



Schéma d'organisation médico-sociale



SOMMAIRE

1	DIAGNOSTIC ET PRIORITES DU SROMS	7
1.1	INTRODUCTION PROBLEMATISEE ET COMPORTANT DES ELEMENTS DE SITUATION ET DE COMPARAISON INTERNATIONALE ET EUROPEENNE	7
1.1.1	<i>Historique du champ du médico-social</i>	7
1.1.2	<i>Eléments de comparaison internationale et européenne</i>	9
1.1.3	<i>Enjeux</i>	10
1.1.3.1	Des enjeux démographiques	11
1.1.3.2	Des enjeux en termes de connaissance des besoins	12
1.1.3.3	Un contexte financier contraint	13
1.1.3.4	Des enjeux en termes d'organisation et d'efficience	15
1.1.3.5	La prise en compte des aspirations des personnes et le droit à la compensation	16
1.1.3.6	Une problématique nouvelle et essentielle : les aidants.	17
1.2	VOLET PERSONNES AGEES	19
1.2.1	<i>Eléments socio démographiques</i>	20
1.2.2	<i>La situation de l'offre médico-sociale et sanitaire : éléments synthétiques quantitatifs et qualitatifs</i>	22
1.2.2.1	L'offre médico-sociale d'accompagnement et de soutien à domicile	23
1.2.2.2	L'offre médico-sociale en EHPAD	25
1.2.2.3	L'offre sanitaire du point de vue médico-social	28
1.2.2.4	La formation des professionnels et le soutien aux aidants	30
1.2.3	<i>Les autres facteurs déterminants pour la préservation de l'autonomie</i>	32
1.2.3.1	Le cadre de vie et le logement	32
1.2.3.2	Les soins de premier recours et la prévention	33
1.2.3.3	Des populations en situation de précarité et de fragilité à accompagner	34
1.2.4	<i>Les enjeux et les objectifs du SROMS au service des personnes âgées</i>	35
1.2.4.1	Les enjeux	35
1.2.4.2	Les objectifs	38
1.3	VOLET PERSONNES HANDICAPEES	42
1.3.1	<i>Etat des lieux</i>	43
1.3.1.1	Quelques chiffres sur les équipements	43



1.3.1.2	L'étude des flux	48
1.3.2	<i>Le contexte social, sanitaire et médico-social</i>	50
1.3.2.1	Le rôle de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	50
1.3.2.2	L'accès aux soins	52
1.3.2.3	Articulation sanitaire / médico-social	53
1.3.2.4	Handicap et vieillissement : un des thèmes identifié comme stratégique au niveau national	56
1.3.3	<i>Les différentes étapes du parcours de la personne handicapée</i>	58
1.3.3.1	Accompagnement précoce	58
1.3.3.2	Scolarisation et insertion professionnelle	63
1.3.3.3	Personnes handicapées vieillissantes et perte d'autonomie	76
1.3.4	<i>Autres spécificités du secteur personnes handicapées : les situations complexes de handicap</i>	84
1.3.4.1	L'autisme et les troubles envahissants du développement (TED)	84
1.3.4.2	L'accompagnement du handicap psychique	89
1.3.4.3	La prise en charge de la surdité de 0 à 20 ans en Ile-de-France : diagnostic et orientations	95
1.4	VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES	99
1.4.1	<i>Eléments de contexte</i>	99
1.4.1.1	Complexité des addictions	99
1.4.1.2	Cadre d'intervention pour l'organisation du dispositif de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie	103
1.4.2	<i>Diagnostic régional : les grandes tendances en terme de conduites addictives</i>	104
1.4.2.1	Un point fort	105
1.4.2.2	Des points faibles	106
1.4.3	<i>Un constat général : la précarisation croissante d'une frange de la population francilienne</i>	108
1.4.4	<i>Etat des lieux de l'offre en addictologie</i>	110
1.4.4.1	Le dispositif médico-social en addictologie	112
1.4.4.2	L'offre hospitalière (cf SROS)	119
1.4.4.3	La prise en charge en médecine de ville	122
1.4.4.4	L'offre en automates distributeurs de seringues	125
1.4.5	<i>Le dispositif francilien d'accompagnement médico-social des personnes malades en situation de précarité et de vulnérabilité</i>	128
1.4.6	<i>Les enjeux et les objectifs du SROMS au service des personnes en difficultés spécifiques</i>	131
1.4.6.1	Les enjeux	131



1.4.6.2	Les objectifs	133
2	ORIENTATIONS ET RECOMMANDATIONS	137
2.1	ORIENTATIONS REGIONALES	137
2.1.1	<i>Organiser une offre médico-sociale adaptée et de proximité</i>	139
2.1.1.1	Réduire les inégalités territoriales pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux par une diversification de l'offre et une création de places dans les territoires sous dotés.	140
2.1.1.2	Restructurer l'offre pour suivre l'évolution démographique et les aspirations nouvelles des populations.	142
2.1.1.3	Renforcer une logique d'efficience du système	144
2.1.2	<i>Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes</i>	145
2.1.2.1	Organiser et renforcer la prévention tout au long du parcours de vie	145
2.1.2.2	Favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs concernés (ambulatoire, hospitalier, social, médico-social) pour une prise en charge globale et sans rupture des personnes	148
2.1.2.3	Favoriser l'accès et le maintien au logement des personnes	149
2.1.2.4	Améliorer la qualité des prestations pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins et à la diversité des publics	151
2.1.2.5	Développer une démarche de bientraitance	152
2.1.2.6	Améliorer le soutien aux aidants (formation, reconnaissance de leur action, prise en compte de leur santé)	154
2.1.2.7	Valoriser les métiers du médico-social	155
2.2	ORIENTATIONS TERRITORIALES	156
2.2.1	<i>Paris</i>	156
2.2.1.1	Eléments cartographiques	156
2.2.1.2	Les aspects sociaux et démographiques du département	163
2.2.1.3	Le diagnostic	166
2.2.1.4	Les priorités et les perspectives à 5 ans	173
2.2.2	<i>Seine-et-Marne</i>	176
2.2.2.1	Eléments cartographiques	176
2.2.2.2	Les aspects sociaux et démographiques du département	185
2.2.2.3	Le diagnostic	187
2.2.2.4	Les priorités et les perspectives à 5 ans	195
2.2.3	<i>Yvelines</i>	198
2.2.3.1	Eléments cartographiques	198
2.2.3.2	Les aspects sociaux et démographiques du département	206



2.2.3.3	Le diagnostic	207
2.2.3.4	Les priorités et les perspectives à 5 ans	214
2.2.4	<i>Essonne</i>	219
2.2.4.1	Eléments cartographiques	219
2.2.4.2	2.2.4.2 Les aspects sociaux et démographiques du département	227
2.2.4.3	Le diagnostic	229
2.2.4.4	Les priorités et les perspectives à 5 ans	236
2.2.5	<i>Hauts-de-Seine</i>	241
2.2.5.1	Eléments cartographiques	241
2.2.5.2	Les aspects sociaux et démographiques du département	249
2.2.5.3	Le diagnostic	250
2.2.5.4	Les priorités et les perspectives à 5 ans	259
2.2.6	<i>Seine-Saint-Denis</i>	264
2.2.6.1	Eléments cartographiques	264
2.2.6.2	Les aspects sociaux et démographiques du département	272
2.2.6.3	Le diagnostic	273
2.2.6.4	Les priorités et les perspectives à 5 ans	280
2.2.7	<i>Val-de-Marne</i>	284
2.2.7.1	Eléments cartographiques	284
2.2.7.2	Les aspects sociaux et démographiques du département	292
2.2.7.3	Le diagnostic	293
2.2.7.4	Les priorités et les perspectives à 5 ans	302
2.2.8	<i>Val-d'Oise</i>	308
2.2.8.1	Eléments cartographiques	308
2.2.8.2	Les aspects sociaux et démographiques du département	315
2.2.8.3	Le diagnostic	316
2.2.8.4	Les priorités et les perspectives à 5 ans	322
3	SUIVI ET EVALUATION	326
3.1	RAPPEL DU CADRE GENERAL	326
3.2	ROLE ET MISSIONS DU COMITE DE SUIVI DU SROMS	328
3.3	DEFINITION ET CONTENU D'UN TABLEAU DE BORD POUR LE SUIVI DU SROMS	329
3.4	L'EVALUATION DU SROMS	330



Schéma d'organisation médico-sociale





1 DIAGNOSTIC ET PRIORITÉS DU SROMS

1.1 Introduction problématisée et comportant des éléments de situation et de comparaison internationale et européenne

1.1.1 Historique du champ du médico-social

Le secteur social et médico-social accueille des personnes de tous âges, de toutes conditions et atteintes de toutes sortes de pathologies dans des structures variées. Il comprend aussi bien des établissements et des services pour enfants ou adultes handicapés que des établissements pour des personnes en difficultés avec les addictions, des établissements pour des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité ayant besoin de soins et d'un accompagnement médico-social, ou encore des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Quelques 35 000 établissements et services, pour la plupart de statut privé à but non lucratif et employant plus de 400 000 salariés prennent en charge ces personnes. L'ensemble du secteur social ou médico-social représente environ 35 milliards d'euros financés par des fonds publics.

Plus encore que le besoin de soins, la prise en charge médico-sociale implique d'examiner la situation de la personne dans sa globalité, en prenant en compte à la fois son projet de vie personnel, son état de santé, son autonomie dans la vie quotidienne, son environnement familial et social et ses ressources.

Parmi l'ensemble des populations bénéficiant d'une prise en charge médico-sociale, trois catégories sont visées par le schéma régional d'organisation médico-sociale : les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes confrontées à des difficultés spécifiques. L'état général de fragilité de ces personnes requiert qu'une vigilance toute particulière soit portée à leur parcours de vie et de santé afin de leur proposer un accompagnement sanitaire et social global, coordonné et adapté. Cette prise en charge globale de la personne doit prendre en



compte ses besoins sur le plan des soins, de la réadaptation, de l'accompagnement social ou éducatif, de la réinsertion ou encore de la prévention.

Si la prise en charge de ces populations concerne à titre principal les structures médico-sociales, on ne peut répondre efficacement à leurs attentes et à leurs besoins qu'en adoptant une logique de complémentarité entre le médico-social, l'ambulatoire, l'hospitalier et le social. Situé au carrefour de l'ensemble des acteurs intervenant auprès de la personne fragile, le secteur médico-social affiche sa plus-value et son caractère indispensable dans l'organisation et la coordination de la prise en charge de certaines personnes et/ou pathologies.

Depuis la promulgation des deux lois du 30 juin 1975 respectivement relatives aux personnes handicapées et aux structures sociales et médico-sociales, le secteur médico-social est engagé dans un profond mouvement de réforme et de réorganisation, afin de s'adapter aux évolutions des attentes et des besoins des personnes vulnérables dont il a la charge.

Les lois de 1975 consacrent la rupture entre le sanitaire et le social et organisent l'offre sociale et médico-sociale comme un ensemble homogène et autonome vis-à-vis du secteur hospitalier. Cependant, il est vite apparu que cette législation, trop centrée sur les prises en charge à temps complet, ne répondait plus aux attentes des usagers soucieux de pouvoir bénéficier d'une véritable inclusion dans la vie sociale. De même, l'organisation excessivement cloisonnée du dispositif et l'absence de partenariat organisé entre l'État et les départements étaient contraires à l'esprit du secteur médico-social qui repose fortement sur les notions de complémentarité et de pluridisciplinarité.

Dans ces conditions, la loi du 2 janvier 2002 repense l'ensemble du système, selon deux orientations principales. La première tient à la mise en œuvre d'une démarche de rationalisation du secteur et de clarification des relations entre les différents acteurs (État, départements, prestataires et usagers).

