionalisée de l'activité des CAMSP

Leviers :

- Travailler sur un rapport d'activité type applicable à tous les CAMSP de la région

Publics concernés : Tout type de déficience / 0-6 ans

Territoires concernés : Région

Pilotes : ARS (DOMS, DSEE), Conseils généraux

Action 3 : Définir les missions des CAMSP

Leviers :

- Analyser l'activité actuelle des CAMSP (en prenant en compte les Indicateurs Médico Sociaux, les rapports d'activité) et mesurer les écarts
- Repréciser les missions des CAMSP

Publics concernés : Tout type de déficience / 0-6 ans

Territoires concernés : région
Pilotes : ARS (DOMS), Conseils généraux

Action 4 : Mieux articuler les CAMSP avec la PMI, les CMP, les CMPP

Leviers :

- Reprendre et régionaliser la fiche action du SDOMS Pas de Calais relative au lien CAMSP/PMI ;
- Avoir une réflexion particulière sur l'offre en CMPP dans le département du Pas de Calais ;
- Analyser les possibilités de complémentarité avec les CMP et les hôpitaux de jour.

Publics concernés : Tout type de déficience / 0-6 ans
Territoires concernés : région
Pilote : ARS (DOMS, DOS), Conseils généraux (PMI)

Action 5 : Organiser les liens avec les structures d'aval

Leviers :

- Travailler avec les MDPH afin d'éviter les ruptures de prise en charge et faciliter le passage d'un CAMSP à un SESSAD ;
- Renforcer le maillage territorial en places de SESSAD 0-6 ans (et le cas échéant en places d'IME petite enfance) afin d'assurer la prise en charge d'aval et proposer une offre équitable d'accompagnement précoce à l'échelle de la zone de proximité
- Utiliser l'outil CPOM ou systématiser le conventionnement entre structures.

Publics concernés : Tout type de déficience / 0-6 ans
Territoires concernés : région
Pilotes : ARS (DOMS), Conseils généraux (CPOM)
Partenaires : MDPH

4.2. Orientation H2 : Favoriser l'accès effectif aux droits des personnes en situation de handicap

4.2.1. Problématiques

La loi du 11 février 2005 porte sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Elle vise à permettre, à la personne en situation de handicap, la participation à la vie en société et l'accès aux droits comme tout autre citoyen : accès à la santé, la scolarisation, la formation et l'insertion professionnelle, le logement, la culture et les loisirs.

Elle vise également à mettre en œuvre l'accessibilité aux lieux publics et aux transports.

Elle instaure également une logique de parcours intégrant l'accompagnement de la personne tout au long de son projet de vie. Le présent schéma s'inscrit donc dans le cadre de la loi de 2005, en intégrant le principe de la compensation du handicap.

Si l'accès aux droits recouvre une acception large, les priorités sur lesquelles l'ARS et ses partenaires ont des leviers à actionner se concentrent sur :

- l'inclusion scolaire ordinaire,
- l'insertion professionnelle,
- l'accès aux soins,
- l'accessibilité des structures médico-sociales.

(ces deux derniers axes sont respectivement traités dans le cadre des orientations transversales 2 et 4).

L'inclusion scolaire :

Selon l'article 1^{er} du décret 2005-1752, le parcours de formation des élèves handicapés s'effectue en priorité en milieu scolaire ordinaire. Tout enfant présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'établissement d'enseignement le plus proche de son domicile, lequel constitue alors son établissement de référence.

Si le recours à un établissement de référence est désormais la norme, des adaptations, soutiens et accompagnements sont mises en place en fonction des besoins du jeune. Ainsi le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en établissement scolaire ordinaire augmente régulièrement au niveau national comme dans la région et cette tendance devrait se poursuivre.

Cette question apparaît tout à fait essentielle au regard de la surreprésentation du handicap en Nord-Pas-de-Calais et des indicateurs sociaux défavorables. Le diagnostic élaboré préalablement à ce schéma a pointé des efforts à maintenir en termes d'inclusion scolaire dans la région et la nécessité de mener des actions spécifiques dans chacun des départements. L'accompagnement est encore très institutionnalisé dans le Pas-de-Calais, alors que le Nord, mieux doté en SESSAD, a une pratique de scolarisation en milieu ordinaire plus courante.

Les besoins prioritaires sont les suivants :

- Parvenir à une plus grande égalité des droits et des chances quel que soit le territoire de vie du jeune et de sa famille ;
- Permettre au jeune et à sa famille d'être acteurs dans la construction du parcours de scolarisation ;

- Construire ou conforter, en synergie avec le service public de l'Education Nationale, des environnements permettant la conception et la mise en œuvre de Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS) appréhendant finement les Besoins Educatifs Particuliers (BEP) des enfants et des adolescents en situation de handicap, favorisant ainsi la construction de parcours de scolarisation fluides et réussis ;
- Contribuer à l'élévation globale du niveau de formation et de qualification des jeunes en situation de handicap, afin de leur permettre à terme une insertion dans la vie (notamment professionnelle) des plus favorables au regard de ses capacités et son contexte de vie ;
- Faire évoluer l'offre de service afin de répondre aux enjeux d'insertion sociale et professionnelle.

L'insertion sociale et professionnelle des jeunes (16-25 ans) en situation de handicap :

Ils sont souvent confrontés à des ruptures entre l'âge de 16 et 25 ans, période du passage d'un accompagnement important en établissement médico-social (social, éducatif, thérapeutique...) ou en scolarité spécialisée, à une plus grande autonomie, soit directement dans le monde du travail, soit en attente d'insertion professionnelle.

Les institutions et organismes compétents pour suivre les enfants et adultes demeurent souvent cloisonnés (compétences thématiques, compétences en fonction de classes d'âge...) et il subsiste des effets filières (par exemple un enfant sortant d'IME aura plus de chance d'accéder à un ESAT qu'un enfant ayant connu un échec en ULIS).

Ces cloisonnements, joints à la complexité des différents dispositifs et aides possibles, contribuent à rendre opaques les possibilités d'intégration pour l'usager, mais aussi pour les professionnels.

Des leviers sont à conforter ou à adapter en fonction des besoins : les services (SESSAD pour les jeunes, SAVS et SAMSAH pour les adultes) sont ainsi des vecteurs d'intégration dans la société, mais ne sont pas toujours utilisés à pleine capacité, notamment sur cette tranche d'âge.

L'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap :

Les dernières données connues (2006) indiquent que les personnes reconnues travailleurs handicapés se répartissent comme suit : 40% orientées vers le marché du travail avec le cas échéant un accompagnement, 35% vers les ESAT ou entreprises adaptées, 13% en CPO et CRP et 12% maintenues dans l'entreprise.

S'agissant des ESAT, l'ensemble des territoires est couvert avec 11 ESAT spécialisés sur 71 dans la région, mais la liste d'attente reste importante : 4 000 personnes pour 8 554 places installées.

Des passerelles se mettent en place entre le médico-social et le milieu ordinaire. Ce mouvement doit être favorisé, avec notamment l'appui de services (SAVS, SAMSAH, services à domicile) et ces passerelles doivent pouvoir fonctionner avec des possibilités d'allers-retours, sans quoi l'intégration en milieu ordinaire est freinée (crainte pour un travailleur ESAT de perdre sa place en intégrant le milieu ordinaire).

Les actions à mener sont importantes et doivent privilégier l'adaptation de l'offre aux besoins (en particulier sur certaines déficiences et pour les travailleurs vieillissants), l'équité territoriale, et la coordination entre acteurs (notamment dans les périodes d'attente de place).

A cet égard des actions doivent être tout particulièrement ciblées sur les ESAT eu égard au nombre de personnes sur listes d'attente.

4.2.2. Institutions compétentes

ARS, Education Nationale, Conseils Généraux, MDPH, Service Public de l'Emploi (DIRRECTE, Pôle emploi, Cap Emploi, AGEFIPH/FIPHFP).
Un socle commun doit être fixé et décliné par ces différentes institutions (PRITH, Schéma départementaux, SROMS)

Cette orientation se recentre autour de trois objectifs opérationnels :

- Favoriser l'insertion en milieu scolaire ordinaire et accompagner une politique d'élévation du niveau de formation et de qualification des jeunes
- Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des jeunes (16/25 ans) en situation de handicap
- Favoriser le parcours professionnel et social des personnes en situation de handicap

4.2.3. Objectif opérationnel H2a : Favoriser l'insertion en milieu scolaire ordinaire et accompagner une politique d'élévation du niveau de formation et de qualification des jeunes

Action 1 : Développer l'information des familles relative aux différentes formes et modalités de scolarisation proposées aux enfants en situation de handicap.

Leviers :

Développer la connaissance et l'accès à l'information à destination du jeune, de sa famille, des professionnels :

- en enrichissant le site internet du Rectorat sur cette thématique et en articulant les différents sites web concernés de la région ;
- en produisant des plaquettes d'information thématiques à destination des familles et des professionnels et des structures concourant à l'orientation des jeunes.

Publics concernés : tous publics

Territoires concernés : Région

Pilotes : Education Nationale – ARS (DOMS)

Partenaires : MDPH-établissements médico-sociaux – Conseils Généraux

Action 2 : Faire évoluer l'accompagnement à la scolarisation en milieu ordinaire proposé par les établissements et services médico-sociaux

Leviers :

- Mettre en place des unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux ;
- Mettre en place des outils permettant d'aider les établissements médico-sociaux à faire évoluer leurs modalités d'accompagnement ;
- Mieux articuler unité d'enseignement / projet d'établissement et CPOM ;
- Favoriser le développement des scolarités partagées en établissement médico-social et scolaire ordinaire et l'implantation de classes externes ;
- Accompagner l'évolution des compétences des professionnels dans les structures Education Nationale et en établissements et services médico-sociaux.

Publics concernés : 0 – 25 ans tous handicaps

Territoires concernés : Région

Pilotes : Education nationale / ARS (DOMS)

Partenaires : établissements médico-sociaux – MDPH – Conseils Généraux

Action 3 : Contribuer à l'émergence et à la consolidation d'une culture commune médico-sociale / Education Nationale

Leviers :

- Mettre en place des actions de formation / information inter-catégorielles et interinstitutionnelles ;
- Développer la communication interinstitutionnelle ;
- Conduire une réflexion commune sur le recours aux matériels pédagogiques adaptés ;
- Contribuer à la formation des AVS (Auxiliaire de Vie ou assistants de scolarisation) et à la construction de leur parcours de professionnalisation.

Publics concernés : Professionnels des établissements et services médico-sociaux et de l'Education Nationale

Territoires concernés : Région

Pilotes : Education nationale / ARS (DOMS)

Partenaires : établissements médico-sociaux – MDPH – Conseils Généraux

Action 4 : Coordonner les politiques d'adaptation du champ médico-social avec celle menée par l'Education Nationale

Leviers :

- Favoriser l'adaptation de l'offre médico-sociale en créant et transformant des places d'établissements en services, notamment de SESSAD, parallèlement à l'implantation et au développement des CLIS et ULIS. L'action passe par l'évaluation de la capacité du public, accueilli en établissement, à s'inscrire dans une démarche de scolarisation en milieu ordinaire avec un accompagnement SESSAD.
- Coordonner ces planifications au travers, notamment, du groupe technique interdépartemental.

Publics concernés : 0 – 25 ans tous handicaps

Territoires concernés : Région

Pilotes : Education Nationale – ARS (DOMS)

Transversalité : Ministère de l'Agriculture – MDPH – établissements médico-sociaux, Conseils généraux

Action 5 : Elaborer un système d'information partagé entre l'Education Nationale et l'ARS

Leviers :

- Croiser les informations relatives :
 - * à l'implantation géographique des structures et dispositifs,
 - * aux modalités de scolarisation ;
- Compléter les enquêtes nationales annuelles DGESCO 3-12 et DEP 32 par un volet régional spécifique, en tant que de besoin.

Publics concernés : 0-25 ans tous handicaps

Territoires concernés : Région

Pilotes : Education Nationale – ARS (DOMS)

Transversalité : MDPH

4.2.4. Objectif opérationnel H2b : Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des jeunes (16/25 ans) en situation de handicap

Action 1 : Renforcer l'évaluation des compétences : rendre pleinement effective l'évaluation continue des compétences acquises tout au long de la formation, et la validation de ces dernières en fin de cursus.

Leviers :

- Travailler sur un document partagé entre structures médico-sociales/Education nationale à partir du Livret Partagé de Compétences en ULIS et en établissement médico-social ;
- Etudier la question de la validation des acquis professionnels des jeunes en IMPRO au regard des référentiels métiers;
- *Développer les échanges de pratiques et concertations entre les équipes pédagogiques des lycées professionnels et les équipes œuvrant à l'interne des EMS (notamment enseignants spécialisés et éducateurs techniques spécialisés).*

Publics concernés : 14/25 ans

Territoires concernés : Nord & Pas-de-Calais

Pilotes : ARS (DOMS) / Education nationale

Partenaires : établissements médico-sociaux

Action 2 : Développer l'éducation au choix : améliorer et personnaliser l'orientation par une meilleure connaissance des différentes voies de formation et par une éducation choisie

Leviers :

- *Développer et systématiser le volet Projets Personnalisés de Scolarisation (P.P.S.) ;*

- Renforcer l'information des différents professionnels (Education Nationale et établissements médico-sociaux).
- Créer un site web-ressource régional dédié à l'information sur l'orientation professionnelle des jeunes en situation de handicap (site à destination des familles, des jeunes, des professionnels)
- Sensibiliser aux différentes voies de formation (y compris celles relevant de l'apprentissage).
- Développer les stages d'immersion (en établissement scolaire, médico-social, CFA, entreprise, ...) et explorer les approches par « habiletés ».

Publics concernés : 12 – 25 ans

Territoires concernés : Nord & Pas-de-Calais

Pilotes : Education nationale / ARS (DOMS)/ MDPH

Partenaires : établissements médico-sociaux — CREA I – DIRRECTE

Action 3 : Enclencher une réflexion sur les formations professionnelles et préprofessionnelles mises en œuvre par des EMS et sur leur évolution et les adapter

Leviers :

- Établir un état des lieux, régional et par zones de proximité, des formations internes aux établissements médico-sociaux, à mettre en regard des formations proposées par l'Education Nationale, le ministère de l'agriculture et les CFA (à mener en lien avec le CPRDFP) ;
- Analyser les besoins et les débouchés en termes d'emplois, par zone de proximité ;
- A partir de cette analyse, adapter l'offre de formations des établissements médico-sociaux ;
- Mettre en place un suivi des formations dispensées en EMS (IME et IMpro) ;
- Mettre en place la formation à de nouveaux métiers : expérimenter, à partir d'IME volontaires, l'adaptation des formations à de nouveaux métiers ;
- Mettre en place une réflexion sur le dispositif « préparatoire à l'apprentissage » afin de l'ouvrir aux autres déficiences. Il s'agit de proposer aux jeunes une préparation d'entrée en apprentissage ; mieux faire connaître le dispositif aux IMpro.

Publics concernés : EMS incluant une formation professionnelle ou préprofessionnelle – toutes déficiences

Territoires concernés : Nord & Pas-de-Calais

Pilotes : ARS (DOMS) Education nationale / DIRRECTE

Partenaires : Agefiph

Action 4 : Développer et soutenir l'insertion sociale des jeunes en situation de handicap dans leur contexte de vie

Leviers :

- Permettre l'intervention en milieu scolaire ordinaire d'« acteurs de liaison sociale handicap », issus du milieu médico-social (interventions sur le modèle des ALS en établissements scolaires « sensibles ») ;

- Favoriser la participation active des adolescents en situation de handicap aux associations locales (notamment clubs sportifs) et aux ALSH (accueil de loisirs sans hébergement) organisés pendant les vacances scolaires.

Publics concernés 12-18 ans

Territoires concernés : Nord et Pas-de-Calais

Pilotes : Education nationale / ARS-DOMS

Partenaires : CAF-EMS

Action 5 : Développer l'éducation à la santé et à la citoyenneté au sein des EMS

Leviers :

- Adapter les projets d'établissement, les contrats de séjour et les projets pédagogiques des Unités d'Enseignement ;
- Prendre en compte le passage à la majorité civique des jeunes en situation de handicap dans les pratiques d'accompagnement ;
- Accompagner les familles, dans l'ouverture d'une éventuelle mesure de protection juridique pour leurs enfants ;
- Favoriser la formation des médecins intervenant dans les ESMS pour enfants à la pédiatrie (souvent médecins généralistes), et en particulier à la prise en charge d'enfants en situation de handicap.

Publics concernés : 14-25 ans

Territoires concernés : Nord et Pas-de-Calais

Pilotes : Education Nationale / ARS (DOMS- DOS) /DRJSCS

Partenaires : familles-établissements médico-sociaux

Action 6 : Adapter les dispositifs existants et mettre en place de nouveaux dispositifs spécifiques permettant de faciliter la continuité des parcours

Leviers :

- Créer de nouveaux SESSAD à vocation professionnelle ou spécialiser des places à vocation professionnelle dans les SESSAD existants ;
- Identifier et renforcer les services de suivi des enfants au sein des établissements médico-sociaux en utilisant l'outil CPOM ;
- Renforcer la mise en place de studios pédagogiques dans les internats pour favoriser le développement de la vie en autonomie et les mises en situation (en lien avec la réflexion sur l'internat) ;
- Proposer une orientation accueil temporaire systématique pour les jeunes orientés MAS/FAM/foyer de vie/ESAT et qui sont en attente de place sans solution d'accompagnement.

Publics concernés : 16 – 25 ans

Territoires concernés : Nord & Pas-de-Calais

Pilotes : CG – ARS – DIRRECTE – MDPH
Partenaires : établissements médico-sociaux

Action 7 : Assurer une meilleure coordination entre le secteur « enfance » et le secteur « adulte »

Leviers :

- Mettre en place des plates-formes territoriales de coordination (incluant notamment un « observatoire des parcours »);
- Elaborer un « passeport » ou « livret de parcours » pour transmission à la structure relais lors du changement d'établissement.

Publics concernés : 16 – 25 ans

Territoires concernés : à expérimenter sur certains territoires dans un 1^{er} temps

Pilotes : ARS-(DOMS) /Education Nationale

Partenaires : établissements médico-sociaux –DIRRECTE – MDPH – CG

4.2.5. Objectif opérationnel H2c : Favoriser le parcours professionnel et social des personnes en situation de handicap

Action 1 : Améliorer l'offre de pré orientation, de rééducation professionnelle et de l'apprentissage

Leviers :

- Analyser la pertinence en termes de répartition géographique, d'offre de qualification et d'activités proposées ;
- Mettre en place une coordination régionale et l'articuler avec l'offre en Belgique (cf. orientation T3) ;
- Améliorer la coordination avec les MDPH pour favoriser les orientations en pré orientation.

Publics concernés : toutes déficiences de 20 ans et plus

Territoires concernés : région

Pilotes : ARS/DIRECTE

Partenaires : MDPH/Conseil régional/ CRP et CPO/CFA/ Conseils généraux

Indicateurs de suivi :

Action 2 : Développer l'offre en ESAT

Pour mémoire, le diagnostic fait état d'un taux d'équipement actuel régional de 3.95 ‰, avec une offre variant de moins de 3‰ sur les zones de proximité de Lille et de Saint Omer à 8 ‰ sur celle de Montreuil sur Mer.

Leviers :

Dans un premier temps, en attente des travaux relatifs aux listes d'attente et au système d'information :

- Rééquilibrer la répartition territoriale des ESAT en fixant un taux d'équipement cible de 4‰ par zone de proximité ;
- Développer des sections spécifiques destinées à l'accueil de personnes handicapées psychiques et autistes à partir de structures existantes : une par territoire de santé.

Ces leviers seront revus lors des clauses de revoyure prévues dans le PRS afin de prendre en compte les travaux réalisés sur les listes d'attente.

Publics concernés : toutes déficiences

Territoires concernés : à identifier en fonction des 2 critères énumérés

Pilote : ARS

Partenaires : Conseils Généraux / associations gestionnaires

Action 3 : Favoriser l'insertion en milieu ordinaire des travailleurs handicapés en ESAT

Leviers :

- Favoriser les mises à disposition des travailleurs handicapés en milieu ordinaire en rédigeant un modèle commun de convention de mise à disposition ;
- Faciliter le retour prioritaire en ESAT en autorisant le sur effectif temporaire dans la limite du nombre de GRTH (garanties de ressources pour les travailleurs handicapés) autorisée mensuellement et en facilitant le retour en ESAT en cas d'échec via une orientation prioritaire MDPH en ESAT ;
- Définir un modèle commun de convention d'appui en milieu ordinaire pour les ESAT ;
- Favoriser le développement ou redéploiement d'ESAT hors murs.

Publics concernés : toutes déficiences

Territoires concernés : tous

Pilote : ARS-(DOMS) / MDPH / DIRECCTE

Partenaires : EMS

Action 4 : Accompagner le vieillissement en ESAT

Leviers :

- Favoriser la mise en place d'ateliers adaptés à l'avancée en âge des travailleurs (adaptation des cadences) ;
- Centrer l'accompagnement sur la préparation à la sortie (lien EHPAD) ;
- Développer les temps partiels.

Publics concernés : toutes déficiences
Territoires concernés : tous
Pilote : ARS-DOMS/CG
Partenaires : MDPH/CLIC/ établissements

Action 5 : Améliorer la coordination entre acteurs

Leviers :

- Expérimenter la mise en place d'une commission de coordination entre les acteurs du médico-social (Impro/ESAT/CRP/CPO), les entreprises adaptées et les acteurs du service public de l'emploi (Agefip, FIPHFP, cap emploi, mission locale/DIRECCTE) ;
- Réunir les acteurs de l'emploi et les acteurs du médico-social autour de problématiques particulières sur l'insertion professionnelle et développer la connaissance réciproque.

Publics concernés : toutes déficiences
Territoires concernés : 1 par territoire de santé dans un premier temps
Pilotes : ARS/DIRECTE
Partenaires : Agefip, FIPHFP, Cap Emploi, mission locale /DIRECCTE/ structures /MDPH/ Education Nationale

Action 6 : Apporter un suivi aux personnes sur liste d'attente ESAT

Leviers :

- Maintenir le dispositif SISEP et évaluer leur activité
- Trouver des réponses innovantes notamment via le développement de services (SAVS/SAMSAH)

Publics concernés : toutes déficiences
Territoires concernés : cf. programmation SAMSAH
Pilotes : ARS, Conseils généraux

Action 7 : Améliorer le système d'information (cf. orientation T1)

Leviers :

- Mettre en place un rapport d'activité uniforme au niveau régional et à partir des données, projeter les besoins d'accompagnement ;

- Améliorer le système d'information et la gestion des listes d'attente.

Publics concernés : toutes déficiences

Territoires concernés : région

Pilote : MDPH- ARS (DOMS) – Conseils généraux

Partenaires : établissements médico-sociaux

4.3. Orientation H3 : Apporter une réponse coordonnée aux périodes de ruptures et sur certaines déficiences spécifiques

4.3.1. Problématiques

Il est nécessaire d'agir sur les risques de ruptures « spécifiques » aux personnes en situation de handicap, pouvant conduire à un accompagnement inadapté, une perte de chance d'acquisition ou de maintien de l'autonomie.

Il s'agit de moments « charnières », de périodes de vie, qui nécessitent une réponse coordonnée afin d'assurer un accompagnement au long cours.

De la même façon, la coordination est nécessaire pour certains types de déficiences pour lesquelles l'accompagnement ne peut se limiter à la prise en charge en établissement ou service. Pour l'autisme, le handicap psychique, les troubles de la conduite et du comportement, les traumatisés crâniens, les « dys » et les déficiences sensorielles, un faisceau d'acteurs est concerné, qui ne se limite pas au seul univers médico-social.

Les périodes de rupture dans le champ du handicap et sur lesquelles il est nécessaire de conduire une action spécifique sont :

- Le passage de la petite enfance à l'enfance : même si les diagnostics sont de plus en plus précoces, les difficultés d'accès à un accompagnement précoce, ou encore la méconnaissance de l'offre existante peuvent conduire à retarder la prise en charge.

Les leviers d'action ont été identifiés et déclinés dans l'objectif opérationnel 1a et 1b de l'orientation 1

- De l'adolescence à l'âge adulte (16/25 ans) :

La rupture dans la prise en charge peut être due :

- au manque d'accompagnement adapté pour les adultes handicapés (notamment en ESAT, en services et en structures d'hébergement),
- à des méthodes d'accompagnement différentes entre structures médico-sociales enfant/adulte,
- au manque de suivi et à la perte d'information lors d'un transfert vers un autre dispositif.

Il est donc nécessaire de préparer l'insertion sociale et professionnelle et l'autonomie de la personne en situation de handicap dès l'adolescence.

Les leviers d'action ont été identifiés et déclinés dans l'objectif opérationnel 2 de l'orientation 2.

- Lors de l'avancée en âge : Les effets du vieillissement chez la personne en situation de handicap consistent en l'apparition simultanée :

- * d'une baisse des capacités fonctionnelles déjà altérées par le handicap,
- * d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge,

* d'une évolution du projet de vie.

Si des efforts ont été déployés ces dernières années, l'équipement n'est pour le moment pas suffisant ou adapté pour prendre en charge de façon optimale la personne handicapée vieillissante. A ce jour, faute de places adaptées, les personnes handicapées vieillissantes sont souvent accueillies dans des EHPAD sans les ressources humaines nécessaires à l'accompagnement, notamment éducatif, ou sans projet de vie adapté.

Enfin, une réponse particulière doit être pensée pour certains types de handicaps sans se résumer à une simple réflexion sur l'offre d'équipement médico-social.

L'ARS souhaite inscrire des travaux spécifiques portant sur des déficiences encore mal accompagnées dans la région : l'autisme et les TED (troubles envahissants du développement), le handicap psychique, les troubles des apprentissages (« dys »), les troubles de la conduite et du comportement (TCC), les traumatisés crâniens et les déficiences sensorielles.

Ces réflexions devront permettre de définir la réponse adaptée en termes d'accompagnement médico-social mais aussi sanitaire (en particulier la psychiatrie) ou en milieu ordinaire.

4.3.2. Institutions compétentes

ARS (DOMS et DOS), Conseils généraux, Education nationale, DIRRECTE, pôle emploi

Deux objectifs opérationnels pour mettre en œuvre l'orientation :

- Apporter une réponse coordonnée aux périodes charnières afin d'éviter les ruptures
- Apporter une réponse coordonnée pour certaines déficiences spécifiques

4.3.3. Objectif opérationnel H3a : Apporter une réponse coordonnée aux périodes charnières afin d'éviter les ruptures :

Petite enfance à l'enfance (traité dans les objectifs opérationnels H2a), passage de l'enfance à l'âge adulte (traité dans l'objectif opérationnel H2 b) et lors de l'avancée en âge

Action 1 : Adaptation de l'offre médico-sociale par la médicalisation de places et/ou le développement de services de soins

Leviers :

- Transformer ou adapter des établissements médico-sociaux existants (MAS-FAM) pour permettre le maintien des personnes sur leur lieu de vie aussi longtemps que le projet d'établissement reste compatible avec le besoin de soins qu'elles présentent

- Médicaliser des places d'établissements

- Accompagner le vieillissement dans les structures :

* en favorisant la couverture de SSIAD maladie chronique et personnes en situation de handicap (cf. objectif opérationnel équipement) ;

* en favorisant l'intervention d'HAD en établissement (cf. orientation accès aux soins) ;

* en développant l'intervention d'équipes mobiles de soins palliatifs en EMS (cf. orientation accès aux soins)

- Développer les SAMSAH (cf. objectif opérationnel équipement) pour les personnes vieillissant à domicile

Publics concernés : tout type de déficience, avancés en âge

Territoires concernés : tous

Pilotes : ARS (DOMS-DOS)/CG

Partenaires :

Action 2 : Développement de structures alternatives

Leviers :

- S'inscrire dans la démarche menée actuellement par les Conseils Généraux sur le vieillissement et mener une réflexion sur la création d'établissements spécifiques : foyer d'accompagnement et de préparation à l'entrée dans les établissements du secteur gérontologique, maison de retraite spécialisée, foyer de vie spécialisé (Pas-de-Calais), EHPAH (établissement d'hébergement pour personnes âgées handicapées), structures pour personnes handicapées de plus de 60 ans à proximité des foyers de vie ou foyers d'hébergement, EHPAD, dispositifs innovants, accueil d'urgence, accueil temporaire.