La loi crée une obligation d'évaluation interne et externe des établissements médico-sociaux qui conditionne le renouvellement de leur autorisation. Elle met par ailleurs en place des outils de planification de l'offre et favorise les coopérations entre les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes (hospitaliers, ambulatoires..).

La seconde évolution tient à l'avènement du droit des usagers : la loi du 2 janvier 2002 place l'utilisateur au centre des dispositifs en affirmant que « l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux, et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire ». Dans un objectif de protection des personnes hébergées face à des phénomènes de maltraitance, la loi de 2002 crée plusieurs outils garants de l'effectivité des droits des usagers (livret d'accueil, charte des droits et des libertés de la personne accueillie..).



Par la suite, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées approfondit cette démarche en posant le principe d'une accessibilité généralisée, intégrant tous les handicaps, et ce dans tous les domaines de la vie (déplacements, logement, scolarisation, emploi et formation, culture, loisirs, santé). La loi de 2005 atténue en partie la distinction entre politiques pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées en mettant en avant le concept de soutien à l'autonomie, qui souligne la nécessité de réponses convergentes et transversales. La loi du 11 février 2005 met par ailleurs en place un nouvel outil de coordination interdépartemental : le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) dont l'objectif est de diminuer les inégalités territoriales et d'adapter l'offre médico-sociale aux besoins recensés.

La loi du 21 juillet 2009 dite loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » parachève ce mouvement de modernisation et de restructuration en opérant à un découloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social sous l'égide des agences régionales de santé. Ce découloisonnement doit permettre de structurer l'offre de sanitaire et médico-sociale afin d'offrir une prise en charge globale et transversale au patient.

Ce découloisonnement doit permettre de structurer l'offre de sanitaire et médico-sociale afin d'offrir une prise en charge globale et transversale au patient.

L'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale a été réalisée dans une logique de co-construction avec les principaux interlocuteurs de l'ARS Ile-de-France, qu'ils soient représentants d'usagers, de fédérations d'établissements et services ou représentants d'institutions. A ce titre, il convient de souligner l'implication majeure des conseils généraux dans les groupes de travail et les réflexions engagées, notamment sur l'amélioration des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées et personnes âgées franciliennes. Les compétences partagées sur un grand nombre de dispositifs médico-sociaux en faveur de ces publics ont conduit l'ARS IDF à prendre en compte les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, même si la temporalité entre l'élaboration des schémas départementaux et du schéma régional n'a pas toujours coïncidé.

1.1.2 Eléments de comparaison internationale et européenne

Les politiques publiques françaises prennent en compte un critère d'âge pour l'attribution des prestations destinées aux personnes en perte d'autonomie, la France ayant choisi d'adopter une approche catégorielle et cloisonnée dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Ce distinguo explique qu'actuellement la compensation financière de la dépendance et du handicap sont séparées : les personnes âgées



dépendantes de plus de 60 ans bénéficient de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) tandis que les personnes handicapées de moins de 60 ans reçoivent la prestation de compensation du handicap (PCH).

Cette analyse se distingue du consensus international qui établit que « toutes les sections de la population peuvent se trouver affectées par la dépendance et pas uniquement les personnes âgées ».

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001 ne retient pas de critère d'âge mais une approche multidimensionnelle qui décrit la situation de chaque personne en se référant à une série de domaines de la santé et en tenant compte des environnements (physique et social). De fait, la majorité des pays développés n'opèrent pas de rupture entre les champs des personnes âgées et des personnes handicapées et préfèrent utiliser des notions relatives à la perte d'autonomie et centrées sur le besoin de soins et d'aide des personnes.

Plusieurs problématiques communes sont cependant observables dans la majorité des pays développés qui sont tous confrontés à des enjeux (vieillesse de leur population, souci de contenir l'augmentation des dépenses publiques, augmentation des pratiques à risques..) et des défis similaires (développement de la prise en charge à domicile, l'inclusion des personnes handicapées au sein de la société ou prévention des addictions).

1.1.3 Enjeux

Au-delà des spécificités propres à chacune des populations visées par le SROMS, le secteur médico-social se caractérise par un certain nombre de problématiques et d'enjeux communs auxquels il convient de répondre selon une approche transversale.

Le secteur médico-social s'inscrit dans le cadre de la transition épidémiologique, phénomène qui se caractérise par le vieillissement de la population et par une prévalence toujours plus importante des maladies chroniques, sous l'effet du progrès technique et thérapeutique et de la régression des maladies infectieuses.

Le vieillissement démographique et la croissance des situations de dépendance physique et psychique qui en résultent représentent un défi médical, social, financier et organisationnel majeur, qui fait de la perte d'autonomie une question prioritaire dans l'agenda des politiques publiques françaises et oblige le secteur médico-social à se réformer afin de garantir aux personnes fragiles une prise en charge de qualité, répondant à leurs besoins.



1.1.3.1 Des enjeux démographiques

Le vieillissement démographique entendu comme l'augmentation de la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans dans la population globale est un phénomène qui touche l'ensemble des sociétés occidentales en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de la baisse parallèle de la fécondité. Les gains d'espérance de vie enregistrés dans les pays développés se concentrent désormais sur les âges les plus élevés de la vie (après 75 ans) : un accompagnement et une prise en charge adaptés des personnes âgées constituent donc des leviers efficaces, permettant d'accroître le niveau d'espérance de vie au sein de ces pays.

En 2011, la France compte plus de 12 millions de personnes âgées de plus de 60 ans – dont plus de 800 000 sont en perte d'autonomie – et 2,3 millions de personnes âgées de plus de 80 ans. On estime que 2 millions de franciliens sont âgés de plus de 60 ans, soit une progression supérieure à 10% en dix ans, et que les plus de 75 ans représentent 6.6% de la population francilienne, contre 5.3% en 1999.

Corolaire du vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter de 50% en France entre 2000 et 2040. Une étude réalisée en 2011 par la direction régionale de l'INSEE d'Ile de France estimait à 38 500 le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans supplémentaires potentiellement dépendantes d'ici à 2020.

Du fait du nombre et de la proportion croissants de personnes âgées, de plus en plus de gens atteindront un âge où le risque de maladies chroniques est plus élevé.

De même, l'évolution épidémiologique et démographique de la population fait du handicap une préoccupation sociale d'importance croissante. Les progrès de la médecine néo-natale ou de la réanimation ou de la médecine d'urgence tout comme l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques ainsi que des guérisons sans « restitution ad integrum » multiplient le nombre de personnes vivantes avec des incapacités de plus en plus lourdes et une autonomie réduite.

Par ailleurs, les personnes handicapées connaissent, comme le reste de la population, une augmentation spectaculaire de leur espérance de vie. La problématique de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes va donc se poser avec acuité puisque toutes les projections anticipent une augmentation significative de la population handicapée âgée de 46 à 59 ans. A titre d'exemple, l'espérance de vie d'une personne touchée par une trisomie 21 est passée d'une vingtaine d'années dans les années 1970 à plus de 40 ans aujourd'hui (70% des personnes touchées par cette maladie vivront même au-delà de 50 ans). Comme le souligne le



rapport remis par le Sénateur Paul BLANC¹ en 2006 au Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, « l'apparition d'une catégorie intermédiaire composée de personnes handicapées vieillissantes contraint à repenser la structure globale du dispositif dans un pays qui a structuré ses droits sociaux et ses formes d'aide aux personnes en perte d'autonomie en deux dispositifs bien distincts, pour les personnes handicapées (implicitement supposées jeunes) d'une part, et pour les personnes dépendantes (âgées) d'autre part ».²

Ce phénomène interroge la place des personnes vieillissantes, fragilisées par l'âge voire le handicap, la maladie ou les conduites addictives.

Même s'il est profondément affecté par le phénomène du vieillissement démographique, le secteur médico-social ne saurait se réduire à cette problématique. Le handicap ou les conduites addictives peuvent en effet concerner des personnes de tous les âges et survenir à différents moments de leur vie. A cet égard, il apparaît que les jeunes constituent une population souvent vulnérable, à laquelle le secteur médico-social doit être particulièrement vigilant.

Par ailleurs, l'allongement de la durée de vie s'accompagne d'un allongement de la durée de vie sans incapacité : l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population globale n'induit pas inéluctablement un accroissement proportionnel de la dépendance et des charges qui y sont associées. Il est possible, notamment grâce à des politiques de prévention adaptées et mises en œuvre tout au long de la vie des personnes, de vieillir en bonne santé, et ce jusqu'à des âges avancés. La prévention dès le plus jeune âge, notamment des conduites à risques, peut ainsi éviter d'hypothéquer gravement la qualité du vieillissement.

1.1.3.2 Des enjeux en termes de connaissance des besoins

Les lacunes de l'estimation du nombre de personnes concernées par une situation de handicap ou de perte d'autonomie, de la description de leurs difficultés et de l'évaluation de leurs besoins sont patentées.

² Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge ; BLANC Paul et BERTHOD-WURMSER Marianne , 2006



Les données épidémiologiques relatives au champ du handicap et des addictions sont peu nombreuses, éparses et souvent parcellaires, en raison de la complexité de la notion d'handicap et de la variété des publics confrontés aux pratiques addictives.

De même, lors de l'élaboration des PRIAC, il est souvent recouru au taux d'équipement dont les limites sont pourtant nombreuses³ et la connaissance des maladies liées au vieillissement (notamment la maladie d'Alzheimer) reste insuffisante.

En outre, les données épidémiologiques disponibles sont le plus souvent centrées sur les pathologies alors qu'il est indispensable de disposer de données relatives à la qualité de vie des personnes et les besoins qu'elles expriment. La notion de besoin est particulièrement complexe à définir puisqu'elle résulte non seulement de la déficience dont souffre la personne mais également de l'interaction avec l'environnement qui est un facteur essentiel de l'incapacité éventuelle de la personne à accéder à une vie sociale et professionnelle.

Il est donc primordial de développer la connaissance pluridisciplinaire dans le champ du handicap, de la perte d'autonomie, ou encore de l'addictologie, préalable essentiel à la définition de politiques publiques visant à organiser ces secteurs. La mise en place d'indicateurs pérennes et pertinents, alimentés par les acteurs clés, et mis à disposition au niveau régional, est un préalable essentiel à la réussite des politiques publiques et à une mise en cohérence des dispositifs.

Par ailleurs, l'investissement dans la recherche est susceptible de contribuer à la maîtrise des dépenses futures en permettant le développement de technologies pour favoriser le maintien à domicile en améliorant la prévention et le traitement des pathologies invalidantes.

1.1.3.3 Un contexte financier contraint

Les exigences en termes de qualité et de réponse aux besoins qu'expriment les personnes fragiles ou dépendantes doivent être conciliées avec l'objectif de maîtrise des dépenses publiques.

Après une forte augmentation (+35% entre 2006 et 2010), la croissance de l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) médico-social se stabilise +5,8 % en 2010, + 3,8 % en 2011 et 4,2% en 2012. Les contraintes financières pèsent également fortement sur les départements, dans un secteur où les prises en charge sont souvent conjointes. En 2010, la dépense nette totale d'action sociale des départements s'élève à près de 30,3 milliards d'euros, soit une augmentation de 5,8% par rapport à 2009. Les dépenses d'aide sociale se répartissent

³ Rapport l'IGAS relatif à l'évaluation et l'élaboration de la mise en œuvre des PRIAC (juillet 2010)



en quatre postes principaux : l'aide sociale aux personnes âgées, l'aide sociale aux personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance, les dépenses afférentes aux allocations du RSA.

Deuxième poste de dépenses, les dépenses nettes d'aide sociale aux personnes âgées s'élèvent à 6,3 milliards d'euros en 2009, réparties entre la prise en charge de la dépendance stricto sensu et le financement d'une partie des dépenses d'hébergement des personnes âgées dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH). De même, les dépenses nettes consacrées aux personnes handicapées progressent de 9,3 % en 2009 pour atteindre 5,1 milliards d'euros, les dépenses au titre de l'aide à l'accueil représentant 75 % des aides sociales aux personnes handicapées.