Publics concernés : tout type de déficience

Territoires concernés : tous

Pilotes : CG - ARS (DOMS)

Action 3 : Prise en compte du vieillissement dans les ESAT

Leviers :

- Adapter le temps et la cadence de travail en ESAT
- Accompagner les travailleurs handicapés vieillissants vers d'autres activités en amont de la cessation d'activité professionnelle
- Réfléchir sur l'adéquation entre projet de vie du travailleur handicapé et la réponse apportée en termes d'accompagnement de son vieillissement (prise en compte du différentiel d'âge, de la dimension conjugale, éviter les situations de rupture induite par un défaut de possibilité d'accueil conjoint en établissement).

Publics concernés : travailleurs ESAT avancés en âge, toute déficience

Territoires concernés : tous

Pilotes : ARS -DOMS/CG

Action 4 : Développement du partenariat et de la transversalité avec le secteur gérontologique

Leviers :

- Développer une expertise médicale spécialisée sur le handicap vieillissant par zone de proximité (ex : un gériatre référent) et diffuser cette information aux EMS ;
- Favoriser la mise en place d'une expertise régionale sur le sujet ;
- Favoriser le partenariat avec le secteur gérontologique dans le cadre d'un dispositif structuré incluant plusieurs possibilités (ex : le partenariat entre les établissements et services médicosociaux, les EHPAD et les dispositifs de maintien à domicile) ;
- Décloisonner des dispositifs afin de permettre des mouvements entre établissements des deux secteurs : par exemple, permettre l'accueil temporaire en EHPAD pour des personnes accueillies en foyer de vie ou encore la possibilité si nécessaire de réintégrer le secteur « handicap » après une orientation en EHPAD ;
- Développer la formation et les échanges de savoirs et d'expériences entre professionnels des secteurs gérontologiques, sanitaires et médico-sociaux.

Publics concernés : tout type de déficience

Territoires concernés : tous

Pilotes : ARS (DOMS-DOS)

Partenaires : CG

4.3.4. Objectif opérationnel H3b. Apporter une réponse coordonnée et adaptée au regard des besoins non satisfaits sur des déficiences spécifiques

Autisme et TED, TCC, handicap psychique, déficiences sensorielles, « dys » et traumatisés crâniens

Action 1 : Les troubles du comportement et le handicap psychique

Leviers :

Handicap psychique

Sur la question de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, il apparaît nécessaire de répondre en priorité aux personnes actuellement à domicile, ou sans domicile fixe, ne bénéficiant d'aucun accompagnement.

- Améliorer l'offre en terme d'équipement notamment par :
 - * la création d'un centre de ressource et de diagnostic régional pour le handicap psychique ;
 - * le développement de SAMSAH en accompagnement systématique de la création des résidences accueil. *(S'agissant du département du Pas de Calais, la programmation s'orientant vers la création de SAMSAH polyvalents, il est nécessaire de prévoir la formation des personnels des SAMSAH polyvalents au handicap psychique, par le biais notamment d'échanges de pratiques avec les SAMSAH spécialisés handicap psychique du Nord ;*

- * la création de structures innovantes à partir de l'analyse des données MDPH sur le handicap psychique. Exemple : création d'un service mobile d'intervention au domicile de la personne handicapée psychique, sur demande des aidants, pour faire face en cas de crise ;
 - * la création de sections spécifiques ou de places dédiées au handicap psychique dans les ESAT (1 section spécifique par territoire de santé),
 - * le soutien du dispositif des GEM et la création de nouveaux GEM notamment dans le département du Pas de Calais encore peu pourvu.
- Etudier les possibilités de redéploiement du sanitaire vers le médico-social à partir des résultats d'une étude plus approfondie à mener au sein des structures de santé mentale.

Troubles de la conduite et du comportement

- Développer l'offre d'équipement des « dispositifs ITEP » intégrant une palette d'accompagnements et en offrant une réponse équitable sur le territoire et sur l'ensemble des tranches d'âges de l'enfance ;
- Expérimenter l'hospitalisation à domicile psychiatrique au sein des structures médico-sociales et à domicile en cas de crise (au même titre que l'HAD en EHPAD) ;
- Intégrer le médico-social dans la réflexion sur les urgences psychiatriques dans le cadre d'interventions à domicile prévue dans le SROS ;
- Développer et adapter (à partir des résultats de l'évaluation en cours) l'expérimentation de la formation action relative aux adolescents difficiles sur l'ensemble des zones de proximité ;
- Renforcer, accompagner et soutenir les groupes ressources mis en place dans le Pas-de-Calais et les réseaux territoriaux de compétence dans le Nord afin de trouver des solutions pour les adolescents ayant des troubles du comportement (transversalité entre le médico-social et la psychiatrie).

Transversal TCC/handicap psychique

- Elaborer des conventions types entre le secteur de psychiatrie et le médico-social à partir des conventions existantes afin de favoriser les liens sanitaire et médico-social et favoriser leur développement notamment dans les ITEP ;
- Elaborer et diffuser auprès des médecins un guide d'aide au remplissage des diagnostics, relatifs aux troubles psychiques, pour les dossiers MDPH.
- Mieux former les personnels des établissements médico-sociaux au handicap psychique ;
- Assurer une permanence des soins entre les structures médico-sociales et la psychiatrie de secteur afin de garantir une continuité de prise en charge des usagers tout au long de l'année.

Publics concernés : publics présentant des troubles de la conduite du comportement ou un handicap psychique

Territoires concernés : Région

Pilotes : ARS (DOMS-DOS), CG

Transversalité : MPDH, structures

Action 2 : Autisme et Troubles envahissants du développement

Leviers :

- Mettre en place, avec le centre ressource autisme, des équipes ressources : au minimum une par territoire de santé afin de réduire le délai d'attente des familles pour le diagnostic. Ces antennes s'appuieront notamment sur un partenariat avec les CAMPS et les CMP ;
- Continuer à créer ou identifier des structures spécifiques prenant en charge les enfants autistes, en favorisant en priorité les zones de proximité non couvertes actuellement (Audomarois), mais également en complétant les offres proposées jusque 20 ans pour permettre une prise en charge continue sur l'ensemble des tranches d'âge ;
- Appréhender les besoins en matière de prise en charge des adultes, à partir des enfants concernés par les TED actuellement accompagnés par des structures enfance.
- Identifier les personnes atteintes de TED dans les structures adultes et leur apporter une réponse adaptée, notamment via la formation du personnel les prenant en charge ;
- Travailler à un dossier type permettant de faciliter le passage de l'enfance à l'âge adulte et de maintenir les acquis (dossier comportant notamment l'information sur les méthodes d'accompagnement) ;
- Evaluer l'expérimentation relative aux coordinations locales menées par le CRA ;
- Renforcer la formation/information de l'ensemble des acteurs.

Publics concernés : enfants et adultes avec autisme et troubles envahissants du développement

Territoires concernés : Région

Pilotes : ARS-DOMS/DOS, CG

Partenaires : CRA

Action 3 : Handicap sensoriel

Le handicap sensoriel regroupe la surdité, l'amblyopie (baisse de l'acuité visuelle), l'anosmie (trouble de l'odorat), la c civit  et le daltonisme. Les enjeux s'organisent plutôt autour de la répartition équitable de l'offre sur le territoire, de son adaptation notamment en internat et sur la structuration et la coordination des acteurs médico-sociaux et sanitaires.

Leviers :

- Mener une réflexion approfondie sur la structuration de l'offre au niveau régional. En matière de déficiences auditives, intégrer la mise en place des PASS (Pôles d'Accompagnement à la Scolarité des jeunes Sourds) qui sont prévus sur Lille métropole, Arras / Lens / Liévin, Dunkerque littoral et faire évoluer le réseau Sourd et Santé et le CIS (Centre d'information surdité) ;
 - S'assurer de la répartition équilibrée de l'offre sur le territoire, particulièrement en termes de services sur l'ensemble des déficiences sensorielles.

Publics concernés : déficients sensoriels de 0 à 20 ans

Territoires concernés : Région

Pilote : ARS

Partenaires : ARS (DOS), CG, Education nationale

Action 4 : Traumatismes crâniens

Leviers :

- Mesurer et évaluer l'activité des structures médico-sociales dédiées aux traumatisés crâniens récemment ouvertes ;
- Identifier au sein des ESMS des personnes ayant des troubles comportementaux et cognitifs ;
- Favoriser l'information et la formation des professionnels du médico-social aux spécificités des déficiences présentées par les traumatisés crâniens ;
- Mettre en place une réflexion afin de mieux évaluer les enjeux et les réponses à apporter à partir du réseau « traumatisé crânien ».

Publics concernés : traumatisés crâniens

Territoires concernés : Région

Pilote : ARS (DOS-DOMS) Conseils généraux

Partenaires : réseaux de traumatisés crâniens

Action 5 : Troubles spécifiques d'apprentissage

Ces troubles se caractérisent par un dysfonctionnement dans les processus d'acquisition des connaissances. Sont reconnus comme porteurs de troubles spécifiques les enfants dysphasiques, dyspraxiques, avec troubles d'attention-concentration, troubles dys-exécutifs, dyslexiques, dysorthographiques et dyscalculiques.

Leviers :

- Poursuivre les actions de repérage à l'école en lien avec l'Education nationale notamment par la formation des personnels ;
- Favoriser une prise en charge rapide, transitoire et souple avec maintien en milieu ordinaire sous une forme expérimentale entre le SESSAD et une prise en charge libérale ;
- Etudier l'opportunité de la mise en place d'un Centre Ressources ou de référence autour de ces troubles ;
- Mettre en place une réflexion afin de mieux évaluer les enjeux et les réponses à apporter.

Publics concernés : enfants avec troubles spécifiques des apprentissages

Territoires concernés : Région

Pilotes : ARS (DOMS-DOS) / Education nationale / MDPH / CG

Action 6 : Handicaps rares

Leviers :

-Participer à la mise en œuvre du Schéma National Handicaps Rares

Publics concernés : handicaps rares

Territoires concernés : France et région

Pilotes : ARS (DOMS)

4.4. Orientation H4 : Favoriser l'accès à une offre adaptée de proximité en termes de développement, de recomposition et de structuration

4.4.1. Problématiques

L'offre médico-sociale doit permettre d'apporter une réponse équitable et adaptée aux personnes en situation de handicap. Elle doit être coordonnée et cohérente, sur le champ des adultes handicapés, avec les structures sous compétence des conseils généraux et, sur le champ de l'enfance avec le dispositif de scolarisation.

Si les taux d'équipement au niveau régional sont globalement légèrement supérieurs aux moyennes nationales (9.9‰ contre 9.1‰ pour l'enfance), la surreprésentation du handicap dans la région nécessite de continuer à renforcer l'offre médico-sociale.

Ainsi, ces caractéristiques de la région doivent être remontées pour être prises en compte au niveau national.

La réflexion sur l'équipement doit conduire :

- à mieux répondre aux besoins des personnes handicapées en corrigeant les disparités, entre zones de proximité, au niveau des taux d'équipement et crédits d'assurance maladie attribués au handicap et celles constatées au niveau des coûts à la place et des taux d'encadrement des ESMS ;
- à fixer des priorités en termes de recomposition de l'offre, très disparate en fonction des zones de proximité, et de niveau de spécialisation.

Plusieurs réalités sont à prendre en considération :

- *le décalage entre places autorisées et installées* :

Dans la région, entre 2006 et 2011, ont été autorisées :

* 893 places à destination de l'enfance handicapée soit une augmentation de 9% de la capacité totale

* 1 369 places à destination des adultes, soit une croissance de 48% de l'offre (enveloppe ONDAM). Il faut y ajouter 507 places d'ESAT, soit une augmentation de 5% de l'offre en ESAT.

Il existe actuellement, un décalage, notamment sur le secteur adulte, entre places autorisées et installées.

- des particularismes en termes d'offre des deux départements

Dans le Nord, un équipement similaire au national en termes de répartition de capacités entre établissements et services.

Dans le Pas-de-Calais, une offre médico-sociale encore très institutionnelle, peu orientée vers les services, alors que la liste d'attente en SESSAD s'élève à 225 enfants et que celle en IME est quasi nulle.

Le nombre de place en établissements (IEM/IME) est quasiment le même dans le Nord que dans le Pas-de-Calais.

Sur le champ adulte, le taux d'équipement en matière d'établissements est supérieur au niveau national.

Les orientations stratégiques en termes d'équipement doivent prendre en compte cette différence.

L'iniquité territoriale

- Dans le champ enfance, le taux d'équipement en établissement et service est disparate en fonction des zones de proximité : de 5.78% à Roubaix Tourcoing à 25.92% à Montreuil. L'analyse de la dépense assurance maladie rapportée à la population 0-19 ans met en avant plusieurs zones de proximité beaucoup moins dotées : Avesnes, Béthune, Boulogne, Calais, Roubaix-Tourcoing.

- Pour les adultes, la part des services sur l'offre totale de structures médico-sociales varie de 2.55 à 50%.

Les déficiences spécifiques

La région se caractérise par des besoins identifiés peu ou pas couverts pour certaines déficiences : TCC, autisme, handicap psychique.

La stratégie régionale en matière d'équipement

Sur l'enfance handicapée :

- Nécessité de recomposer/développer l'offre afin d'offrir un nombre plus important de SESSAD. La réflexion doit être menée par zone de proximité.

Parallèlement, à l'évolution de l'accompagnement à la scolarisation en milieu ordinaire, il est nécessaire de mener une réflexion sur le rôle des établissements notamment sur leur évolution vers des plateformes de service.

- Renforcer l'offre d'accompagnement des troubles du comportement, la région ayant un taux d'équipement plus faible par rapport au national

- Compléter l'équipement en termes de prise en charge des enfants autistes, avec la nécessité d'offrir une réponse complète (tout âge) par zone de proximité. Cette orientation passe par la création de structures, la transformation et la spécialisation de places dédiées au sein de structures existantes

- Mener une réflexion sur l'offre en internat, au vu de l'analyse de taux d'occupation, du manque de cohérence dans la répartition géographique de l'offre, de la nécessité de prendre en compte les besoins des familles et des aidants, en demande de solutions plus modulables et de répit.

- Nécessité de mener une stratégie interdépartementale :

Dans le Pas-de-Calais, au profit de SESSAD et d'une offre plus spécialisée notamment vers les troubles du comportement ou l'autisme (au vu des données MDPH) ;

Dans le Nord, nécessité d'une étude complémentaire prenant en compte les besoins et l'offre existante via des données complémentaires des MDPH. Cette stratégie est liée aux travaux menés en lien avec le CG du Nord et la MDPH sur la mise en place d'un système d'information.

Sur le handicap adulte

La stratégie relative aux ESAT est déployée dans l'orientation 2.

La couverture de l'ensemble des zones de proximité en FAM et MAS devrait être effective à l'issue de l'installation des places autorisées.

Il est donc nécessaire de mesurer l'impact des créations de places, notamment en termes de réduction des listes d'attente et d'envisager un développement plutôt de structures spécialisées afin d'assurer un accompagnement sur des déficiences pour lesquelles il existe peu de réponses.

- Le nombre de personnes sur liste d'attente en MAS selon les données MDPH recalculées, s'élève à 612 sur 2079 orientations soit un taux de réponse de 70%. Ce taux passerait, à demande constante, à 88.6 % après installation des places autorisées (375 en attente). L'objectif cible est d'arriver à un taux de réponse des demandes en MAS de 90%. Chaque année, les listes d'attente ou nombre d'orientations en MAS seront rapprochées des équipements autorisés afin d'identifier le cas échéant de nouveaux besoins.

- Au niveau des FAM, l'installation de l'ensemble des places autorisées (452 en attente) permettra de couvrir toutes les zones de proximité en places de FAM. En conséquence, le développement de MAS/FAM assurant la prise en charge de déficiences spécifiques, telles que l'autisme ou le handicap psychique ou les personnes handicapées vieillissantes, devra être favorisé. L'identification des zones d'implantation se fera donc en complément des équipements existants sur la déficience concernée et d'un travail plus approfondi sur les besoins, notamment au regard des jeunes adultes maintenus au titre de l'amendement creton et des inadéquats en psychiatrie.

- Sur les déficiences telles que le handicap psychique ou l'autisme, la mise en place de projets expérimentaux est encouragée.

- Un effort doit être mené de façon spécifique sur le développement des services, compte tenu du retard régional. En effet, le développement de services permet de lutter contre l'isolement et la précarité sociale en élaborant des solutions de vie pratique et en aidant les adultes dans leurs démarches médicale, sociale, administrative, et juridique. Il est prioritaire de compléter l'équipement en matière de services (SAMSAH et SSIAD) afin de couvrir l'ensemble des zones de proximité.

- Enfin, il est nécessaire de conforter l'offre de répit pour les aidants des personnes en situation de handicap, en développant les modalités d'accueil temporaire.

Il existe actuellement 2 maisons d'accueil temporaire dans la région. L'objectif est de poursuivre ces implantations en proposant une maison d'accueil temporaire sur chaque territoire de santé.

Elle peut constituer également une réponse adaptée au regard des listes d'attente en ESAT et en hébergement.

Plus globalement, au-delà des « frontières » entre le champ de l'enfance et des adultes, il est nécessaire de mener une réflexion plus approfondie sur la structuration entre l'offre de proximité et la nécessité de coordination au niveau régional pour chaque type de déficiences (autisme, troubles du comportement et handicap psychique, polyhandicap, déficients sensoriels, déficients intellectuels, déficients moteurs et problématiques des dys) (cf. Orientation handicap 3)

Cette réflexion sera enrichie des travaux menés dans le cadre de l'amélioration des systèmes d'information, notamment des données issues des MDPH dans le cadre de leur mission d'observation. Ces éléments complémentaires pourront conduire à faire évoluer les priorités.

Une réflexion sur l'accompagnement de l'évolution des structures, notamment dans le cadre des transformations de places (surtout sur le champ de l'enfance) ainsi que sur le rôle et l'articulation des services dans le champ adulte (SAVS, SAMASAH, SAD,...) sera à mettre en place.

4.4.2. Objectif opérationnel H4a : Viser l'équité territoriale en développant et adaptant l'offre pour l'enfance en situation de handicap

Action 1 : Améliorer l'accompagnement en milieu ordinaire et l'inclusion scolaire en développant les SESSAD par redéploiement ou création

Leviers :

- Mesurer les possibilités de redéploiement de places d'établissements en services en prenant en compte les taux d'équipement enfance par zones de proximité en établissement et en SESSAD, ainsi que la proportion de déficients intellectuels légers (Indicateurs médico-sociaux) ;
- Envisager ces potentialités de replotement entre autres dans le cadre de négociations de CPOM (renégociations ou dialogue de gestion annuel) ;
- Prendre en compte ces possibilités de redéploiement dans l'analyse de besoins de création de places nouvelles ex-nihilo ;
- Accompagner le personnel au changement en fonction des besoins.

Publics concernés : Tout type de déficience / 0-20 ans

Territoires concernés : région, prioritairement le département du Pas-de-Calais

Pilote : ARS (DOMS)

Partenaires : Education nationale

Action 2 : Proposer une prise en charge des troubles de la conduite et du comportement sur chaque zone de proximité

Leviers :

Couvrir prioritairement les zones "désertes" et en favorisant en tant que de besoin le redéploiement de places ou la création d'unités dédiées au sein d'établissements existants.

Publics concernés : TCC / 0-20 ans

Territoires concernés : prioritairement : Dunkerquois, Calaisis, Boulonnais, Montreuillois, Arrageois

Pilote : ARS-DOMS

Partenaires : ARS-DOS

Action 3 : Proposer une prise en charge de l'autisme et des TED à l'échelle de chaque zone de proximité

Leviers :

- Couvrir prioritairement les zones non équipées pour la prise en charge de cette déficience (Audomarois)
- Analyser finement les agréments pour pourvoir à l'accompagnement de l'autisme de 0 à 20 ans sur toutes les zones de proximité sans rupture

Publics concernés : enfants avec autisme et TED / 0-20 ans

Territoires concernés : prioritairement : Boulonnais, Audomarois (pour le premier levier), région

Pilote : ARS (DOMS)

Partenaires : CRA

Action 4 : Proposer une offre en internat en adéquation avec les besoins de famille

Leviers :

- Analyser les taux d'occupation de l'ensemble des internats de la région (internat complet, de semaine...);
- Mesurer les besoins des familles en matière d'internat pour leurs enfants, notamment en termes de modularité ;
- Articuler l'offre en matière d'internat au sein de la région pour répondre au besoin de répit familial.

Publics concernés : tout type de déficience / 0-20 ans

Territoires concernés : région

Pilote : ARS-DOMS

Action 5 : Mettre en place une stratégie spécifique à chacun des départements

Les équipements sont différents d'un département à l'autre et nécessitent des stratégies différenciées

Leviers :

- Dans le Pas-de-Calais, développer une stratégie de création/redéploiement de SESSAD et travailler sur une offre plus spécialisée ;
- Dans le Nord, réaliser une étude complémentaire prenant en compte les besoins et l'offre existante au moyen des données des MDPH et à partir des résultats, élaborer une stratégie adaptée aux besoins des enfants en situation de handicap du département.

Publics concernés : tout type de déficience / 0-20 ans

Territoires concernés : région

Pilote : ARS (DOMS)

Partenaires : MDPH/CG

4.4.3. Objectif opérationnel H4b. Viser l'équité territoriale en développant et en adaptant l'offre pour les adultes en situation de handicap

Action 1 : Favoriser la création d'équipement en service en développant les SAMSAH et les SSIAD « maladies chroniques ou adultes handicapés » et impulser une réflexion sur la structuration des services à domicile auprès des personnes handicapées

Le taux actuel régional est de 0,14 pour 1000 contre 0,97 au niveau national pour les SAMSAH

Le taux actuel régional est de 0,21 pour 1000 contre 0,12 au niveau national pour les SSIAD destinés à la prise en charge des maladies chroniques et des personnes adultes en situation de handicap

Leviers :

- Atteindre un taux-cible de 2 places de SAMSAH pour 1000 allocataires AAH soit la création de 966 places et un taux d'équipement de 0,60 pour 1000 ;
- Couvrir toutes les ZP d'au moins un SAMSAH de 20 places
- Dans le Pas de Calais les SAMSAH polyvalents avant d'envisager une spécialisation une fois le territoire couvert ;
- Privilégier dans le Nord des SAMSAH spécialisés
- Le développement de SAMSAH étant une réponse privilégiée au handicap psychique, envisager la création ou le rattachement de SAMSAH pour chaque nouvelle création de résidences accueil ;
- Travailler sur les aspects de rééducation à domicile pour les personnes sortant de SSR et prises en charge par un SSIAD.

Outre l'aspect quantitatif, il est nécessaire de mener une réflexion sur la place des services qui interviennent auprès des personnes handicapées (SAVS, SAMSAH, services à domicile), notamment pour les personnes déficientes intellectuelles dont la capacité d'initiative et l'accès à la vie sociale est difficile et pour lesquelles il est nécessaire d'adapter les outils en termes de fréquence et de durée d'intervention et d'animation collective.

Publics concernés : tout type de déficience / plus de 20 ans

Territoires concernés : région

Pilote : ARS /CG

Action 2 : Développer des maisons de l'accueil temporaire

Leviers :

Disposer d'au moins une maison d'accueil temporaire par territoire de santé

Publics concernés : tout type de déficience / plus de 20 ans

Territoires concernés : 3 territoires de santé à couvrir : Artois, Hainaut et Métropole

Pilote : ARS /CG

Transversalité : MDPH

Action 3 : Développer des structures innovantes notamment sur le handicap psychique

Modalités à définir en fonction des travaux relatifs aux listes d'attentes MDPH et en fonction de l'offre déjà existante en matière de handicap psychique

Action 4 : Proposer une couverture satisfaisante en GEM

Leviers :

- Privilégier les zones de proximité non pourvues, en priorité dans le Pas de Calais ;
- Développer des GEM orientés vers le handicap psychique et les traumatisés crâniens.

Publics concernés : handicapés psychiques, traumatisés crâniens / plus de 20 ans

Territoires concernés : région, prioritairement le Pas-de-Calais

Pilote : ARS

Action 5 : Améliorer le taux de réponse aux demandes de prise en charge en MAS

Leviers :

Disposer chaque année du nombre d'orientations en MAS et des listes d'attente afin de mesurer l'impact des créations au regard des demandes. L'objectif cible est de couvrir 90% des demandes d'orientation.

Publics concernés : Tout type de déficience / plus de 20 ans

Territoires concernés : Région

Pilote : ARS

Partenaires : MDPH

Action 6 : Améliorer le taux de réponse aux demandes de prise en charge en FAM

Leviers :

- Etablir le même type d'objectif de taux de couverture que pour les MAS. Pour cela, il est nécessaire de disposer d'informations sur les listes d'attentes ou orientations prononcées par les 2 MDPH ;

- Prendre en compte l'évolution annuelle du taux de couverture des demandes d'orientation pour déterminer d'éventuels besoins de création de places nouvelles

Publics concernés : Tout type de déficience / plus de 20 ans

Territoires concernés : région

Pilotes : ARS – Conseils généraux

Partenaires : MDPH

Action 7 : Favoriser le développement en MAS-FAM de prises en charge de déficiences spécifiques telles que l'autisme ou le handicap psychique ou les personnes handicapées vieillissantes tout en réduisant l'écart de taux d'équipement

Leviers :

- Favoriser les prises en charge adaptées à certaines déficiences (autisme, handicap psychique, vieillissement) en fonction des besoins émergeant
 - * du système d'information des MDPH
 - * du nombre d'adultes maintenus au titre de l'Amendement Creton
 - * de l'enquête personnes "inadéquates en psychiatrie"
 - * de l'indicateur du vieillissement des populations accueillies en établissement (IMS) ;
- Définir le territoire de références pertinentes pour l'implantation des places ou établissements spécifiques (l'ère d'attraction étant plus large que la zone de proximité, le territoire de référence pourrait être le territoire de santé)
- Privilégier pour l'implantation les zones les moins bien dotées en FAM et MAS.