Pour autant, le contexte financier contraint dans lequel évolue le secteur médico-social doit amener à rechercher de nouvelles sources de financement. Ainsi, il est nécessaire d'étudier avec les acteurs concernés, les modalités concrètes de mise en œuvre du principe de fongibilité asymétrique institué par la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST), l'objectif étant que les crédits suivent les patients bénéficiant d'une prise en charge inadaptée à l'hôpital vers un accompagnement adapté dans le secteur médico-social.



1.1.3.4 Des enjeux en termes d'organisation et d'efficience

Le contexte financier contraint associé à l'évolution des besoins des personnes impose d'engager une restructuration profonde de l'offre médico-sociale. Cette réorganisation doit permettre de dégager des moyens et d'opérer à des redéploiements de ressources afin de proposer une offre médico-sociale diversifiée, adaptée et accessible aussi bien économiquement que géographiquement à tous.

L'analyse de l'évolution des déficiences et des souhaits des personnes doit induire une recomposition en profondeur de l'offre : on constate en effet depuis une vingtaine d'années une évolution différenciée des déficiences, marquée d'une part par la diminution de la prévalence de certains handicaps (division par deux environ du nombre de naissances d'enfants trisomiques en 15 ans), la transformation de certains handicaps (déficience auditive transformée par le recours très large aux implants cochléaires) et d'autre part par la progression de certains troubles (augmentation de la prévalence des troubles envahissant du développement ou du polyhandicap). De même, le secteur médico-social doit répondre à la volonté exprimée par une majorité de personnes fragiles de rester vivre à domicile le plus longtemps possible en organisant la prise en charge médico-sociale des personnes âgées autour du domicile (développement mettre plutôt « développer » des SSIAD, favoriser la création des structures de répit et de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire).

La réduction des inégalités territoriales constitue en outre un enjeu majeur de la réorganisation du secteur, marqué par le poids historique des implantations et au sein duquel la question de la proximité des structures est primordiale. Le secteur médico-social doit en effet se penser dans une logique de proximité qui seule peut répondre de façon adéquate aux besoins des personnes. A cet égard, la répartition géographique des structures médico-sociales franciliennes apparaît aujourd'hui comme non-optimale. L'offre en EHPAD ou en CSAPA est déséquilibrée au niveau territorial entre le centre (Paris et petite couronne) et la périphérie (grande couronne), ce qui ne garantit pas un égal accès de proximité pourtant indispensable dans la prise en charge de ces personnes.

La question du reste à charge est elle aussi essentielle puisqu'elle conditionne l'accessibilité économique des personnes aux structures médico-sociales. Alors que le tarif d'hébergement en EHPAD est souvent supérieur au montant de la retraite moyenne et que le coût des accueils de jour constitue une entrave majeur à leur développement, l'amélioration de l'accessibilité financière des structures médico-sociales doit être une priorité.

Enfin, avec des ressources dont l'évolution sera plus contrainte que par le passé, la réponse aux nouveaux besoins suppose d'accélérer la réorganisation du secteur, en favorisant une démarche d'efficience encore insuffisamment répandue. La notion d'efficience se réfère à l'utilisation



optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les résultats les meilleurs⁴ : elle doit allier qualité, accessibilité et performance économique. Il s'agit donc d'éviter les prises en charge les plus coûteuses lorsque des alternatives moins onéreuses existent pour une qualité égale. L'efficience doit être recherchée aussi bien en ce qui concerne l'équilibre économique des structures que dans leur positionnement au sein de la filière. Une structure médico-sociale efficiente sera donc une structure dont le budget est équilibré et qui se positionne de façon pertinente et adaptée au sein de la filière, en prenant en charge les bonnes personnes et en ne transférant pas certains coûts vers d'autres opérateurs. (On peut ici citer l'exemple des hospitalisations évitables de personnes âgées ou la prise en charge non justifiée par des établissements de santé mentale d'handicapés psychiques stabilisés).

Le rôle de l'Agence Régionale de Santé sera naturellement d'accompagner les offreurs et les gestionnaires dans cette démarche de structuration.

1.1.3.5 La prise en compte des aspirations des personnes et le droit à la compensation

La place et la parole des usagers au sein des établissements médico-sociaux font depuis la loi du 2 janvier 2002 l'objet d'une attention toute particulière. Le souci d'inclusion au sein de la société de l'ensemble des populations en situation de fragilité est l'objectif premier du schéma. Ces populations doivent pouvoir bénéficier des dispositifs de droit commun. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées pose le principe d'un nouveau droit: le « droit à compensation » afin de permettre à la personne handicapée de faire face aux conséquences de son handicap dans sa vie quotidienne, en prenant en compte ses besoins, ses attentes et ses choix de vie.

Dans ces conditions, il convient d'assurer aux personnes en situation de vulnérabilité l'accès en priorité au droit commun dans tous les domaines. A défaut, des moyens de compensation seront mobilisés en mettant en œuvre des adaptations lorsqu'elles sont nécessaires :

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

⁴ Kelly E, Hurst J. (2006), Health care quality indicators project : Conceptual framework paper. OECD Health Working Paper n°23, OCDE Paris



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

En dernier recours seulement, des dispositifs spécifiques seront développés.

1.1.3.6 Une problématique nouvelle et essentielle : les aidants.

Le vieillissement de la population, les progrès de la médecine, la généralisation du maintien à domicile positionnent les aidants familiaux comme des acteurs clefs de l'accompagnement et de la prise en charge à domicile de la personne dépendante, en situation de handicap ou confrontée à une addiction. D'après l'enquête handicap santé Aidants 2008, 3.6 millions de personnes âgées de plus de 60 ans et vivant à domicile sont aidée régulièrement dans les tâches de la vie quotidienne, en raison d'un problème de santé ou d'un handicap par plus de 4.3 millions d'aidants informels. Les personnes âgées aidées à domicile le sont le plus souvent par leur conjoint (32%) ou par leurs enfants (36%). Les aidants informels sont âgés en moyenne de 58 ans, 31% d'entre eux ayant entre 60 et 74 ans et 16% plus de 75 ans.

L'attention portée à l'état de santé général des aidants est un sujet majeur car l'amélioration de leur état de santé peut susciter un effet de levier, à double titre :

- L'état de santé des aidants est devenu un problème de santé publique majeur depuis qu'il a été établi que leur rôle avait des répercussions négatives sur leur vie personnelle, professionnelle ainsi que sur leur santé. Des travaux de l'OCDE ont ainsi montré que les aidants familiaux avaient moins de chance d'être embauchés sur le marché du travail ou d'être recrutés dans un emploi à temps plein que les autres salariés. La santé des aidants est souvent détériorée en raison de la charge de travail supplémentaire induite par la prise en charge d'une personne dépendante et/ ou handicapée. La Haute Autorité de Santé a réalisé une revue de littérature internationale portant sur la santé des aidants : les troubles sanitaires les plus fréquemment observés sont le stress, l'anxiété et la dépression ; les troubles du sommeil ; les renoncements aux soins qui toucheraient un aidant naturel sur cinq. 50% des seniors aidant « à temps plein », c'est-à-dire ceux aidant en moyenne plus de huit heures par jour leur parent, déclarent un état de santé « médiocre » ou « acceptable », alors qu'ils sont moins de 20 % dans ce cas parmi ceux apportant en moyenne moins d'une heure d'aide par jour. Concernant la maladie d'Alzheimer, différentes études ont montré qu'il existe un risque de surmortalité de plus de 60% des aidants dans les trois années qui suivent le début de la maladie de leur proche.

La systématisation des actions en faveur des aidants est donc un important enjeu de santé publique, susceptible de permettre une réelle amélioration de leur espérance de vie sans handicap.



- Les aidants occupent une place essentielle dans la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ou dans l'accompagnement des personnes handicapées tout au long de leur vie. Dans un contexte où le maintien à domicile répond aux désirs des personnes et aux contraintes économiques de notre système de protection sociale, le soutien aux aidants familiaux est une priorité, étant établi que l'aide qu'ils seront en mesure d'apporter aux personnes fragiles sera d'autant plus importante qu'ils seront soutenus, formés et accompagnés.

L'investissement des familles ne pourra se maintenir dans une exigence de qualité qu'à la condition que des actions de prévention de la dépendance et des dispositifs d'hébergement collectif de qualité soient mis en place.

Par ailleurs, l'amélioration de l'état de santé (aussi bien physique que psychique) des aidants passe par le développement des soutiens leur permettant de concilier leur propre vie familiale et/ou professionnelle avec l'accompagnement de leur proche mais aussi par la prévention des situations qui entraînent la détérioration de leur état de santé (formation, développement des dispositifs de répit à domicile, reconnaissance du statut d'aidant).

Ces enjeux essentiels doivent désormais être pris en compte dans le cadre de la définition de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes, des personnes handicapées et des personnes en difficultés spécifiques.



1.2 Volet personnes âgées

Dans son rapport « Vieillissement, longévité et assurance maladie » datant d'avril 2010, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie fait le constat que les personnes âgées, davantage touchées par la maladie bénéficient mieux de la couverture de l'assurance maladie mais cette solidarité n'atteint pas, contrairement à certaines idées répandues, des proportions exorbitantes même si on constate néanmoins un niveau plus élevé des dépenses individuelles moyennes de soins au « grand âge » ne trouvant pas d'explication épidémiologique évidente.

Le HCAAM en conclut qu'une part importante de la dépense individuelle moyenne très élevée au grand âge peut s'expliquer par des inadaptations structurelles de l'organisation de la prise en charge et à des dysfonctionnements dus en bonne partie à la complexité des situations à gérer.

Au total, la longévité croissante des individus et le vieillissement corrélatif de la population adressent une question cruciale aux politiques publiques: organiser véritablement l'intervention de tous autour de la personne âgée en situation de fragilité et en développant une approche globale et coordonnée de l'offre des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Ce constat du HCAAM vaut pour la région Ile-de-France, comme l'illustrent les éléments de diagnostic qui vont suivre.

Il est évident que l'Agence régionale de santé peut et doit être un acteur central de la politique de santé et d'accompagnement au service des personnes âgées pour répondre à cette question. Ceci dit, la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées dans une dimension à la fois globale et multiforme ne relève pas de l'action de l'ARS seule.

Les Conseils généraux, chefs de file des politiques ont d'importantes compétences en la matière avec les schémas gérontologiques, la délivrance et la gestion des autorisations exclusives ou partagées avec l'ARS selon les établissements et services, leur habilitation à l'aide sociale, le maintien et le soutien à domicile, l'attribution de la prestation APA, le conventionnement conjoint des EHPAD, le maintien à domicile et l'hébergement, etc.

Comme pour l'ensemble de la population, les déterminants sociaux, économiques et culturels ont une influence sur l'état de santé des personnes âgées et leur degré d'autonomie. Les facteurs tels que le logement, l'habitat, l'environnement, les transports, la prévention de l'isolement et l'accès à une vie sociale sont déterminants dans la capacité, pour une personne âgée, à rester autonome dans des conditions satisfaisantes, propres à lui assurer un confort de vie adapté à son état de santé.



La perte de l'autonomie est un risque qui peut frapper à tout âge mais il est vrai qu'il s'accroît avec l'avancée vers ce que l'on appelle le grand âge. Il faut donc veiller et agir le plus en amont possible pour préserver l'autonomie des personnes âgées, en améliorant les déterminants sociaux mentionnés plus haut.

Il convient, selon la formule du Plan stratégique régional de santé de « mettre la santé dans toutes les politiques en région », c'est-à-dire de mobiliser l'ensemble des acteurs porteurs de politiques publiques, administrations de l'Etat et collectivités territoriales, pour améliorer la situation des personnes âgées, notamment celles qui sont en perte d'autonomie.

Il faut enfin et surtout mobiliser et convaincre l'ensemble des acteurs locaux des secteurs sanitaire, médico-social et social, professionnels de santé, établissements, services, etc. pour qu'ils unissent leurs moyens et leurs compétences au service des personnes âgées.

1.2.1 Eléments socio démographiques



Les personnes âgées, les personnes âgées dépendantes, les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en Ile-de-France

Tout en gardant sa place de région la plus jeune de France, l'Ile-de-France va voir sa population vieillissante s'accroître dans des proportions importantes, ces prochaines années. Ainsi, la population âgée de 60 ans et plus devrait passer de 2 117 000 à 2 525 000 entre 2010 et 2020, celle de 75 ans et plus de 764 000 à 870 000 et celle de 85 ans et plus de 222 000 à 313 000 durant la même période. Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées dépendantes va, lui aussi augmenter sensiblement entre 25 000 et 30 000, toujours entre 2010 et 2020.

Cette évolution démographique ne va pas être homogène entre départements franciliens. Ce sont les départements de la grande couronne qui vont connaître les progressions les plus fortes. Il en sera de même entre territoires infra-départementaux, ce qui conforte l'idée qu'il faut avoir une approche territoriale de grande proximité dans une démarche d'appréciation des besoins et des réponses à apporter et par conséquent, ensuite, dans une démarche de planification des équipements médico-sociaux au service des personnes âgées, plus encore que pour d'autres catégories de population.

Une autre caractéristique valant y compris pour les personnes âgées devenues dépendantes doit être pris en compte, à savoir le souhait de rester le plus longtemps possible à domicile. On estime que parmi les personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus, la part de ceux ayant recours à un hébergement en établissement devrait passer de 48% à 39% entre 2010 et 2020 et, par conséquent, le nombre de personnes à domicile passer de 52% à 60%, la tendance étant identique pour les personnes âgées dépendantes de 85 ans et plus.

Ce choix du domicile est majoritaire aussi chez les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie attribuée par les départements mais dans une moindre mesure, en raison des besoins en soins des personnes les plus dépendantes pour lesquelles l'accueil en établissement s'avère comme inévitable.

Parmi les personnes âgées dépendantes, le nombre des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées est appelé à croître en raison d'une augmentation de la prévalence de ces maladies liée au vieillissement de la population. Ce sont environ 155 000 franciliens de 75 ans et plus qui seraient concernés à l'échéance 2015.

De par son poids démographique et l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population générale (la proportion des personnes de 75 ans et plus passant de 6 à 7% entre 2010 et 2020), la région Ile-de-France a besoin de pouvoir disposer d'une offre accrue, autant que possible, en capacités et en progression constante en qualité et en efficience pour suppléer son moindre niveau d'équipement.



On trouve généralement chez les personnes âgées des situations de poly-pathologies avec trois groupes d'affections principaux : les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies endocriniennes et les affections ostéo-articulaires. Il y a une sous estimation des pathologies cognitives, cause majeure de la dépendance.

L'incidence des pathologies chroniques augmente avec l'âge. La poly-pathologie qui caractérise le grand âge ne se résume pas à la seule addition de maladies d'organes. Elle s'accompagne d'une grande vulnérabilité physique, psychique et sociale. Elle entraîne une complexité diagnostique et thérapeutique. Ceci conduit, en l'absence de formation spécifique et de temps dédié, à des diagnostics sous-optimaux et/ou à des prescriptions inadaptées. A titre d'exemple, la dénutrition et la dépression sont sous diagnostiquées et sous-traitées malgré leur impact majeur sur la morbi-mortalité. Le recours aux alternatives non médicamenteuses est sous-estimé et peu accessible, notamment pour ce qui concerne la prise en charge des troubles du sommeil, les soins psychiatriques et le soutien psychologique de sujets ayant une dépression majeure. L'état de santé des malades âgés nécessite une réévaluation régulière des traitements et du plan de soins. Cette réévaluation préconisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) est insuffisamment réalisée en pratique. Quant à la l'éducation thérapeutique du patient, souligné comme une priorité nationale pour tout malade atteint de maladie chronique, elle est quasi-inexistante en gériatrie.

1.2.2 La situation de l'offre médico-sociale et sanitaire : éléments synthétiques quantitatifs et qualitatifs

Les capacités de l'offre médico-sociale de la région Ile-de-France assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes sont en deçà du niveau national au regard des taux d'équipement, principalement pour ce qui concerne les EHPAD en hébergement complet (taux régional de 76 places pour mille personnes âgées de 75 ans et plus contre environ 90 au niveau national).

Malgré des efforts importants de création de places ces dernières années dans le cadre du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), cet écart n'a pas été réduit significativement et on peut donc considérer que la région Ile-de-France a encore besoin globalement de créer des places nouvelles pour répondre aux besoins, sachant que ceci est conditionné à l'attribution de nouveaux moyens par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) en charge de la gestion des crédits Assurance Maladie.



1.2.2.1 L'offre médico-sociale d'accompagnement et de soutien à domicile

Le choix d'un accompagnement à domicile doit être volontaire et ne pas être imposé pour des raisons de coût à supporter par la personne en EHPAD. Il s'avère donc nécessaire de porter attention à l'accessibilité économique, c'est-à-dire aux tarifs d'hébergement pratiqués, dont la fixation relève des conseils généraux pour les établissements habilités à l'aide sociale, mais dont l'ARS ne peut se désintéresser. La maîtrise du reste à charge en EHPAD par les usagers est une question clé (1 400 à 2 100 € mensuels en moyenne face à un montant moyen de retraite de 1 400 €⁵), ce qui induit souvent une participation des familles au financement de l'hébergement.

Dans la perspective d'accompagner l'évolution en faveur de la vie à domicile offrant à la fois une aide quotidienne et une prise en charge sanitaire, la priorité doit être donnée au renforcement des services comme les SAAD (Services d'aide à domicile) et les SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile). L'offre libérale de proximité (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes...) à laquelle on peut ajouter les centres de santé et les centres de soins infirmiers, a aussi un rôle majeur à jouer qu'il faut fortement souligner.

Les services d'Aide à Domicile (SAAD)

S'agissant des SAAD, il convient de contribuer non seulement à la préservation mais au renforcement d'un maillage territorial de services indispensables à la vie à domicile en poursuivant la professionnalisation des personnels et en développant les démarches qualité et de certification, les démarches de prévention de la dépendance ainsi qu'en suscitant leur insertion, dans les dispositifs de coordination des parcours de soins.

Du côté des SAAD dont la compétence relève des Conseils généraux (autorisation) ou de la DIRECCTE (agrément qualité), il faut noter que ces services dont l'action est indispensable au maintien à domicile des personnes en situation de dépendance sont nombreux à être confrontés à de grandes difficultés conjoncturelles et structurelles (financement, solvabilisation des bénéficiaires, émiettement, prestations rendues, professionnalisation). A cet égard, le fonds de restructuration de l'aide à domicile inscrit dans la loi de finances pour 2012 mobilise 2,8 M€ pour la région d'Ile-de-France. Se concentrant sur des actions de restructuration, ce fonds doit permettre de contribuer à consolider financièrement le secteur de l'aide à domicile. Au niveau

⁵ Source : enquête EHPA 2007



régional, la DIRECCTE travaille actuellement à établir un état des lieux concernant les services agréés qui devrait être suivi d'un plan de développement et de structuration du secteur (ressources humaines et formation, etc.). Elle devrait procéder également au renouvellement des agréments qui arrivent à échéance pour la plupart, sur la base d'évaluations externes. Le secteur n'échappe pas au besoin d'innover et de s'adapter aux évolutions telles que l'affaiblissement des solidarités familiales et la multiplication des situations de rupture.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Pour les SSIAD (qui comptent 216 services et 16 000 places) la situation est plus homogène entre départements, la totalité des communes étant couverte par au moins un service. Néanmoins, il existe encore des disparités à atténuer en créant des places supplémentaires dans les zones les moins pourvues et il y a surtout la nécessité d'améliorer l'adéquation aux besoins : nature et modalités des interventions, amplitude des horaires d'intervention, notamment en soirée, voire la nuit, orientation prévue de la tarification vers les cas lourds pour fluidifier les sorties de services de soins de suite et de réadaptation, place respective des SSIAD et de l'hospitalisation à domicile,... La création d'équipes spécialisées Alzheimer, initiées par le Plan National Alzheimer 2008-2012, constitue une mesure importante de diversification et de renforcement de l'action des SSIAD en direction des personnes. C'est au total 72 équipes qui vont être créées d'ici 2013 pour un total de 720 places permettant un maillage territorial.

Il faut encore développer l'offre sur certains territoires et, pour l'ensemble des services, encourager et accompagner les nécessaires évolutions pour répondre de la façon la plus adéquate possible aux besoins. Une réforme de la tarification est en cours destinée à favoriser la prise en charge des cas les plus lourds en charge de soins, pour fluidifier les sorties des SSR et la complémentarité avec l'hospitalisation à domicile. Mais les SSIAD étant des services médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes, il faut faire attention à ne pas aller vers une spécialisation excessive (exécution d'actes de soins lourds) au détriment de la prise en charge de certaines catégories de personnes fragilisées par leur âge et leur isolement, atteintes de poly-pathologies, avec des comportements liés à des addictions.

Il faut également faire mention de la nécessaire implication des SSIAD dans le dispositif d'intégration MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) destinées à favoriser la coordination des prises en charge (19 MAIA créées à l'horizon 2012).

L'accueil de jour et l'hébergement temporaire

Les structures de répit d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (AJ, HT) et autres alternatives indispensables pour concourir au maintien à domicile en apportant des réponses diversifiées selon les besoins sont actuellement insuffisantes en capacités et inégalement



réparties. Il y a actuellement 2 700 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire autorisés dont plusieurs centaines sont encore à installer. Il faut remédier à l'éparpillement relatif que l'on constate aujourd'hui en révisant autant que de besoin les autorisations et les installations pour disposer de structures d'une taille suffisante (pas moins de 10 places pour les accueils de jour autonomes et pas moins de 6 places pour les accueils de jour adossés à des EHPAD), pour assurer des prises en charge de qualité et constituer de véritables solutions alternatives. Pour cela, un état des lieux très précis est en cours. De plus, cette offre demande à être rationalisée (capacités, mode d'actions et de prise en charge prestations, accessibilité financière, etc.) pour jouer pleinement son rôle d'appui aux aidants familiaux). Ce constat est national et non pas propre à la région Ile-de-France.

L'accompagnement à domicile exige la présence de structures de répit, accueil de jour et hébergement temporaire, au service des personnes âgées et de leurs aidants familiaux mais leurs missions et leur places nécessitent d'être précisés, voire de les redéfinir pour l'hébergement temporaire afin d'en poursuivre le déploiement dans des conditions permettant le meilleur service rendu. Il faut faire état d'un besoin en places d'accueil-hébergement de nuit qui s'exprime de plus en plus et qui s'inscrit bien dans la catégorie des structures de répit.

1.2.2.2 L'offre médico-sociale en EHPAD

L'offre existante en EHPAD (700 établissements et 60 000 places dont 4 000 financées ces trois dernières années) reste inégalement répartie entre les départements avec un équipement moindre au centre de la région (Paris et petite couronne) par rapport aux départements de grande couronne ce qui ne garantit pas un égal accès de proximité, d'autant qu'au sein de chaque département, des écarts existent entre secteurs gérontologiques (territoires de proximité définis par les Conseils généraux).

Ainsi, pour ce qui concerne les EHPAD, sur les 60 000 places disponibles en 2011, 60% sont occupées par des résidents du département où est implanté l'EHPAD, 29% par des résidents venant d'autres départements de la région et 9% venant d'un département hors Ile-de-France. 90% des Seine-et-Marnais trouvent une place dans leur département et seulement 45% des Parisiens pour des raisons de capacités disponibles (*source = Enquête flux ARS 2011*) mais certainement aussi pour des raisons liées au coût financier de certains établissements.