Publics concernés : Tout type de déficience / plus de 20 ans

Territoires concernés :

- Autisme territoires de santé : Artois Littoral
 - handicap psychique : détermination des besoins en matière de création /redéploiement à partir des résultats de l'enquête annuelle sur les inadéquats et d'une enquête plus approfondie qui doit être menée au sein des structures en psychiatrie
 - Vieillesse : territoires à déterminer avec les Conseils généraux
- Pilotes : ARS – Conseils généraux
Partenaires : MDPH

5. VOLET GÉRONTOLOGIQUE

5.1. Orientation T1 : Améliorer le système d'information et l'observation des besoins et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Problématiques

A l'instar du niveau national, la région se caractérise par le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus (projections INSEE 2005-2020 : plus 272 000 personnes).

L'allongement de l'espérance de vie entraîne une augmentation des phénomènes de perte d'autonomie, de décompensation et de polyopathologies, sources de vulnérabilité et de complexité des processus de prise en charge

La population âgée de la Région se caractérise par :

- une survenue de la dépendance à un âge plus précoce et une dépendance plus lourde par rapport à la moyenne française
- une prévalence de la dépendance plus marquée dans le département du Pas-de-Calais que dans le Nord.

Une part importante de la population âgée et en perte d'autonomie vit à domicile et le maintien à domicile est un souhait largement exprimé.

Le rôle des aidants naturels est essentiel, mais leur diminution en nombre est prévisible dans les années à venir du fait de l'évolution de la pyramide des âges.

On observe des lacunes à combler qui ont trait à :

- l'information à développer sur certaines thématiques
- l'insuffisance d'éducation thérapeutique spécifique aux personnes âgées
- l'absence d'information consolidée et partagée sur l'état de santé de la personne vivant au domicile
- l'insuffisance d'offre de proximité
- la nécessité d'accompagner les établissements et services médico-sociaux dans leurs actions de prévention.

Il s'agit, par la mise en œuvre d'actions ciblées :

- de faire connaître à la personne âgée (et à son entourage proche) les éléments d'éducation thérapeutique concourants à la préservation de son autonomie
- de repousser le plus possible l'éventuelle apparition de la dépendance et de préserver le plus longtemps possible l'autonomie de la personne âgée.

5.1.2. Institutions compétentes

L'ARS : organisation des soins de premier recours, des soins hospitaliers et de l'offre médico-sociale.

Les Conseils Généraux : participation à la mise en œuvre d'une politique de prévention et de promotion de la santé auprès des populations.

Le Conseil Régional : formation sociale, médico-sociale et sanitaire.

Les Organismes des Régimes de Sécurité Sociale : via leurs politiques d'action sociale, participent à préserver l'autonomie des personnes âgées et à retarder l'entrée en institution et concourent à promouvoir la culture et les pratiques dans le domaine de l'éducation thérapeutique et de la gérontologie.

Deux objectifs opérationnels pour mettre en œuvre cette orientation :

- Développer l'éducation thérapeutique de la personne âgée
- Mettre en œuvre toutes les actions visant au maintien de l'autonomie

5.1.3. Objectif opérationnel A1a.: Développer l'éducation thérapeutique de la personne âgée

Action 1 : Promouvoir une information adaptée à cette population spécifique via les professionnels de santé

Leviers :

- Poursuivre l'organisation des réunions réalisées dans le cadre du programme Gestion des Risques (sur le bon usage du médicament, sur la nutrition, sur les risques iatrogènes....)
- Mettre à disposition des supports d'information sur les lieux de consultation (secteurs ambulatoire et hospitalier), sur les lieux d'information et de coordination (CLIC, MAIA, CCAS.....)

Publics concernés : personnes âgées (60 ans et plus)

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, Assurance Maladie

Partenaires : ARS (DOS, DSP), CG

Action 2 : Développer les ateliers d'éducation thérapeutiques spécifiques aux personnes âgées souffrant de pathologies chroniques

Leviers :

- Recourir aux actions d'éducation mises en œuvre en milieu hospitalier (consultations, hôpital de jour)
- S'assurer que les EHPAD aient accès aux ateliers thérapeutiques

Publics concernés : personnes âgées (60 ans et plus)

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS (DOMS, DOS)

Partenaires : DSP

Action 3 : Améliorer le suivi sanitaire des aidants naturels

Leviers :

- Mettre à profit la prise en charge de la personne aidée (en accueil de jour, en hébergement temporaire) pour mieux assurer le suivi de l'aidant par le médecin traitant
- Inciter l'aidant à répondre aux propositions de dépistages et d'examens de santé gratuits

Publics concernés : aidants naturels

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilote : ARS DOMS

Partenaires : CG, ESMS, Assurance Maladie, Professionnels de santé

5.1.4. Objectif opérationnel A1b. : Mettre en œuvre toutes les actions visant au maintien de l'autonomie

Action 1 : Promouvoir le dépistage des déficits tout au long de la vie

Leviers :

- Inciter les personnes âgées à répondre aux propositions de dépistages et d'examens de santé gratuits
- Proposer, via le conventionnement avec les établissements de santé, la mise en œuvre de temps de consultations dédiés aux résidents d'un établissement (par exemple 1jour/mois) et/ou organiser une information au sein des structures

Publics concernés : adultes et plus spécialement les personnes âgées (60 ans et plus)

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS (DOMS, DOS)

Partenaires : ARS DSP, Médecins, Assurance Maladie, ESMS

Action 2 : Favoriser le repérage par les intervenants à domicile des risques comportementaux, environnementaux, psychosociaux, liés à la personne, de maltraitance

Leviers :

- Constituer un groupe de travail ARS-CG chargé d'élaborer un référentiel (dont la pertinence sera évaluée périodiquement) qui pourra être utilisé par les SSIAD, SAAD
- Proposer que la formation initiale des intervenants à domicile prenne en compte la problématique

Publics concernés :

- Personnel soignant intervenants à domicile
- Personnel des services à la personne

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilote : ARS DOMS, CG

Partenaires : CPRDFP

Action 3 : Développer des actions de formation adaptées

Leviers :

- Inscrire dans le cadre des conventions tripartites EHPAD la formation des personnels sur les thématiques liées aux risques (maladies chroniques, comportements individuels, maltraitance.)
- Former et accompagner les aidants à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée

Publics concernés : personnels ESMS, Aidants naturels

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, Conseil Général

Partenaires : EHPAD, organismes formateurs ALZ

6. Orientation A2 : Adapter les modalités d'accompagnement dans le respect des choix des personnes

6.1. Objectif A2.1 : Renforcer et diversifier l'offre de services en visant l'équité territoriale

6.1.1.1. Problématiques

Les personnes âgées affirment une volonté de continuer à vivre au domicile le plus longtemps possible, avec si nécessaire, un accompagnement pour les actes de la vie courante (SAAD) et une prise en charge médicalisée au domicile adaptée (SSIAD, ESAD, HAD).

Le maillage territorial de proximité des dispositifs permettant la vie au domicile des personnes âgées, proche des milieux socioculturels et affectifs, doit être préservé, avec un objectif d'offre équitable entre chaque zone de proximité.

La dépendance en région est plus précoce et plus lourde qu'en moyenne française.

L'offre de services infirmiers et de soins à domicile couvre l'ensemble de la région, mais apparaît encore insuffisamment développée sur certaines zones de proximité, tandis que les équipes spécialisées Alzheimer à domicile sont en cours de déploiement.

Les intervenants au domicile des personnes âgées malades ou en perte d'autonomie peuvent être nombreux : services d'aide à la personne, professionnels médicaux et paramédicaux libéraux, SSIAD, ESAD, HAD, équipes APA..... La coordination et l'articulation des interventions des acteurs de soins à domicile reste parfois difficile (SSIAD-HAD-Médecine de ville), tandis que la coordination avec les établissements de santé est à améliorer (urgences, CSG, SSR gérontologique...).

Le dispositif SPASAD demeure peu développé au niveau régional.

Institutions compétentes

Cet axe concerne les acteurs institutionnels (en particulier l'ARS et les CG), les professionnels de santé, les gestionnaires des services.

Deux objectifs opérationnels pour mettre en œuvre cette orientation :

- Renforcer et diversifier l'offre de service de proximité en visant l'équité territoriale
- Développer la coordination

6.1.1.2. Objectif opérationnel A2.1.a. : Renforcer et diversifier l'offre de service de proximité en visant l'équité territoriale

Action 1 : Favoriser l'accès aux dispositifs permettant la vie au domicile

Leviers :

- Renforcer l'offre en SSIAD (taux cible de 30 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus) et permettre la mise en œuvre de dispositifs expérimentaux et innovants
- Diversifier et renforcer autant que de besoin l'offre de proximité (AJ, AJ itinérant, HT, interventions ESAD)
- Favoriser la création de SPASAD en liaison avec les CG
- Faciliter l'accès à l'HAD

Publics concernés :

- personnes âgées de 60 ans et plus
- personnes atteintes de la maladie d' ALZ

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, CG

Partenaires : ESMS, ARS DOS

Action 2 : Accompagner l'évolution des pratiques des professionnels du domicile

Leviers :

- Constituer un groupe de travail réunissant acteurs institutionnels et professionnels de santé, ayant pour objectifs :
 - * d'établir des référentiels pour l'accompagnement en soin (personnes âgées lourdement dépendantes, fins de vie, malades ALZ, personnes âgées en situations précaires...)
 - * d'élaborer des propositions d'adaptation du contenu des formations des professionnels de santé en lien avec la dynamique du Contrat de Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles (CPRDFP)

Publics concernés :

Intervenants à domicile, professionnels de santé

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, Conseil Régional

Partenaires : CG, ESMS

6.1.1.3. Objectif opérationnel A2.1.b. : Développer la coordination

La coordination a pour objectif de répondre au souhait de promouvoir pour les personnes, un parcours individuel continu, diversifié, flexible et adapté aux changements de situations dans le respect de l'autonomie des personnes, avec un accompagnement personnalisé.

Action 1 : Améliorer la coordination avec le secteur hospitalier

Leviers :

- Veiller à établir systématiquement des conventions entre établissements de santé et EHPAD sur chaque zone de proximité permettant de :

* fixer un protocole définissant les conditions d'hospitalisation

* répondre aux difficultés de prise en charge en psychiatrie (notamment pour les personnes handicapées vieillissantes)

* mettre en œuvre des formations communes aux personnels

* mieux organiser le retour vers le lieu de vie

* envisager le temps partagé de personnel sur les zones de recrutement en tension

- Utiliser la télémédecine (téléconsultation, télé expertise) pour la coordination entre professionnels exerçant en EHPAD et milieu hospitalier, notamment comme aide aux décisions de transferts

Publics concernés :

- Gestionnaires ESMS, - Professionnels de santé

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, CG

Partenaires : ARS DOS,

Action 2 : Améliorer la coordination avec l'offre ambulatoire

Leviers :

Utiliser au mieux les réseaux de santé gériatriques existants en sortie d'hospitalisation (liaison médecin traitant, SSIAD, SAAD, EHPAD)

Publics concernés : professionnels de santé, ESMS

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, ARS DOS

Partenaires : réseaux

Indicateurs de suivi:

Action 3 : CLARIFIER-FAIRE CONNAITRE-AMELIORER, les dispositifs organisationnels existants ou à venir, en étroite collaboration avec les CG

Leviers :

- Clarifier les missions et rôles respectifs des dispositifs (réseaux de santé, gérontologiques, CLIC, CCAS, MAIA,)
- Faire connaître les dispositifs aux personnes âgées, aux aidants, aux professionnels de santé
- Améliorer la coordination gérontologique.

Publics concernés :

- personnes âgées en perte d'autonomie (60 ans et plus)
- personnes atteintes de la maladie d'ALZ

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, CG

Partenaires : ARS DOS, ESMS

Action 4 : Favoriser et formaliser les partenariats entre professionnels, établissements et services

Leviers :

- Inciter aux signatures de conventions de partenariat entre HAD et SSIAD
- Favoriser l'accès à des formations communes des personnels (fin de vie, nutrition, bientraitance, ALZ...) et en évaluer la plus value
- Renforcer les liens entre les consultations mémoires, les professionnels de santé (dont le médecin traitant), les services (équipes spécialisées Alzheimer à domicile), les établissements du territoire

Publics concernés :

- personnels soignants
- gestionnaires
- professionnels de santé

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, CG (selon le type d'Ets)

Partenaires : Conseil Régional

6.2. Objectif A2.2 : Analyser et adapter l'offre en hébergement

6.2.1. Problématiques

L'entrée en structures médicalisées est repoussée par choix ou par crainte de la dégradation du niveau de ressources (reste à charge trop élevé). Elle s'effectue à un âge avancé. Le maillage de proximité des dispositifs d'hébergement permanent pour personnes âgées est à préserver, avec la nécessité de maintenir une offre de proximité, proche des milieux socioculturels et affectifs (famille) dans lesquels la personne a vécu

Les PUV (Petites Unités de Vie) et les Logements-Foyers (bénéficiant encore du forfait soins) sont des structures médicalisées permettant la prise en charge de personnes âgées dépendantes dans des conditions d'accueil satisfaisantes (préservation de l'environnement familial, par exemple).

Les capacités d'accueil restent cependant relativement faibles (196 places pour les PUV, 2357 places pour les LF avec forfait soin) par rapport aux places d'EHPAD et d'USLD. Par ailleurs, se posent pour les PUV les questions de l'équilibre financier (reste à charge des résidents ou de leur famille difficilement supportable) ainsi que de la sécurité médicale (nuit notamment).

L'offre d'équipements autorisés en attente d'installation reste importante (2651 places pour la région au 01/01/2011), tandis que l'implantation des équipements installés est disparate sur les zones de proximité, variant de 90 places à 156 pour 1000.

Issues de la partition USLD-EHPAD, 1640 places d'Unités de Soins de Longue Durée sont destinées à la prise en charge des personnes âgées dont l'état de santé demande une attention particulière (pour mémoire, les places d'USLD relèvent d'un financement « enveloppe sanitaire »). L'offre USLD ne devrait pas évoluer dans l'immédiat.