Outre l'accessibilité géographique avec une plus grande proximité à rechercher, la question est posée de l'accessibilité économique qui n'est pas assurée de façon équitable pour tous avec des difficultés qui vont croissant (écart accru entre tarifs et revenus des résidents). Réduire les inégalités d'accès passe aussi par la maîtrise des coûts et des tarifs des établissements et services. La politique d'habilitation à l'aide sociale varie selon les départements et doit faire l'objet d'un partenariat avec les conseils généraux pour avoir une action concertée sur le sujet du



reste à charge en établissement. En matière d'équité de distribution de la ressource assurance maladie, il existe également des écarts entre EHPAD ayant un besoin de médicalisation identique, qui conduit certains d'entre eux à être sous convergence tarifaire. Les conventions tripartites devraient pouvoir être davantage utilisées comme moyen de rationalisation de la dépense.

Il n'est pas certain que l'ARS dispose dans l'avenir de moyens pour accroître la capacité globale des EHPAD comme seule réponse aux besoins des personnes âgées, et ceci malgré l'augmentation attendue du nombre de personnes âgées dépendantes. Il faut prendre en compte les aspects qualitatifs comme l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées, le recul de l'âge d'entrée en dépendance et le niveau de cette dépendance, le choix de plus en plus marqué en faveur du maintien à domicile. Autre aspect, il faut améliorer la médicalisation des EHPAD tout en faisant attention à préserver la dimension de lieu de vie qui doit être prégnante sur le lieu de soins. Il faut avant tout préserver et améliorer l'état du parc existant et mettre l'accent sur d'autres leviers tels que les opérations de recomposition et de redéploiement de l'offre, davantage au sein de chaque département qu'entre départements, pour réduire autant que possible les disparités territoriales dans l'accès de proximité.

Les unités de soins de longue durée qui relèvent du secteur sanitaire, accueillent très majoritairement, elles aussi, des personnes âgées fortement dépendantes ayant besoin de soins plus importants. L'Ile de-France dispose de 5 300 places d'USLD inégalement réparties entre les départements, ce qui représente un taux d'équipement de 7 places pour mille personnes âgées de 75 ans et plus. Elles sont soumises aux mêmes règles de tarification que les EHPAD mais ont une vocation bien différente. Les USLD sont en effet destinées à accueillir en grande majorité, 60 à 70%, des personnes ayant besoin de soins médicaux et techniques importants (SMTI) et elles disposent à cet effet des personnels et des ressources médicales nécessaires tandis qu'il est préférable, pour les EHPAD de ne pas dépasser un certain pourcentage de résidents « SMTI » (plus ou moins 10 % selon la capacité de l'établissement). Il est donc important de conserver au niveau régional l'offre existante en USLD, tout en améliorant leur répartition et qui ne soit pas limité au territoire d'implantation de l'AP-HP, afin de résorber les inégalités actuellement existantes.

De par leur nature, les logements-foyers sont à la frontière entre maintien à domicile et accueil en établissement. Or, les logements-foyers constituent un mode d'accueil en hébergement complet susceptible de répondre aux besoins de personnes qui, sans être dépendantes, recherchent un cadre de vie collectif offrant la sécurité et des services. Ce dispositif constitue un rempart contre la solitude, tout en conservant un statut de domicile de droit commun. De plus, il importe de réétudier le modèle économique des logements-foyers et leur place dans la chaîne du logement entre le soutien accru au domicile et une entrée en établissement à un niveau de dépendance de plus en plus élevé.



Le parc des logements-foyers, ancien et souvent inadapté, a tendance à diminuer. Il compte en Ile-de-France plus de 450 structures avec une capacité de 25 000 places. Le logement-foyer représente une formule alternative au domicile ordinaire qui est à préserver, voire à développer, en le rénovant et en l'adaptant aux attentes des personnes qui souhaitent y recourir, notamment pour éviter l'isolement. Cependant une bonne partie de ce parc est aujourd'hui vétuste et, faute d'un plan d'aide massif à l'investissement, sa modernisation reste problématique et /ou trop coûteuse pour le public très modeste qu'accueille prioritairement les logements foyers.

En Ile-de-France, l'hébergement complet en EHPAD constitue 77% de l'offre et les équipements soutenant le maintien à domicile (SSIAD, AJ, HT) 23%, alors qu'il est recommandé de disposer d'une part plus importante, 30% au minimum, 40% à plus long terme, pour les équipements soutenant le maintien à domicile. Cela confirme la nécessité de porter l'effort sur les dispositifs concourant à prolonger la vie à domicile.

D'autres éléments de diagnostic sont à prendre en compte, en vue d'améliorer la prise en charge des personnes âgées:

- l'isolement des personnes à domicile et en établissement qui est un facteur de perte d'autonomie
- l'accès aux coordinations locales et d'informations (CLIC) et lieux de diagnostic (consultations mémoires) qui est à améliorer et à généraliser en termes de couverture et de maillage du territoire et dont les missions sont à préciser (information, conseil, orientation, coordination, prévention,...)
- le respect des usagers et de leurs droits à améliorer
- la place des aidants naturels peu ou mal reconnue (droit au répit) qui reste à consolider
- le manque de personnels formés et qualifiés à domicile et en établissement
- la médicalisation à poursuivre dans les EHPAD, même si des efforts significatifs sont déployés depuis plusieurs années
- l'accompagnement de fin de vie non assuré partout de façon satisfaisante
- des situations de maltraitance persistantes et la généralisation des pratiques de bientraitance à poursuivre
- la mise en place des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) destinées à favoriser la coordination des prises en charge et leur développement.



1.2.2.3 L'offre sanitaire du point de vue médico-social

Cette offre sanitaire présente les caractéristiques suivantes :

- une multiplicité des intervenants ayant souvent du mal à travailler ensemble et une grande diversité des situations selon les territoires ;
- des établissements de soins n'ayant pas tous les moyens nécessaires pour prendre en charge les personnes âgées (notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou ayant des troubles apparentés) ;
- des filières gériatriques labellisées, destinées à organiser la coordination et les coopérations entre établissements, professionnels de santé et établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ces filières ont souvent du mal à assurer leurs missions y compris dans leur articulation avec le secteur médico-social (urgences, géronto-psychiatrie, Hospitalisation A Domicile (HAD), EM gériatriques, EM soins palliatifs, USLD, etc.) ;
- une présence des réseaux gérontologiques à consolider et à élargir (5 départements avec une couverture partielle) et des missions à préciser ;
- un manque de lisibilité pour les usagers, les professionnels de santé et aux autres acteurs du champ médico-social.

En Ile-de-France, alors que les personnes âgées de 75 ans et plus constituent 6 % de la population, elles représentent 16 % des hospitalisations et 23 % des journées d'hospitalisation. Le taux de recours à l'hospitalisation est de 45 % contre 16 % pour les patients de moins de 75 ans. Le taux de transfert du court séjour en soins de suite et de réadaptation est également plus élevé pour cette tranche d'âge (données PMSI).

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 10 à 15 % des passages aux urgences adultes avec un taux plus important pour les départements de Paris et de la petite couronne. Les urgences constituent le point d'entrée de l'hôpital pour 60 % des résidents d'EHPAD. Ensuite, seulement 21 % des personnes venant d'un EHPAD sont prises en charge en gériatrie (données PMSI). Il est avéré que le passage aux urgences des personnes âgées peut constituer un facteur négatif qu'il faut s'employer à éviter dans l'organisation de leur prise en charge et de leur parcours de soins dans la mesure du possible.

En effet, il est établi qu'une hospitalisation est propice à révéler les défaillances de coordination dans la prise en charge d'une personne âgée. La continuité de la prise en charge à l'entrée comme à la sortie de l'hôpital et la mise en place des plans d'accompagnement dans le cadre du retour à domicile est déterminante.

Une attention particulière doit donc être portée aux situations pouvant engendrer une rupture dans le parcours de soins telles que l'entrée et de sortie de l'hôpital. Il convient d'éviter le passage des personnes âgées par les services d'urgence et d'organiser un accès direct dans les



services d'hospitalisation ; de préparer les sorties des services de court séjour ou des services de soins de suite et de réadaptation et le retour à domicile en lien étroit avec les structures œuvrant au maintien à domicile. Il en va de la qualité du service rendu et de son efficience.

Outre le passage des personnes âgées aux urgences hospitalières, les résidents en EHPAD peuvent aussi être hospitalisés pendant leur séjour. Il ressort d'une étude récente menée sur l'ensemble de la France qu'il y a des flux importants de patients entre EHPAD et hôpital dans les deux sens : 70 % des résidents entrant en EHPAD viennent de l'hôpital en première admission ou en réadmission et 70 % des résidents sortant y sont dirigés. Les admissions sont décidées en urgence dans 75 % des cas. La durée d'hospitalisation est de 13 jours, soit deux fois plus longue que la moyenne nationale des hospitalisations.

Il est démontré que la présence d'infirmiers de nuit en EHPAD constitue un moyen pour limiter le recours aux hospitalisations. Il faut donc développer cette présence au moins dans les EHPAD d'une certaine capacité et pour les autres mutualiser les moyens en organisant des astreintes.

Il conviendrait là encore de trouver des solutions afin de limiter les hospitalisations de résidents d'EHPAD en urgence et pouvant être évitées grâce à une meilleure liaison entre établissements. L'hospitalisation peut conduire à un accroissement de la fragilité (perte de poids, chutes, recours à la contention) et de la perte d'autonomie des résidents concernés (incontinence...), plus particulièrement pour ceux qui sont atteints de la maladie d'Alzheimer. Cela dénote aussi la nécessité pour les établissements sanitaires de prévoir, en leur sein, une organisation et des modalités d'accueil et de soins adaptées à la spécificité de personnes âgées dépendantes (fragilité, vulnérabilité,...).

L'amélioration de la qualité de vie et de soins de la personne âgée passe par l'existence d'une réponse d'accompagnement ou de prise en charge adaptée à ses besoins, et par conséquent par l'articulation de ces dispositifs entre eux. Or, en l'état, l'organisation sanitaire et médico-sociale compte une multitude de dispositifs et d'acteurs chargés de les mettre en place que l'utilisateur n'est pas en mesure de connaître et de solliciter au bon endroit et au bon moment. Ce sont donc aux professionnels de s'organiser et se coordonner entre eux pour proposer les solutions existantes les plus adaptées aux situations individuelles et correspondantes aux besoins immédiats et éviter ainsi les ruptures dans l'accès aux soins.

Au total, pour les établissements de santé, il faut prévenir et éviter les admissions aux urgences et les hospitalisations inadéquates, ce qui passe par une coordination et une coopération étroites avec les secteurs ambulatoire et médico-social et aussi au sein du secteur hospitalier, d'où le rôle primordial joué par les filières gériatriques, comme moyen d'organiser cette coordination et cette coopération, tout en conservant une souplesse d'aménagement selon les situations.

Prévenir et éviter les admissions aux urgences et les hospitalisations inadéquates permettront à la fois d'adapter la qualité des prises en charge au plus près des besoins, ce qui est bien sûr le but recherché en premier, mais aussi de générer des marges de redéploiement pour la meilleure utilisation possible des moyens et d'en faire bénéficier le secteur médico-social.



Deux aspects sont à souligner :

Les services et établissements médico-sociaux n'ont pas pour rôle principal d'être l'aval du sanitaire. Ils doivent trouver toute leur place dans les filières gériatriques, celles-ci étant en quelque sorte à leur service dans le but commun et partagé de préserver et favoriser la dimension sociale et médico-sociale du soutien et de l'accompagnement et de ne pas aggraver la perte d'autonomie.

Il faut donc apporter la meilleure lisibilité possible sur l'action des filières gériatriques aux usagers, aux professionnels de santé et à tous les intervenants sociaux et médico-sociaux.

Pour progresser dans cette voie, il est indispensable de disposer d'un état des lieux et d'un bilan de l'action des 41 filières existantes en Ile-de-France (dont 26 labellisées) et de s'appuyer sur l'acquis qu'elles constituent, dont il faut pleinement développer la logique de continuum, de complémentarité et de transversalité en l'élargissant de façon ambitieuse et systématique, avec des relations à formaliser avec les structures ambulatoires et médico-sociales.

Trois observations complémentaires peuvent être formulées au sujet des filières gériatriques :

- Dans l'organisation des filières, une attention particulière doit être portée sur la détermination du rôle respectif de chaque structure et de chaque professionnel dans la prise en charge d'une personne, chacun se centrant sur les missions qui lui incombent. Il doit en être notamment ainsi entre SSR, HAD et SSIAD qui doivent constituer une filière dans la filière, particulièrement importante pour organiser le retour à domicile après une hospitalisation.
- Il faut organiser la réponse aux besoins de prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées à domicile et en institution
- Il faut rechercher la plus grande cohérence possible entre les territoires délimités par les filières gériatriques et les territoires d'action gériatrique découpés par les départements.

1.2.2.4 La formation des professionnels et le soutien aux aidants

La formation des professionnels

Pour assurer la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et sa prise en charge quant elle survient, il faut pouvoir disposer des professionnels compétents en nombre suffisant. Cela concerne les médecins et l'ensemble des professionnels paramédicaux ainsi que les professionnels de l'aide à domicile.



La région Ile-de-France dispose d'un appareil de formation conséquent (IDE, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens,...) qui n'empêche pas l'existence d'une pénurie touchant plus particulièrement le secteur médico-social. Ainsi, une part importante de personnes formées quitte la région peu après leur formation, ce qui fragilise en permanence les établissements et services confrontés à des problèmes de recrutement, de turn-over et de postes vacants.

On peut estimer la pénurie en Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) à plusieurs centaines de postes vacants, pour ce qui concerne les EHPAD. Il faut y ajouter les postes à pourvoir en raison de la création de places nouvelles tant en EHPAD qu'en SSIAD. Il en est de même, dans une moindre proportion pour les aides-soignantes, du fait d'un absentéisme important et des besoins de formation. Il importe d'avoir une vision précise de la situation et donc de mener les enquêtes nécessaires pour cela.

Ces personnels peuvent exercer leur activité en secteur libéral, en secteur sanitaire et en secteur médico-social, ce dernier n'étant pas le plus attractif en termes de conditions d'activité et de rémunération.

Il convient donc d'avoir une vision d'ensemble en matière de démographie et de formation des professionnels quelque soit leur mode et leur lieu d'exercice. Ceci conduit à dire que le SROMS ne peut, seul, retenir des propositions en la matière et qu'il convient d'avoir une approche transversale avec le schéma de l'offre sanitaire (ambulatoire et hospitalier).

Il convient également de veiller à ce que les formations dispensées en direction de tous les professionnels, y compris les médecins, traitent des problématiques du vieillissement et de la prise en charge de personnes âgées atteintes de troubles neurologiques et en perte d'autonomie.

Les possibilités de coopération entre professionnels de santé (IDE notamment) qui viennent d'être élargies aux aides-soignantes (cf. loi 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 HPST) peuvent contribuer à remédier, en partie seulement, à la pénurie en personnel, sans pour autant diminuer la qualité de la prise en charge.

Le soutien aux aidants familiaux

Les aidants familiaux ont un rôle indispensable et primordial dans l'accompagnement et le soutien à domicile des personnes âgées dépendantes, quelque soit le niveau d'intervention des services. Il importe donc de leur apporter toute l'aide possible pour prévenir les risques psychologiques et qu'ils puissent assurer ce rôle dans des conditions permettant de préserver leur santé et de leur offrir des solutions de répit.

Pour les aidants de malades Alzheimer, des formations gratuites leur sont proposées pour mieux appréhender la maladie et ses symptômes et leur permettre d'acquérir un comportement adapté aux différentes situations rencontrées dans la vie quotidienne.



1.2.3 Les autres facteurs déterminants pour la préservation de l'autonomie

1.2.3.1 Le cadre de vie et le logement

Le cadre de vie (habitat et transport, accès aux services,...) constitue un élément déterminant du maintien ou non à domicile des personnes âgées dépendantes dans des conditions favorables. Or, il est établi que les politiques d'aménagement urbain et d'habitat ne prennent pas pleinement en compte les problématiques du vieillissement et de la perte d'autonomie. Le cloisonnement des politiques publiques entre habitat et action médico-sociale (Conseils généraux et ARS) est bien réel et il s'avère indispensable d'agir pour y remédier, si on veut véritablement réunir les meilleures conditions de vie à domicile.

La notion de parcours résidentiel est à prendre en considération, notamment du fait de la mobilité qui peut s'exercer par des départs en province au moment de la retraite (définitive ou saisonnière) mais aussi par une mobilité « contrainte » pouvant apparaître à certains moments comme le décès du conjoint ou de l'apparition de difficultés d'autonomie et amenant les personnes concernées à souhaiter changer de domicile (logement plus petit, rapprochement de la famille, accès à des services de proximité et aux transports). Le statut de l'occupant du logement (propriétaire, locataire du parc social, locataire du parc privé) et le niveau de ses revenus ont une incidence évidente sur les parcours résidentiels.

La vie à domicile des personnes vieillissantes n'est possible que dans la mesure où leur logement ne constitue pas une difficulté face aux premiers signes de perte d'autonomie et de mobilité. Disposer d'un logement adapté à sa situation devient une condition substantielle pour maintenir une bonne qualité de vie de la personne âgée à son domicile et contribue à prévenir les risques d'accidents domestiques et plus largement d'isolement pouvant la faire basculer dans la dépendance.

La capacité à se déplacer dans un environnement extérieur proche contribue également à maintenir le lien social des personnes âgées en perte d'autonomie et à lutter contre leur isolement. Le facteur déplacement et transport est donc tout aussi important à prendre en compte.

Entre habitat individuel et hébergement collectif médicalisé, il existe une offre intermédiaire qu'il convient de ne pas négliger et qui présente un intérêt certain pour les personnes âgées, y compris après 75 ans qui demeurent autonomes ou en perte d'autonomie légère ou modérée et qui ne souhaitent pas rester isolées tout en conservant un domicile personnel et l'autonomie de vie qui s'y attache. Ainsi en occupant une place importante dans l'offre d'habitat pour personnes



âgées autonomes, les logements-foyers sont appelés à perdurer à condition de se moderniser, d'améliorer leurs prestations, de repenser leur modèle économique et leur positionnement entre le maintien à domicile et l'entrée en EHPAD.

Ce sont des alternatives pour proposer une solution à un problème de parcours résidentiel pour une personne donnée. De plus, ces lieux de vie semi-collectifs peuvent faciliter la mise en œuvre d'actions pour l'amélioration de la vie sociale et la prévention de la perte d'autonomie.

Le SROMS donne l'occasion à l'ARS de proposer des actions sur plusieurs aspects : l'adaptation des logements existants, la diversification et le développement d'une offre de logements intermédiaires, l'organisation d'une véritable concertation entre tous les décideurs et acteurs engagés dans les politiques de l'habitat et du secteur médico-social.

1.2.3.2 Les soins de premier recours et la prévention

Les personnes âgées constituent une part importante des patients pris en charge par les professionnels de santé libéraux. La priorité donnée à l'objectif de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes ne peut prendre tout son sens et porter ses effets qu'avec le concours effectif des professionnels de santé libéraux, médecins généralistes et spécialistes, infirmières, kinésithérapeutes...et/ou à des structures alternatives comme les centres de santé et les centres de soins infirmiers.

Il résulte de la diminution du nombre de médecins libéraux qui va s'accroître, une dégradation de leurs conditions d'exercice, notamment dans leur action auprès des patients âgés poly-pathologiques. Il faut rechercher les moyens de soutenir ces médecins généralistes dans leur activité de soins de premier recours. L'enjeu est d'améliorer le soin des malades âgés poly-pathologiques et dépendants pour permettre leur maintien à domicile dans de bonnes conditions de prise en charge et pour éviter, ainsi, un recours inadapté à l'hospitalisation.

La prévention de la perte d'autonomie doit être une préoccupation tout au long de la vie et être renforcée au grand âge.

La perte d'autonomie des personnes âgées résulte d'une déficience liée à une ou plusieurs pathologies et en même temps de la dynamique positive ou négative entre cette déficience et l'environnement qui peut la réduire ou la compenser. La prévention de la dépendance ne peut se limiter à la réponse apportée en termes de soins médicaux même si les médecins généralistes et les autres professionnels de santé ont un rôle majeur à jouer en matière de prévention. La prévention de la dépendance comporte deux autres dimensions, sociale et environnementale. L'isolement social constitue sans conteste un facteur de fragilité et de vulnérabilité et, par conséquent, un risque de perte d'autonomie.



La multiplicité des acteurs et des financeurs (caisses de retraite, départements, assurance maladie, ARS,...) ne facilite pas la mise en place d'actions transversales de prévention au service d'une prise en compte globale du vieillissement dans les politiques publiques. Il faut donc mener des actions de prévention diversifiées et complémentaires aussi bien pour les personnes âgées à domicile que pour celles accueillies en établissement ce qui nécessite d'autant plus une coordination importante entre tous les acteurs.

Dans les EHPAD, il convient également de mettre en place des mesures de prévention dans plusieurs domaines qui touchent à la qualité des soins et de la prise en charge : nutrition, santé bucco-dentaire, risques infectieux,...

1.2.3.3 Des populations en situation de précarité et de fragilité à accompagner

L'Ile-de-France comprend un nombre important de personnes en situation de fragilité et/ou de précarité dont il faut prendre en compte les spécificités et à ce titre, prévoir des actions adaptées venant compléter les actions relevant du droit commun. Il en est ainsi des personnes âgées issues de l'immigration et des personnes âgées en grande précarité. Des liens sont à établir entre SROMS et des programmes régionaux comme le PRAPS (ARS) et le PRIPI (DRJSCS).

Il convient également de porter une attention particulière aux personnes détenues et sortant de prison pour lesquelles un volet du schéma relatif à l'offre de soins est prévu.



1.2.4 Les enjeux et les objectifs du SROMS au service des personnes âgées

1.2.4.1 Les enjeux

Il s'agit de créer et réunir les conditions pour permettre à toutes les personnes âgées, y compris les personnes âgées dépendantes et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de conserver autant que possible la libre maîtrise de leur choix de vie et pour cela, veiller à ce que les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux soient en mesure de répondre aux besoins de ces personnes.

L'enjeu central est de pouvoir offrir à chaque personne l'accompagnement et la prise en charge les plus adaptés à sa situation, à chaque étape de son parcours de vie et de soins.

Il y a un large consensus pour considérer que la situation présente n'est pas satisfaisante et qu'elle peut être grandement améliorée. Le retard régional de l'offre dans le secteur des personnes âgées, conjugué à la croissance attendue des besoins, appelle une évolution quantitative de l'offre dans les territoires manifestement sous équipés. Les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées manquent par ailleurs de lien entre eux pour garantir un parcours de vie et de soin adéquat pour chacun. Il en est ainsi, à commencer par l'accès aux soins de premier recours, mais aussi des actions visant à anticiper la perte d'autonomie et à lutter contre l'isolement social, à informer et conseiller les personnes âgées et leur familles, à leur permettre de rester à domicile dans des conditions de logement et de soutien à domicile conformes à leur état. Il en est de même lorsque cela s'avère nécessaire de trouver un mode d'accueil et de soin en hébergement collectif ou à faire face aux situations de rupture telles que l'aggravation de la dépendance ou l'hospitalisation.