Il existe par ailleurs une offre d'hébergement transfrontalière (Belgique), insuffisamment appréhendée.

L'expression des besoins et souhaits des personnes âgées et de leur familles ou représentants doit par ailleurs être prise en compte

6.2.2 Institutions compétentes

Cet axe concerne tous les acteurs institutionnels et particulièrement, l'ARS et les Conseils Généraux.

Action 1 : Analyser et adapter l'offre et les besoins médico-sociaux sur les plans quantitatif et qualitatif

Leviers :

- Partager la connaissance des taux d'occupation des EHPAD

- Connaître les listes d'attente EHPAD dans les deux départements
- Analyser l'offre en hébergement permanent en partenariat avec les CG et accroître la capacité des EHPAD par extension, voire création, d'ici 2016, si les conclusions de l'analyse conjointe et l'évolution de la demande le nécessitent (160 places étant inscrites au PRIAC 2010-2013 à titre conservatoire)
- Permettre la mise en place de dispositifs expérimentaux et innovants
- Poursuivre la médicalisation des EHPAD, après évaluation de la charge de l'accompagnement en soins et de son évolution, en vue d'un soutien financier dans la limite des enveloppes nationales et régionales notifiées.

Publics concernés : - personnes âgées de 60 ans et plus, - personnes atteintes de la maladie d'ALZ

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, CG

Partenaires : ESMS, ARS DOS

Action 2 : Accueil de populations spécifiques

La prise en compte des populations spécifiques que constituent les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, et des personnes handicapées vieillissantes nécessite d'adapter l'offre existante.

Leviers :

- Etendre la capacité des Unités de Vie Alzheimer existantes par extension, voire création au sein des EHPAD (selon évolution significative du nombre d'ALD 15)
- Créer en EHPAD des unités pour personnes handicapées vieillissantes
- Décloisonner les dispositifs afin de permettre des mouvements du secteur handicap vers celui des personnes âgées (par exemple, permettre l'accueil temporaire en EHPAD pour des personnes accueillies en Foyer de Vie ou encore pouvoir réintégrer si nécessaire le secteur handicap après orientation en EHPAD).

Publics concernés : personnes handicapées vieillissantes, malades alzheimer

Territoires concernés :

- ALZ : selon zones prioritaires déterminées par l'analyse
 - PHV : Arrageois, Béthune-Bruay, Boulonnais, Audomarois, Calais, Lille
- Pilotes : ARS DOMS, Conseil Général
Partenaires : ESMS

Action 3 Faire de la convention tripartite un outil d'amélioration qualitative de la prise en charge

Leviers :

En co-construction avec les Conseils Généraux, élaborer un contenu minimal additionnel au regard des modèles types actuels .visant à :

- * formaliser les relations avec la filière gériatrique
- * contractualiser avec les établissements de santé, les HAD au travers du Plan de Formation des personnels des EHPAD des actions intégrant des thèmes obligatoires, des actions d'éducation thérapeutique....
- * améliorer la qualité via l'exploitation des résultats des évaluations internes et externes prévues par la réglementation

Publics concernés : personnes âgées (60 ans et plus)

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, CG

Partenaires : ARS DOS, ESMS

7. Orientation A3 : Améliorer le panel de réponses auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée

7.1. Problématiques

Le nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée est en progression constante, avec une prévalence de 270 malades pour 100 000 personnes.

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 couple « aidé-aidant » est à accompagner, 50% des conjoints aidants développant une dépression, avec un risque de surmortalité de plus de 60% pour l'aidant dans les 3 ans suivant le début de la maladie de leur proche.

L'existence d'une offre (AJ, HT) alternative à l'entrée en institution reste pas assez connue, sous-utilisée (installations non réalisées, en sous-occupation, ou ne répondant pas aux normes capacitaires pour l'AJ).

2011 constitue une année de transition entre des dispositifs qui étaient expérimentaux et qui sont en phase de consolidation (MAIA, plateforme de répit, prestations de répit)

Des interrogations émergent à propos de la pérennisation des financements post Plan Alzheimer 2008-2012.

L'offre d'accompagnement doit être maillée de manière équitable sur l'ensemble des zones de proximité, selon une montée en charge annuelle progressive et en correspondance avec les moyens octroyés à la région

7.2. Institutions compétentes

- ARS et Conseils Généraux
- Professionnels au niveau de l'articulation et la connaissance réciproque des champs sanitaire et médico-social.
- Conseil Régional dans sa compétence dans la formation sociale, médico-sociale et sanitaire
- Associations, aidants naturels et bénévoles

Deux objectifs opérationnels pour mettre en œuvre cette orientation :

- Adapter et améliorer l'accès à l'offre pour les malades Alzheimer
- Améliorer l'information des personnes et la coordination des acteurs

7.3. Objectif opérationnel A3a. : Adapter et améliorer l'accès à l'offre pour les malades Alzheimer

Action 1 : Renforcer l'équité territoriale au niveau des solutions alternatives à l'hébergement permanent

Leviers :

L'Accueil de jour

- Mettre aux normes capacitaires les accueils de jour
- Procéder à une recomposition de l'offre (AJ autonome, AJ itinérant)
- Envisager la création de places, si nécessaire, pour offrir a minima de l'AJ dans chaque zone de proximité

L'Hébergement temporaire

- Viser une meilleure utilisation de l'hébergement temporaire
- Procéder à une recomposition de l'offre (HT autonome)
- Envisager la création de places, si nécessaire, pour offrir a minima de l' HT dans chaque zone de proximité
- Permettre la mise en place de dispositifs expérimentaux et innovants.

Publics concernés : personnes âgées souffrant de la maladie ALZ ou apparentée

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, -CG

Partenaires : ESMS

Action 2 : Déployer progressivement les dispositifs adaptés en établissement

Leviers :

Labelliser des PASA (en EHPAD) - 94 à fin 2012 – et des UHR (en EHPAD, en USLD) -16 à fin 2012.

L'évolution de cette offre pourrait être poursuivie ultérieurement au regard de celle, significative, du nombre d'ALD 15 dans la région.

Publics concernés : personnes âgées ALZ

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, CG

Partenaires : ARS DOS

Action 3 : Doter le territoire régional d'Equipes Spécialisées Alzheimer à Domicile (ESAD)

Créer 27 ESAD à fin 2012, offre pouvant évoluer ultérieurement en cas de progression significative du nombre d'ALD 15.

Leviers :

- Susciter les candidatures des porteurs potentiels de projets (SSIAD, SPASAD)

- Informer les aidants et les professionnels de santé sur l'intérêt du dispositif, concourant à la vie à domicile

Publics concernés : personnes âgées souffrant de la maladie ALZ ou apparentée

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilote : ARS

Partenaires : CG, SSIAD

7.4. Objectif opérationnel A3b. : Améliorer l'information des personnes et la coordination des acteurs

Action 1 : Améliorer l'information des Personnes

Leviers :

- Evaluer l'efficacité de la mission d'information confiée aux MAIA et Plateformes d'Accompagnement et de Répit, en liaison avec les autres dispositifs existants (CLIC notamment)

- Organiser des actions d'information régionale ouvertes au public

- Lutter contre l'isolement (aller à la rencontre des personnes âgées, des aidants)

Publics concernés : personnes âgées, aidants

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, CG

Partenaires : CLIC, CCAS ; gestionnaires MAIA, Plateforme de répit, ESMS

Action 2 : Améliorer la coordination des acteurs

Leviers :

- Labelliser progressivement de nouvelles MAIA dans la perspective d'une couverture régionale en 2013

8. Orientation A4 : Accompagner la fin de vie à domicile et en établissement

8.1. Problématiques

Une étude de l'INSEE sur les décès survenus en France en 2009 souligne pour la troisième année consécutive l'augmentation de l'âge auquel les décès sont constatés (86 ans pour les hommes et 89 ans pour les femmes). Ils surviennent de plus en plus souvent en maison de retraite (11.5 % en 2009 soit deux fois plus qu'en 1980), en hôpital ou en clinique (57.5 %), 26 % au domicile.

La fin de vie à domicile est devenue problématique et la prise en charge palliative reste encore difficile à mettre en œuvre, tant au domicile qu'en EHPAD.

Le rapport annuel du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de 2007, a identifié comme un des obstacles à la prise en charge palliative en EHPAD, la carence d'infirmières de nuit, particulièrement dans les structures de petite taille, ainsi que le déficit de formation des personnels soignants

Une expérimentation dans 2 régions (dont la région Nord-Pas-de-Calais) sur la prise en charge de soins palliatifs en EHPAD la nuit est en cours, avec pour objectif la comparaison des EHPAD qui disposent d'une infirmière de nuit (formée aux soins palliatifs) d'astreinte ou exerçant sur place, avec ceux qui n'en disposent pas (évaluation nationale de cette expérimentation prévue courant 2011).

L'augmentation du nombre d'accompagnement de fin de vie nécessite de poursuivre le renforcement du soutien et de la formation des personnels intervenant au domicile et en EHPAD (formation, mise à disposition d'outils et de référentiels....).

Le programme Mobiquat (action nationale dont l'objectif est d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles – qualité des soins et du prendre soin) s'inscrit dans le programme des soins palliatifs 2008 - 2012 afin de participer au développement de la culture palliative dans les hôpitaux locaux, les unités de soins de longue durée, les structures médico - sociales et les services de soins à domicile.

Institutions compétentes

- L'ARS organise les soins de premier recours, les soins hospitaliers et l'offre médico-sociale. Elle est la plus à même d'initier, de renforcer et de superviser la coordination des acteurs.
- Les professionnels ont un rôle à jouer sur l'articulation et la connaissance réciproque des champs sanitaire et médico-social.
- Le Conseil Régional dans sa compétence dans la formation sociale, médico-sociale et sanitaire
- Les associations de famille, aidants naturels et bénévoles.

Deux objectifs opérationnels pour mettre en œuvre cette orientation :

- Développer les conventions entre acteurs
- Renforcer le soutien des personnels des EHPAD et des SSIAD

8.2. Objectif opérationnel A4a. : Développer les conventions entre acteurs

Action 1 : Développer les conventions

Leviers :

- Construire un tableau de bord permettant le suivi des conventions entre :
 - * Soins Palliatifs et EHPAD
 - * HAD et EHPAD
 - * HAD et réseaux/Etablissements de santé
- Evaluer le fonctionnement du dispositif pour l'adapter

Publics concernés : acteurs de l'accompagnement en soins des personnes âgées

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS

Partenaires : ARS DOS, CG, ESMS

Action 2 : Développer l'accompagnement en EHPAD

Leviers :

Tirer les enseignements de l'expérimentation ayant trait à la présence la nuit, au sein d'un EHPAD, d'IDE formées aux soins palliatifs

Publics concernés : personnel soignant/personnes âgées

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS

Partenaires : ARS DOS, CG, ESMS

8.3. Objectif opérationnel A4b. : Renforcer le soutien des personnels des EHPAD et des SSIAD

Action 1 Généralisation des protocoles d'accompagnement et de soins palliatifs

Leviers :

- Diffusion des référentiels et protocoles d'accompagnement existants au sein des EHPAD
- Evaluer la plus value apportée :
 - * aux personnels
 - * à la qualité de l'accompagnement

Publics concernés : personnel soignant

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilote : ARS DOMS, CG

Partenaires : ARS DOS, ESMS, Médecins Coordonnateurs

Action 2: Favoriser la professionnalisation des personnels des ESMS

Leviers :

- Accentuer la professionnalisation des personnels via l'information délivrée lors de l'intervention de professionnels spécialisés des établissements de santé au sein des ESMS

Publics concernés : personnel soignant

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS, DOS

Partenaires : Etablissements de santé, réseaux, CG

Action 3 : Poursuite de la mobilisation des professionnels sur la thématique

Leviers :

Diffuser l'outil de formation et de sensibilisation « Soins Palliatifs » du Programme National Mobiquat aux EHPAD et aux SSIAD

Publics concernés : personnel soignant

Territoires concernés : toutes zones de proximité

Pilotes : ARS DOMS

Partenaires : ESMS, CG

9. VOLET ADDICTIONS

Remarque : ce volet est centré sur les pathologies liées aux pratiques addictives, les besoins et la prise en charge des problématiques de santé des personnes en difficultés spécifiques seront traités dans le cadre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Orientation D1 : Agir sur les facteurs de risques d'entrée en addictions quelle que soit leur nature afin de réduire les dommages et la mortalité prématurée évitable liée aux comportements addictifs

9.1. Problématiques

Le diagnostic partagé fait ressortir que le Nord Pas de Calais est, de loin, la région la plus impactée par les problématiques liées aux addictions.

Les taux comparatifs de mortalité par causes imputables à l'alcool ou au tabac mettent en évidence le retard de la région en matière de lutte contre la mortalité prématurée évitable. Les décès liés à l'usage d'alcool ou de tabac représentent respectivement 25 % et 8% de cette mortalité. La prévalence régionale des cancers (VADS notamment), et des maladies respiratoires et cardiovasculaires doit inciter à agir bien en amont de l'apparition des pathologies par une prévention adaptée auprès de la population générale et ciblée pour les publics à risques.

De nouvelles formes d'addictions apparaissent, des pratiques non favorables associées à des déterminants socioéconomiques et culturels induisent des comorbidités diverses et une vulnérabilité accrue.

La précocité des interventions est essentielle afin d'éviter l'entrée en consommation et/ou une dégradation trop importante des situations.