Les personnes âgées dépendantes et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont besoin d'une prise en charge et d'un accompagnement médico-sociaux qui relèvent du SROMS (de façon concertée avec les Conseil généraux et les schémas gérontologiques départementaux) mais elles ont besoin aussi d'autres soutiens complémentaires relevant des autres schémas constitutifs du plan régional de santé, à savoir le schéma régional de prévention et le schéma de l'organisation sanitaire dans ces deux volets, le volet ambulatoire et le volet hospitalier.

Compte tenu de l'imbrication des compétences entre ARS et Conseils Généraux dans le secteur médico-social, et dans la perspective partagée de mettre en place une politique globale en faveur des personnes âgées, le SROMS et les schémas gérontologiques départementaux sont amenés à traiter des mêmes thématiques.



Le code de la santé publique prévoit d'ailleurs expressément que le schéma régional d'organisation médico-sociale est établi au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et qu'il prend en compte leurs contenu (articles L. 1434-12 et R. 1434-6 CSP).

Les départements des Yvelines, de l'Essonne et de Seine-Saint-Denis disposent d'un schéma gérontologique en cours d'exécution. Les départements de Paris, du Val-de-Marne et du Val-d'Oise ont engagé une démarche d'élaboration d'un nouveau schéma gérontologique qui devrait aboutir en 2012. Le département des Haut-de Seine devrait engager cette même démarche en 2012.

Il ressort de l'examen des schémas gérontologiques départementaux en cours de réalisation ou des projets qui vont être prochainement adoptés une grande similitude et une grande cohérence dans la définition des orientations retenues entre eux ainsi qu'avec celles proposées pour le SROMS : recherche d'une prise en charge globale, priorité donnée au maintien à domicile, diversification de l'offre, amélioration de la qualité, avec notamment une meilleure coordination entre les professionnels, prévention et information, promotion des métiers du grand âge, soutien des aidants naturels,...

Au-delà des schémas, pour approfondir une approche commune des problématiques et des actions, il faudra que l'ARS propose aux conseils généraux un travail permanent et partagé de construction des outils nécessaires à l'évaluation des besoins et à la planification, à la programmation et au suivi des structures, d'autres partenaires pouvant également s'y associer.

Il faut ainsi mener une approche territoriale adaptée et affinée selon les territoires en veillant notamment à prendre en compte les évolutions démographiques et les situations de santé et socio-économiques différentes selon les territoires, à articuler la planification gérontologique avec les politiques locales du logement et de l'aménagement.

Il s'agit au total de fixer les objectifs en lien étroit avec les schémas gérontologiques départementaux tout en les inscrivant pleinement dans les orientations du Plan stratégique régional de santé PSRS :

- **Assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé : entrer au bon endroit et au bon moment dans un parcours de santé adapté aux besoins de chacun**
- **Améliorer la qualité et l'efficience du système de santé**
- **Conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité des territoires.**

Dans le champ médico-social stricto sensu, il convient de trouver le bon équilibre entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement. Les dispositifs de proximité immédiate sont



indispensables au maintien à domicile des personnes âgées, plus particulièrement celles qui connaissent les premiers signes de perte d'autonomie. Par ailleurs, ils sont largement diversifiés : accès aux soins ambulatoires de premier recours et aux dispositifs de droit commun, lieux d'information et d'orientation comme les CLIC, aide à domicile, SSIAD et structures de répit (AJ et HT). Pour chacun d'entre eux, des propositions d'amélioration pour une meilleure adéquation aux besoins doivent être précisées pour faire du maintien et du soutien à domicile la priorité majeure.

Les EHPAD sont tout autant nécessaires pour prendre le relais du maintien à domicile quand celui-ci ne peut plus répondre, le moment venu, à l'aggravation de la perte d'autonomie et à un besoin de soins permanent. Pour cela, il faut consolider la couverture territoriale en EHPAD et proposer notamment des mesures en faveur du rééquilibrage territorial de l'offre, améliorer la médicalisation (soins liés à la dépendance, soins liés à l'état de santé, présence de paramédicaux, formation aux métiers du grand âge), améliorer les conditions d'accueil et la qualité de vie dans les EHPAD (projet d'établissement, projet de vie et de soins individuel, maîtrise des coûts et des tarifs, ...).

Il faut tisser des liens étroits entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement, sur les territoires de proximité, avec par exemple la promotion d'une offre intégrée autour d'EHPAD « référents » (plates formes de services, etc.) pour qu'ils se soutiennent mutuellement.

Le SROMS porteur de transversalité dans la prise en charge des personnes âgées avec les autres volets du SROMS (personnes handicapées et personnes en difficultés spécifiques).

Le SROMS donne l'occasion de définir des problématiques ainsi que des préconisations et actions à mettre en œuvre au bénéfice convergent ou commun des personnes âgées et des personnes handicapées, certaines concernant également les personnes en difficultés spécifiques.

- améliorer l'accès au dispositif de prise en charge en agissant pour les rééquilibrages entre territoires ;
- pour les personnes handicapées vieillissantes, organiser l'observation pour identifier les besoins et adapter les projets d'accompagnement individuels et les projets institutionnels à ces besoins (aggravation de la perte d'autonomie, changement d'institution,...) ;
- favoriser l'accès des personnes handicapées et des personnes âgées aux dispositifs de soins de droit commun ;
- promouvoir des structures « mixtes » SSIAD, hébergement temporaire,... ;
- faire le lien avec la santé mentale (géronto-psychiatrie,...) ;
- prévoir des actions communes pour la bientraitance ;
- susciter et favoriser les innovations technologiques, organisationnelles et autres ;



- former les personnels (domicile et établissements).

Il est intéressant de noter que des départements ont eux aussi pris le parti d'élaborer des schémas départementaux de l'autonomie communs aux personnes handicapées et aux personnes âgées.

Le SROMS porteur de transversalité dans la prise en charge des personnes âgées avec les autres schémas régionaux

Il faut inscrire dans le SROMS des objectifs et des actions faisant écho au schéma régional de prévention concernant les personnes âgées. Il en est de même avec le schéma régional de l'organisation sanitaire tant dans son volet ambulatoire (accès aux soins de premier recours) que dans son volet hospitalier (la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital, les filières gériatriques, la psychiatrie,...).

La conception et la mise en œuvre du SROMS et son articulation avec le champ sanitaire suppose une amélioration décisive du système d'information et d'importants travaux d'analyses qui ne sont pas encore disponibles à ce jour et qu'il faut donc programmer.

Le SROMS porteur de transversalité dans la prise en charge des personnes âgées avec les autres politiques publiques (logement, habitat, transports,...)

Il convient de solliciter et d'associer, dans la mesure du possible, les autres administrations publiques pour qu'elles prennent en compte les problématiques de l'action médico-sociale dans leur propre périmètre d'intervention.

1.2.4.2 Les objectifs

Au regard des orientations du PSRS, du diagnostic et des enjeux exposés ci-dessus, il est proposé de retenir deux grands objectifs stratégiques pour le SROMS et de les décliner en un nombre limité d'objectifs opérationnels, quatre pour chacun d'entre eux.

Le premier objectif stratégique est d'organiser et structurer une offre médico-sociale de proximité, accessible, adaptée et diversifiée en mettant en œuvre les actions suivantes :

- réduire les inégalités entre territoires (départements et territoires d'action gérontologiques) pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux :
 - o améliorer la lisibilité et l'organisation des services intervenant à domicile : couverture territoriale, information des usagers, réflexion avec les conseils généraux et la DIRECCTE sur la qualité ;
 - o renforcer la couverture en SSIAD et favoriser l'évolution de leurs modalités d'action pour une meilleure réponse aux besoins ;



- o adapter l'offre en EHPAD en confortant et modernisant l'offre existante dans chaque département, en affectant les ressources nouvelles à la création de places nouvelles dans les territoires sous-équipés et en améliorant leur accessibilité économique, en maintenant l'offre existante en USLD. ;
- diversifier l'offre et organiser les synergies entre domicile et établissement :
 - o optimiser l'offre de structures de répit pour accompagner la vie à domicile en assurant la recomposition de l'offre existante en accueil de jour et en la développant, en donnant, après l'avoir repensée, toute sa place à l'hébergement temporaire et en développant ce type d'accueil ;
 - o développer les mesures plus spécifiques en direction des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant à domicile avec la création d'équipes spécialisées en SSIAD maillant tout le territoire francilien ;
 - o développer les mesures plus spécifiques en direction des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ayant des troubles du comportement accueillies en établissement avec la création et la labellisation de structures comme les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) en EHPAD et les unités d'hébergement renforcées (UHR) en EHPAD et USLD ;
 - o développer une offre spécialisée d'accompagnement des malades Alzheimer jeunes ;
 - o encourager la création de dispositifs et structures innovants ;
 - o ouvrir les EHPAD sur leur environnement et favoriser leur concours à l'accompagnement à domicile ;
- prendre en compte les problématiques du logement, de l'habitat et du déplacement pour rendre possible et plus facile la vie à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie :
 - o adapter le logement à la situation des personnes âgées en perte d'autonomie afin de le rendre plus sécurisant et fonctionnel en recensant les aides existantes, en organisant la mobilisation de toutes les instances pouvant informer et conseiller les personnes âgées, en sensibilisant les bailleurs sociaux, en favorisant le recours à la domotique et aux nouvelles technologies de communication ;
 - o contribuer à la promotion d'une offre alternative et diversifiée de logements pour favoriser les parcours résidentiels ;
 - o organiser la concertation entre les responsables des politiques de l'habitat et du logement et l'ARS ;
 - o faciliter les déplacements des personnes âgées dans leur environnement extérieur afin de maintenir le lien social ;



- prendre en compte les spécificités de certaines catégories de populations :
 - o concernant les migrants âgés, améliorer la connaissance de leurs besoins, développer les mesures de soutien à domicile et créer ou adapter des structures d'hébergement existantes ;
 - o concernant les aînés en situation de grande précarité, améliorer la connaissance de leurs besoins, développer les mesures de soutien à domicile et créer ou adapter des structures d'hébergement existantes ;
 - o concernant les personnes âgées détenues et sortant de prison, faire le lien avec le volet thématique du schéma régional de l'organisation des soins relatif à la santé des détenus qui va prévoir une fiche action sur la prise en charge médico-sociale de ces personnes ;

Le second objectif stratégique est d'améliorer la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement pour garantir l'adéquation du parcours de vie et de soins aux besoins des personnes :

- mener une politique d'accès aux dispositifs de soins de premier recours et de prévention de la perte d'autonomie :
 - o favoriser l'accès des personnes âgées dépendantes à l'offre de santé de premier recours de droit commun ;
 - o mener des actions de prévention pour les personnes âgées vivant à domicile pour maintenir leur autonomie le plus longtemps possible, notamment en prévenant l'isolement social, en réunissant les organismes menant des programmes de prévention, en mobilisant les acteurs médico-sociaux sur les actions retenues par le schéma régional de prévention en cours d'élaboration en faveur des seniors, en inscrivant des actions en direction des personnes âgées dans les contrats locaux de santé ;
- favoriser la continuité et la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes âgées :
 - o améliorer l'accès à l'information, au diagnostic, au conseil et à l'évaluation des situations individuelles ;
 - o décloisonner et coordonner les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social avec les filières gériatriques et les dispositifs favorisant la fluidité ;
 - o développer les dispositifs d'intégration des services afin d'améliorer la qualité de réponse apportée aux usagers (MAIA et autres expériences en matière de coordination et d'intégration des services) ;



- o améliorer la qualité de fin de vie à domicile et en établissement en développant les soins palliatifs ;
 - o expérimenter les dispositifs de télémédecine entre les EHPAD et les établissements de santé ;
- améliorer la qualité de l'accueil et du soin en EHPAD :
 - o améliorer la prise en charge dans les EHPAD, en renforçant la médicalisation, en permettant une présence infirmière la nuit, en veillant à la bientraitance et à la mise en œuvre des nombreux référentiels et recommandations nationales, en utilisant les conventions tripartites comme levier de négociation et d'amélioration de la prise en charge, en exploitant les évaluations externes des établissements ;
 - o favoriser les coopérations entre établissements, en mutualisant les moyens et en promouvant les partages d'expériences et l'utilisation d'outils communs ;
- former les professionnels et accompagner les aidants familiaux :
 - o former les professionnels en nombre suffisant, à partir d'un état de la démographie des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux et d'un diagnostic sur la situation de l'emploi dans les services et établissements (problèmes de recrutement, d'attractivité et de fidélisation du personnel ;
 - o valoriser les métiers du grand âge en permettant le développement des compétences et de la professionnalisation et en encourageant la diversification des parcours professionnels, en promouvant ces métiers auprès des étudiants et leur accueil en stage dans les établissements et services pour personnes âgées dépendantes ;
 - o accompagner et soutenir les aidants familiaux (plateformes de répit, formation, lien avec les professionnels).