Ces pratiques de consommation pèsent non seulement sur l'état de santé de la population régionale qui reste préoccupant, mais ont aussi des conséquences familiales, sociales et sociétales :

- Indicateurs régionaux de santé et de consommation défavorables
- Rajeunissement de l'âge moyen d'initiation aux substances psycho actives, entraînant des risques de dépendance accrus
- Plus fort taux régional de décès par surdoses
- Nombre élevé d'usagers de produits psycho actifs bénéficiant de traitement de substitution aux opiacées
- Nombre d'interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants en hausse
- Situations de violences sociales et familiales, souvent provoquées par l'abus d'alcool
- Problématique de reproduction familiale des addictions et de l'alcoolisation chez la femme enceinte (SAF)
- Publics insuffisamment pris en compte dans les actions de prévention PA et PH
- Précarité accrue favorisant les conduites de consommation problématique
- Comorbidités associées, notamment psychiatriques, des poly addictions.
- Nouvelles formes d'addictions sans substance.

9.2. Institutions compétentes

L'ARS est directement compétente sur ces champs croisés d'intervention : prévention, premier recours, soins, accompagnement médicosocial.
Articulation SRP - SROS – SROMS

La coopération avec d'autres acteurs institutionnels doit permettre la réalisation de diagnostics partagés et évolutifs : collectivités territoriales, cohésion sociale, services judiciaires et pénitentiaires, éducation nationale, DIRECCTE, médecins et équipes de santé au travail, les services de sécurité.

Une coordination dans le cadre de la MILDT, sous l'égide des préfets de département, doit permettre de conjuguer les efforts sur les différents champs d'investigation de cette mission : la prévention, le soin et la prise en charge, l'application de la loi et la lutte contre le trafic.

Les conseils généraux et les municipalités viennent renforcer les politiques menées dans la prévention des addictions. Le conseil régional apporte ses compétences sur le champ de la formation.

Deux objectifs opérationnels pour mettre en œuvre cette orientation :

- Promouvoir les actions de sensibilisation, formation et évaluation dans le domaine des addictions
- Favoriser le repérage des facteurs de risques d'addictions et des situations ou comportements problématiques

9.3. Objectif opérationnel D1.a : Promouvoir les actions de sensibilisation, formation et évaluation dans le domaine des addictions

Action 1 : Veiller à la qualité de l'information diffusée sur les addictions dans les lieux d'accueil et auprès des autres professionnels amenés à être confrontés aux pratiques addictives.

Leviers :

- Organiser un relais local de l'information afin d'encourager à la réduction de la consommation et de l'offre s'appuyant sur un opérateur identifié :
- * des campagnes nationales de prévention des addictions et d'éducation à la santé, et d'information sur les conséquences sanitaires et juridiques des consommations (INPES - INSERM)
- * des préconisations relatives à la réduction des risques auprès des usagers de drogues
- * de la veille sanitaire/alerte (exploitations nationales de données concernant la diffusion et l'usage des produits psycho actifs et les nouvelles formes d'addictions en lien avec OFDT – AFSSAPS – INSEE)
- Organiser des rencontres d'information interprofessionnelles régionales en partenariat avec la MILDT
 - Promouvoir des actions d'information et de sensibilisation ciblées pour les usagers à risques de dépendance addictive (lieux festifs, milieux étudiants...)
 - Favoriser la prise en compte de la problématique addictologie au sein des structures d'accueil et de soins (services de médecine, psychiatrie, gynécologie obstétrique, urgences...)
 - Officialiser un maillage territorial des structures actrices de la prévention des addictions : réaliser un état des lieux
 - Définir et mettre en place des actions de prévention face aux nouvelles formes d'addictions.

Publics concernés :

- Tous publics et professionnels de santé pour les actions d'information générale
- Publics spécifiques pour la RDR

Territoires concernés : Toutes zones de proximité, avec une attention particulière pour les zones rurales ou isolées

Pilote : ARS DSP Renvoi au SRP

Transversalité : ARS (DSEE-DOMS-DOS), CRA, MILDT, CEIP

Action 2 : Former et accompagner les intervenants de premier niveau et premier recours

Leviers :

- Encourager l'introduction de modules spécifiques dans la formation initiale des professionnels de santé concernant l'addictologie
- Développer la formation continue en privilégiant la pluri professionnalité et la transversalité dans le domaine des addictions avec l'association de représentant des usagers

Publics concernés : Professionnels

Territoires concernés : Tous

Pilote : ARS-DOS

Transversalité : ARS (DSEE, 1^{er} recours, DSP, DOMS), CRA, Conseil régional, CG, URPS, Universités...

Action 3 : Organiser une information identifiant des structures référentes en addictologie pour permettre d'orienter vers le dépistage et le soin

Leviers :

- Disposer d'un annuaire de l'offre régionale en matière de prise en charge addictologique sur tous les champs d'intervention de l'ARS
- Assurer la mise à disposition des informations (ex : site internet ARS)

Publics concernés : Structures de prise en charge et professionnels de santé

Territoires concernés : Tous territoires

Pilote : ARS-DOMS en lien avec DSEE

Transversalité : DSP - DOS – CRA - PAPS

9.4. Objectif opérationnel D1.b : Favoriser le repérage des facteurs de risques d'addictions et des situations ou comportements problématiques

Action 1 : Favoriser l'intégration dans les dispositifs de prise en charge addictologiques les publics

- les plus fragilisés (personnes en situation précaire ou désocialisées, personnes détenues ou sortant de prison, migrants, femmes enceintes...)
- exposés (travailleurs du sexe...)
- vulnérables (jeunes, apprentis, étudiants, personnes sans abri...), de manière à renforcer les capacités psycho sociales permettant à la personne de choisir, d'éviter ou retarder l'entrée en pratique addictive, enclencher une démarche motivationnelle personnelle de soin.

Leviers :

Ateliers, groupes de paroles, associant les familles et des représentants d'usagers, adaptant les interventions selon les profils des publics et les pratiques

Publics concernés : publics cités supra

Territoires concernés : l'ensemble des territoires et plus particulièrement les zones plus fortement impactées par les difficultés économiques et sociales, la grande précarité (indicateurs socio économiques)

Pilote : ARS-DOMS

Transversalité : ARS (DSP) Cohésion sociale, DIRECCTE, SPIP

Action 2 : Aider les professionnels au repérage des facteurs de risques d'addiction pouvant entraîner des pratiques et usages nocifs

Leviers :

- Former les professionnels au Repérage Précoce en Intervention Brève (RPIB) et aux techniques de l'entretien motivationnel
- Sensibiliser les professionnels notamment de la périnatalité aux risques liés aux conduites d'alcoolisation, notamment chez la femme enceinte : améliorer la prévention et le dépistage du syndrome d'alcoolisation fœtale SAF en lien avec les maternités (Articulation avec le schéma PH pour la prise en charge des enfants)
- Promouvoir des actions de prévention spécifiques auprès des PA et PH (Articulation avec le schéma PA et PH)
- Aider les professionnels au repérage des risques d'addiction sans substance
- S'appuyer sur des référentiels de pratiques professionnelles validés (concernant le repérage et le dépistage, les addictions sans produits par exemple).

Publics concernés : Professionnels

Territoires concernés : Tous territoires

Pilote : ARS (DSP)

Transversalité : ARS (DOS, DOMS), Ets santé, URPS, Réseaux de santé, PMI, CG pour PA et PH

Action 3 : Mettre en place des pratiques relais inter professionnelles et des outils auprès des acteurs de proximité leur permettant de savoir repérer pour alerter et orienter

Leviers :

- Organiser des échanges interprofessionnels avec les acteurs de l'Education nationale, des services sociaux et PMI, pénitentiaires, le monde du travail et des loisirs, les structures d'insertion professionnelle
- S'appuyer sur des formateurs relais.

Publics concernés : Divers professionnels de terrain

Territoires concernés : Tous territoires

Pilote : ARS DSP

Transversalité : DOS DOMS Institutions concernées, collectivités territoriales

Orientation D2 : Favoriser et développer l'accès et le recours aux soins d'addictologie en évitant les ruptures dans la filière de soins.

D2.1 : Garantir par territoire une offre de soins spécialisée complète, coordonnée et couvrant l'ensemble du parcours de soins

9.5. Problématiques

L'addictologie renvoie aux notions de produits ou substances, de pratiques et d'usages.

Les enjeux sanitaires, sociaux et sécuritaires ont d'ailleurs donné lieu à l'élaboration de nombreux plans gouvernementaux, et à la mise en place de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT) en 1998.

Ces comportements nécessitent à la fois la prise en charge d'une, voire plusieurs pathologies, et la nécessité d'un rappel à la loi.

Le champ complexe des addictions et de leur prise en charge implique une multitude d'intervenants (ARS, Cohésion sociale, Education nationale, Services judiciaires et pénitentiaires, monde des loisirs et du travail) et de financeurs (Etat, assurance maladie, collectivités territoriales).

L'enjeu est donc de simplifier, rendre plus accessible et fluide le parcours de soins du patient et de garantir son accessibilité quelle que soit la situation de la personne et à toutes les étapes de l'évolution de la pathologie.

In fine, un meilleur accès aux soins permettra de réduire la mortalité prématurée évitable.

Les partenariats et filières définissant le cadre d'intervention et les missions des différents acteurs se développent mais sont insuffisamment formalisés et identifiables, tant par les professionnels que par les usagers ou leur entourage.

Les passerelles et les articulations entre ces différents dispositifs ne sont pas toujours coordonnées ou n'apparaissent pas clairement ; ce qui peut parfois conduire à l'abandon de la démarche de soins par l'utilisateur.

9.6. Institutions compétentes

- Champ transversal à l'ARS pour les axes prévention, repérage précoce, soins et accompagnement et propre au champ médico-social, s'agissant des conduites addictives chez les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.
- D'autres politiques publiques interviennent à des stades différents de la prise en charge : Education nationale (Prévention scolaire), Justice (Injonctions thérapeutiques, Alternatives aux poursuites judiciaires), Services pénitentiaires (Continuité des soins aux personnes incarcérées ou sortant de prison), Cohésion sociale (prise en charge des personnes en grande précarité, centres de loisirs), DIRECCTE (Sensibilisation aux addictions dans les milieux professionnels), collectivités territoriales (animation, prévention).
- Nécessité d'une coordination dans le cadre la MILDT, sous l'égide des préfets de département.

Un objectif opérationnel pour mettre en œuvre cette orientation : Adapter et structurer l'offre dans le respect de l'équité territoriale et la continuité des soins

Action 1 : Développer et formaliser par des conventions, les coopérations et partenariats entre dispositifs spécialisés en addictologie sur les territoires

Leviers :

- Formaliser des conventions entre CSAPA spécialisés et services de psychiatrie pour des prises en charge croisées (Introduire des personnels spécialisés en psychiatrie dans les CSAPA)
- Formaliser les complémentarités d'intervention entre établissements sanitaires et médicosociaux par des conventions de coopération
- Développer les coopérations entre CSAPA et CAARUD avec les professionnels de santé de premier recours, dont les maisons de santé pluri professionnelles (Identification de temps dédiés aux consultations addictologiques)
- Veiller à la qualité des articulations entre les intervenants dans le respect de leur mission

Publics concernés : professionnels de santé libéraux et des établissements sanitaires et médicosociaux,

Territoires concernés : Tous territoires en priorisant les territoires isolés, zones urbaines sensibles et zones rurales où la mobilité peut constituer un frein à l'accès aux soins

Pilote : ARS DOMS

Transversalité : ARS (DOS), Cohésion sociale

Action 2 : Adapter l'offre en addictologie sur les différents territoires où elle est inexistante ou insuffisante

Leviers :

- Développer l'offre de proximité
- * par des consultations avancées à partir des CSAPA (jeunes, précaires, milieu rural), informer sur l'ouverture des consultations jeunes consommateurs (CJC) aux familles
- * par le renforcement d'équipes mobiles rattachées aux CAARUD, allant vers les publics
- * à travers le Programme Ambulatoire de Sevrage de Boissons Alcoolisées (PASBA)
- * par le développement des alternatives à l'hospitalisation (HDJ) dans es niveaux de recours en addictologie
- Renforcer les Equipes Hospitalières de Liaison en Addictologie
- Renforcer les consultations hospitalières externes à orientation tabacologique
- Installer une consultation d'addictologie hebdomadaire dans chaque UCSA
- Développer l'offre en hébergement, insuffisante dans la région, pour encourager l'observance des traitements et la réinsertion par un retour à un meilleur état de santé (accueil des femmes, femmes avec enfants, usagers d'alcool)
- Poursuivre le renforcement de l'offre en ACT pour les personnes souffrant de comorbidités VIH VHC

- Assurer une bonne couverture territoriale des CAARUD au moyen de prises en charge adaptées aux différents publics et problématiques (développer les consultations avancées, équipes mobiles, les dispositifs de prise en charge médico-psycho-sociale)
- Permettre le développement et l'accès aux traitements de substitution aux opiacés pour les usagers dépendants ; (Aménagements horaires, articulation avec le médecin généraliste, relais pharmacien et médecin de ville, interventions)
- Faciliter l'accès aux traitements de substitution nicotinique
- Rendre plus homogène l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral et à la sortie de prison (lien dedans dehors)
- Veiller à la mise en conformité avec la réglementation concernant les médicaments dans les CSAPA
- Poursuivre la reconnaissance contractuelle des unités et services d'addictologie de proximité et de recours.

Publics concernés : Structures spécialisées en addictologie et leurs partenaires

Territoires concernés : Prioriser selon les indicateurs de santé et selon l'équité de la couverture territoriale et selon la file active

Pilote : ARS

Transversalité : ARS (DOS, DOMS)

D2.2 : Favoriser la démarche de soin en agissant sur les usagers et les professionnels

9.7. Problématiques

Les personnes concernées par une pratique addictive sont le plus souvent isolées dans leur pathologie, dans le déni, et/ou dans l'incapacité ou l'impossibilité d'exprimer leur mal être et leur souffrance.

L'entourage du patient, souvent désarmé, éprouve de grandes difficultés à recevoir/accepter la situation du proche.

L'image que renvoie la pathologie addictive n'est pas celle des autres maladies : souvent culpabilisées, voire stigmatisées du fait des conséquences sociétales des usages de substances psycho-actives, les personnes ne se tournent pas spontanément ou facilement vers une démarche de soins, ou ne la poursuivent pas.

9.8. Institutions compétentes

- Un accompagnement pluri-institutionnel s'avère indispensable.

La coordination avec la cohésion sociale gérant les politiques de lutte pour l'insertion, les collectivités territoriales pour les personnes âgées ou en situation de handicap, les services pénitentiaires pour les personnes sous main de justice permettra de favoriser la complémentarité et l'efficacité des actions menées.

- L'ARS peut être à l'intersection de ces différentes approches pour favoriser la prise en charge de la pathologie et le soin dans leur globalité, jusqu'à l'accompagnement à la réinsertion.

Deux objectifs opérationnels pour mettre en œuvre cette orientation :

- Lutter contre le recours tardif aux soins
- Poursuivre une politique forte de réduction des risques et des dommages, notamment auprès des usagers de drogues

9.9. Objectif opérationnel D2.2.a : Lutter contre le recours tardif aux soins

Inciter les personnes confrontées à une addiction à exprimer leurs difficultés auprès de leur entourage et des intervenants.
Aider les familles à accepter la pathologie et à soutenir leur proche,
Encourager les professionnels à repérer et évoquer les situations à risques ou problématiques permettant de favoriser la démarche de soin.

Action 1 Améliorer la visibilité et l'accessibilité des dispositifs de soins pour répondre aux demandes de prise en charge en addictologie de l'utilisateur et de son entourage

Leviers :

- Faire connaître les dispositifs de soin par la diffusion de l'information sur tous supports adaptés dans les divers lieux d'accueil et de consultations, chez les professionnels de santé libéraux
- Organiser l'accessibilité des lieux de consultations (Horaire, suivis, référents)

- Aider l'utilisateur et son entourage à s'inscrire dans un parcours de soins coordonné (ouverture des droits sociaux, déclaration du médecin traitant)
- Améliorer l'articulation entre CJC, éducation nationale, services sociaux du CG, SPIP
- Articuler les niveaux d'intervention entre EMS, EHLA, consultations (ex : maternité, milieu carcéral)
- Renforcer les maraudes pour aller vers les usagers consommateurs et les accompagner vers le soin

Publics concernés : Professionnels

Territoires concernés : Tous territoires et priorisation selon indicateurs de risques

Pilote : ARS DOMS

Transversalité : ARS (DOS), URPS, Cohésion sociale, Education nationale, SPIP, CG, établissements et services

9.10. Objectif opérationnel D2.2.b : Poursuivre une politique forte de réduction des risques et des dommages, notamment auprès des usagers de drogues

Action 1 : Améliorer l'accès au dépistage

Leviers :

- Sensibiliser les structures MS à l'articulation avec les médecins généralistes concernant le dépistage VIH et Hépatites
- Inciter au dépistage et autres mesures de réduction des risques dans les CSAPA en renforçant les liens avec les CAARUD
- Formaliser des protocoles sur le prélèvement accompagné en lien avec le collectif réduction des risques
- Poursuivre et renforcer le rapprochement des CAARUD et des CDAG pour le dépistage VIH, Hépatites et vaccination VHB
- Suivre la mise en place du dispositif permettant la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Veiller aux articulations avec le plan national de lutte contre le VIH SIDA et les IST 2010-2014, le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012
- Créer une sous commission de la CRA sur la réduction des risques en lien avec le collectif réduction des risques
- Inciter au dépistage précoce des cancers VADS auprès des personnes présentant des facteurs de risques
- Faire connaître l'utilité du FIBROSCAN auprès des professionnels de santé pour élargir son usage
- Développer le dépistage et les consultations avancées de gastroentérologie dans les lieux fréquentés par les toxicomanes

Publics concernés : Structures médico sociales et leurs partenaires

Territoires concernés : Tous territoires

Pilote : ARS DOMS

Transversalité : ARS (DSP-DOS), structures spécialisées, CG, URPS

Action 2 : Renforcer les partenariats institutionnels pour les publics vulnérables

Leviers :

- Mettre en place le dispositif de médecins relais (Décret du 16 avril 2008 relatifs au suivi des mesures d'injonctions thérapeutiques et aux médecins relais)
- Mettre en place les recommandations concernant la santé des détenus, pendant l'incarcération et à la sortie de prison ; Articulation avec le plan de politique de santé pour les personnes placées sous main de justice 2010-2014 ; Circulaire novembre 2010 pour l'organisation de la prise en charge des addictions en détention
- Favoriser les rencontres EMS/UCSA/SPIP

Publics concernés : Structures et professionnels de santé

Territoires concernés : Tous les territoires

Pilote : ARS DOMS

Transversalité : ARS DSP, DISP, Justice, URPS ML, DOS 1^{er} recours

Orientation D3 : Améliorer l'efficacité de la prise en charge addictologique en assurant la qualité et la sécurité des interventions

9.11. Problématiques

Le retard régional en termes d'indicateurs de santé et la prévalence des taux de mortalité prématurée imputables aux pratiques addictives imposent des actions de santé publique conjuguées à une prise en charge de qualité des personnes concernées par ces addictions.

Les problématiques sont le plus souvent récurrentes et les soins concernent autant les comorbidités somatiques, psychiatriques que sociales.

Des inadéquations sont d'ailleurs parfois relevées dans les modalités de prises en charge, notamment dans les services d'hospitalisation, faute de disponibilité adaptée.

La qualité de la prise en charge repose sur une approche globale et convergente des différents acteurs en addictologie, fondée sur des référentiels partagés par tous. La notion encore récente de filière en addictologie demande à se développer et à se formaliser pour offrir au patient toutes les conditions d'une démarche de soins en continuité et intégrant une réadaptation lorsqu'elle est nécessaire.

9.12. Institutions compétentes

ARS, établissements de santé et médicosociaux, représentant des usagers, réseaux

Deux objectifs opérationnels pour mettre en œuvre cette orientation :

- Favoriser la formation, la qualification des personnels et la montée en compétences des professionnels de l'addictologie
- Promouvoir la prise en charge globale des addictions

9.13. Objectif opérationnel D3.a : Favoriser la formation, la qualification des personnels et la montée en compétences des professionnels de l'addictologie

Action 1 : Diffuser les recommandations de bonnes pratiques HAS et ANESM

Leviers :

- Diffuser des guides
- Favoriser la mise en place des bonnes pratiques dans les établissements
- Harmoniser les savoirs faire (J1/2 journées thématiques à destination des professionnels)
- Adapter les formations paramédicales à l'évolution des besoins de prise en charge addictologique

Publics concernés : Professionnels des établissements sanitaires et médicosociaux

Territoires concernés : Tous territoires

Pilote : ARS

Transversalité : ARS (DOS-DOMS), représentants d'utilisateurs, réseaux...

Action 2 : Encourager la recherche clinique

Leviers :

- Permettre des terrains d'observation et de mise en pratique des nouvelles connaissances concernant les addictions (Ex : Utilisation de certaines molécules...)
- Améliorer les pratiques régionales, notamment sur les nouvelles formes d'addictions

Publics concernés : Services hospitaliers et EMS d'addictologie

Territoires concernés : Tous territoires

Pilote : ARS DSEE

Transversalité : ARS (DOS-DOMS- DSP), CRA, Universités, GHICL, CEIP

Action 3 : Former les professionnels par apport de technicité

Leviers :

Introduire dans le 2^{ème} cycle des études de médecine l'enseignement du RPIB des addictions

Publics concernés : Etudiants

Territoires concernés : Tous les territoires

Pilote : ARS DOS

Transversalité : ARS DSEE, Université Lille 2, GHICL

9.14. Objectif opérationnel D3.b : Promouvoir la prise en charge globale des addictions

Action 1 : Décloisonner les pratiques professionnelles entre alcoologie et toxicomanie

Leviers :

- Inscrire des enseignements complémentaires dans les programmes de formation continue des ESMS
- Favoriser les échanges de pratiques entre professionnels de champs différents

Publics concernés : Services hospitaliers et EMS d'addictologie

Territoires concernés : Tous territoires

Pilote : ARS DOMS

Transversalité : ARS (DOS), CRA

Action 2 : S'appuyer sur le groupe de travail « Filières Réseaux » de la CRA pour les articulations et la coordination entre les professionnels de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers) et les structures spécialisées

Groupe de travail CRA

Publics concernés : Professionnels de santé

Territoires concernés : Tous les territoires

Pilote : ARS

Transversalité : URPS, Etablissements de santé et EMS

Action 3 : Favoriser les conditions d'un retour à l'autonomie des patients les plus en difficultés

Leviers :

- Délivrer une information sur les risques comportementaux adaptée aux problématiques des addictions
- Promouvoir l'éducation à la santé et à la citoyenneté dans les CSAPA, les ACT
- Faciliter la participation aux ateliers d'éducation thérapeutique existant sur le territoire
- Développer l'éducation par les pairs.

Publics concernés : Professionnels du soin

Territoires concernés : Tous territoires

Pilote : ARS DOMS

Transversalité : ARS (DSP, DOS), établissements, URPS, réseaux

Action 4 : Valoriser les actions menées par les groupes d'entraide

Leviers :

- Formaliser les liens avec les établissements spécialisés pour des interventions collectives (temps dédiés, complémentarités)
- Communiquer sur les associations et leurs actions

Publics concernés : Professionnels de santé, Grand public, Structures

Territoires concernés : Tous

Pilote : ARS

Transversalité : sous commission CRA, URPS, Etablissements de santé et EMS

Orientation D4 : Accompagner les dispositifs médico-sociaux

9.15. Problématiques

La mise en place des CSAPA, par fusion juridique des Centres de soins spécialisés aux toxicomanes et des Centre de cure ambulatoire en alcoologie, avait pour finalité de décloisonner la prise en charge qui était jusqu'alors organisée autour de l'alcool ou de la drogue, ou de l'orienter en fonction des spécificités de la structure.

Le financement de ces structures, aujourd'hui intégré à l'ONDAM médicosocial, garantit leur stabilité et pérennité financières.

L'activité des structures médicosociales est en constante augmentation, les délais d'attente s'allongent, l'accompagnement et l'incitation au soin s'accompagnent d'une hausse de la demande.

Cette situation est d'autant plus prégnante que l'entrée dans une démarche de soins pour ces usagers n'est pas simple et reste fragile ; faute de réponse dans un délai suffisamment rapide, elle peut générer un renoncement aux soins.

Les tendances de consommation évoluent tant dans les pratiques que dans les formes d'addictions, conduisant à un alourdissement des prises en charge rendues plus complexes par les poly consommations et les pathologies associées.

De nouvelles formes d'addictions émergent, pour lesquelles les données régionales objectivées disponibles et l'information sur le mode de prise en charge à préconiser restent insuffisantes.

Ainsi, des inadéquations de prise en charge dans les services hospitaliers peuvent être relevées pour des patients présentant des poly pathologies, ou des nouvelles formes d'addiction (TCA, jeux pathologiques notamment).

9.16. Institutions compétentes

L'ARS en tant que financeur, et d'autres acteurs institutionnels ou opérateurs pour l'alimentation en données statistiques.

Deux objectifs opérationnels pour mettre en œuvre cette orientation :

- Assurer les conditions de fonctionnement et garantir la réalisation des missions des EMS
- Mettre en cohérence l'activité des EMS avec l'évolution des besoins

9.17. Objectif opérationnel D4.a : Assurer les conditions de fonctionnement et garantir la réalisation des missions des EMS

Action 1 : Mesurer l'impact de la mise en œuvre d'équipements récents

Leviers :

- Analyser l'évolution de l'offre en dispositifs spécialisés et le maillage territorial
- Conduire une évaluation de l'activité des structures et services d'addictologie, et notamment des CJC et des structures innovantes

Publics concernés : Tous dispositifs spécialisés médicosociaux

Territoires concernés : Tous territoires et territoires d'implantation de nouveaux équipements

Pilote : ARS DOMS

Transversalité : ARS DOS

Action 2 : Inscrire la participation des EMS dans les filières de soins labellisées en addictologie

Leviers :

- Mettre en œuvre les dispositions de la circulaire DHOS du 16 mai 2007 ;
- Affirmer le rôle pivot des CSAPA dans la dynamique du réseau addictologique et le parcours de soin et de réinsertion du patient
- Nommer des professionnels référents du dossier des patients dans les structures médico sociales.

Publics concernés : structures

Territoires concernés : Tous, en priorisant ceux pour lesquels il n'existe pas encore de filières

Pilote : ARS DOS

Transversalité : ARS (DOMS)

9.18. Objectif opérationnel D4.b : Mettre en cohérence l'activité des EMS avec l'évolution des besoins

Action 1 : Développer les connaissances et l'information régionales sur les pratiques, niveaux d'usage, conséquences dommageables.

Leviers :

- Etablir un état des lieux des connaissances en lien avec les opérateurs régionaux et nationaux
- Conduire une évaluation de l'évolution des tendances et des besoins régionaux, notamment dans la prise en charge des nouvelles addictions, des comorbidités, des poly consommations, de la dépendance

Publics concernés : Tous dispositifs spécialisés médicosociaux

Territoires concernés : Tous territoires

Pilote : ARS DOMS

Action 2 : Adapter les prises en charge des CSAPA à l'évolution des besoins

Leviers :

- Ouvrir progressivement les consultations à l'ensemble des addictions ;
- Veiller à la pluri professionnalité des équipes ;
- Enrichir le cahier des charges propre à chaque type de structure, voire formes d'addictions ;

Publics concernés : Tous dispositifs spécialisés médicosociaux

Territoires concernés : Tous territoires

Pilote : ARS DOMS

Transversalité : ARS DOS

Indicateurs de suivi : nombre de consultations généralistes, évolution du cahier des charges