1.3 Volet personnes handicapées

Le champ du handicap est large et peut toucher les personnes à tout âge de la vie. Il englobe aussi bien le handicap physique et sensoriel que le handicap mental, cognitif ou psychique et le polyhandicap. C'est un champ complexe et multiple dont les caractéristiques doivent être prises en compte : diversité des pathologies et des situations, du handicap congénital au handicap acquis en passant par la dépendance du grand âge.

La loi du 2 janvier 2002 met l'usager au centre du dispositif de l'action sociale et médico-sociale, puis avec la loi du 11 février 2005 sur le handicap, le législateur introduit un véritable changement en matière de politique d'insertion des personnes handicapées. S'appuyant sur la distinction entre handicap et déficience mise en avant notamment par l'OMS, le handicap est dorénavant considéré comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Ceci amène la société à ne pas s'interroger uniquement sur la personne et ses capacités objectives, mais aussi sur le caractère insérant ou non de l'environnement : accès aux transports, accès aux lieux publics, accès à l'éducation, accès à l'emploi, accès aux droits de manière générale.

Ensuite il ne peut être fait abstraction du contexte social, sanitaire et médico-social dans lequel évolue la personne handicapée.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), créée par la loi de 2005, s'avère être un acteur incontournable d'aide et de conseil tout au long du parcours de vie dès lors que la reconnaissance du handicap est prononcée. Comme tout un chacun la personne handicapée en milieu ordinaire ou accompagnée par le secteur médico-social est amenée à recourir au système de soins sanitaire et ambulatoire. Une bonne articulation entre le sanitaire, l'ambulatoire et le médico-social est donc essentielle. Cet objectif doit être particulièrement recherché dans la mesure où l'on observe un vieillissement de la population handicapée et par voie de conséquence, un renforcement des besoins en soins. Cette notion de vieillissement fait l'objet d'un développement spécifique, ce thème étant identifié comme stratégique au niveau national.

Le diagnostic ci-dessous présente tout d'abord un état des lieux. Il apporte des éléments chiffrés sur les taux d'équipement enfants-adultes et pointe les faiblesses du système (flux régionaux et inter régionaux contraints, placements en Belgique et personnes dites « sans solution »).

Ces éléments de diagnostic ont vocation à être complétés par une approche par parcours de vie. Cette approche permettra de mettre en évidence les freins et les points de rupture aux différents âges et étapes de la vie : petite enfance, scolarisation, insertion professionnelle et vieillissement.



Enfin il est apparu important de cibler les besoins des personnes qui étaient antérieurement accueillies dans les structures sanitaires (établissements psychiatriques), et dont la reconnaissance par le secteur médico-social est intervenue récemment (autisme et troubles envahissants du développement, et handicap psychique), ce qui nécessite de reconsidérer les moyens en personnels éducatif, paramédical et médical dont disposent les établissements du secteur médico-social pour accueillir ces populations dans de bonnes conditions.

Par ailleurs, les progrès de la médecine et l'évolution des technologies ont permis d'améliorer les modalités de prise en charge des personnes atteintes de surdité. Un large panel de prises en charge diversifi es dans le domaine scolaire et professionnel peut être proposé et conseillé. Dans ce cadre, des actions doivent être mises en place pour aider les familles à exercer leur libre choix.

1.3.1 Etat des lieux

1.3.1.1 Quelques chiffres sur les équipements

Globalement, la région Ile-de-France est sous dot e par rapport au taux d'équipement national aussi bien en ce qui concerne l'accueil des enfants que celui des adultes handicapés.

Le bilan présenté tient compte des places autoris es et installées au 31 décembre 2010 (Il n'intègre pas les places financ es jusqu'en 2013 mais non installées). Toutefois, la comparaison des taux d'équipement ne peut tenir lieu de mesure objective de la satisfaction des besoins des habitants des territoires concernés. Ils ne tiennent en effet compte ni des flux de résidents interdépartementaux (occupation d'une partie des capacités d'un territoire par des résidents issus d'autres territoires), ni des besoins non couverts (personnes dites « sans solution », personnes prises en charge par défaut dans des établissements ou structures non adapt es à leur handicap ou situ es hors du territoire). Par conséquent, les chiffres ci-dessous sont à considérer avec prudence, et la programmation effective de l'évolution de l'offre exige une étude plus pouss e de la capacité réelle des personnes handicap es de chaque territoire à accéder aux services médico-sociaux dont elles ont besoin.

- **Les enfants handicapés**

Le taux d'équipement en places installées pour enfants handicapés est de 7,04 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, par rapport à la moyenne nationale qui est de 8 places pour 1000.



Les 21 329 places offertes se répartissent entre les structures d'accueil à la journée :

- les établissements d'éducation spéciale de type IME, terme générique regroupant toutes les déficiences motrices, intellectuelles, sensorielles et le polyhandicap ;
- les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP).

et les structures d'accompagnement à domicile de la petite enfance et de l'adolescence ou de soutien à la scolarisation :

- services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD, 6 818 places) ;
- les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ;
- les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).
- les bureaux d'aide psychologiques universitaires (6 BAPU en région Ile de France)

Notons que pour ces trois derniers types de structure, qui interviennent sur un mode ambulatoire, le nombre de places n'est pas un critère significatif, l'offre devant s'évaluer en nombre de jeunes suivis (notion de file active).

Les premiers résultats bruts de l'enquête ES Handicap 2010⁶ confirment que la plupart des enfants sont accueillis dans les établissements de type IME (44 %) et auprès des SESSAD (33 %).

Le mode d'accueil majoritaire en établissement est le semi-internat, les prises en charge en internat ou en accueil séquentiel étant moins fréquentes (résultats bruts de l'enquête ES 2010 : 75 % des enfants accueillis dans les établissements en mode semi internat).

Les jeunes maintenus dans les établissements de l'éducation spéciale au titre de l'article L242-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles (ex-amendement Creton) étaient au nombre de 594 lors de l'enquête ES 2010. Une étude plus fine viendra compléter ces résultats afin de connaître notamment le type de structures dans lesquelles ils sont orientés : Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM), Foyers d'Hébergement (FH), Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT..). A noter que ce chiffre s'ajoute à celui des enfants dits « sans solution » ou placés en Belgique.

- Au niveau régional, les équipements les plus importants en nombre de places pour enfants concernent la déficience intellectuelle (41 %), les déficiences sensorielles (12 %) puis la déficience motrice (10 %).

En termes d'équipement pour l'accueil des enfants handicapés, la Seine-Saint-Denis enregistre le taux le plus bas (5,94), la Seine-et-Marne (8,61) et l'Essonne (7,96) ayant un taux supérieur à la moyenne régionale.

⁶ Enquête auprès des Etablissements et Services pour enfants et adultes handicapés



- Les structures pour l'autisme ne représentent que 5 % de la totalité des places.
- Les structures pour jeunes polyhandicapés qui totalisent 1 899 places (SESSAD et IME) représentent 7 % de l'offre médico-sociale avec des disparités départementales importantes : 4,43 % seulement pour les Hauts-de-Seine et 7 % pour Paris, 10,78 % et 11,78 % respectivement pour le Val-de-Marne et l'Essonne. En raison de ce type de handicap 75 % des places sont en institution. Les SESSAD prennent souvent en charge les enfants les plus jeunes avant leur orientation vers un établissement. Le maintien à domicile pour ce handicap trouve ses limites avec l'avancée en âge des jeunes polyhandicapés en raison notamment de l'augmentation de leurs besoins en soins de plus en plus spécialisés.

- **Les adultes handicapés**

Sur la région, on recense 39 481 places au 31 décembre 2010.

On note une majorité de places en ESAT, soit 16 066 places, ce qui équivaut à un taux de 2,53 places pour 1 000 habitants, versus 3,28 pour la moyenne nationale.

En termes de représentation des déficiences, on constate :

- une forte proportion d'équipements pour la déficience intellectuelle (24,81 %) ;
- un équipement beaucoup plus modeste pour la déficience psychique (6,15 %) et le polyhandicap (5,16 %) ;
- la déficience motrice représente 4,55 % de l'équipement régional ;
- les structures pour l'autisme représentent 2,16 % de la totalité des places ;
- les équipements pour adultes handicapés sensoriels et les personnes cérébro-lésées représentent respectivement 1,87 % et 1,54 % ;
- un faible équipement pour les personnes handicapées vieillissantes (0,39 %).

S'agissant des structures d'accueil des personnes très dépendantes :

- Les MAS disposent de 3 299 places installées, soit un taux d'équipement de 0,51 pour 1 000 habitants, versus 0,68 pour la moyenne nationale.
- Les FAM offrent 2 507 places, soit un taux d'équipement de 0,39 pour 1 000 habitants, versus 0,56 pour la moyenne nationale.



Deux enquêtes⁷ conduites en 2010 par l'ARS, viennent compléter une évaluation des besoins en MAS et FAM. La première concerne les patients neurologiques hospitalisés en médecine physique et de réadaptation (MPR), notamment suite à des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des traumatismes crâniens (TC), et met en évidence une durée moyenne de séjour (DMS) très largement supérieure à la moyenne d'hospitalisation conventionnelle (120 jours). Les modes de sorties envisagées correspondent pour 24 % d'entre eux à une orientation médico-sociale (EHPAD, MAS, FAM) et 15 % relèveraient de MAS ou FAM.

Parallèlement la seconde enquête effectuée dans les MAS et les FAM de la région accueillant notamment des patients neurologiques, permet de constater que les patients en attente de places (liste d'attente) sont maintenus soit au domicile, soit dans les structures de soins (50 % de la liste d'attente). Les pathologies concernent pour plus de 20 % des AVC et pour 15 % des TC. Notons que les MAS ciblées par l'enquête présentaient en hébergement de type internat des taux d'occupation élevés (95 %).

Ces deux enquêtes viennent confirmer les besoins pour la prise en charge et l'accompagnement de personnes lourdement handicapées.

Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), dont la création résulte de l'application du décret n°2005-223 du 11 mars 2005, totalisent 1 177 places sur la région.

L'offre d'accueil, dans le domaine du handicap, accuse un déséquilibre d'équipements dès lors qu'on l'étudie par type de déficience et par territoire.

Ainsi, le taux d'équipement régional pour personnes polyhandicapées, qui est de 0,32/1000, cache des disparités importantes selon les départements : 0,05 pour Paris et 0,10 pour le Val d'Oise en comparaison de 0,71 pour les Yvelines et 0,51 pour le Val-de-Marne. L'offre d'accueil se situe principalement en MAS (75 %). Seuls quatre départements de la région possèdent des places en FAM pour personnes polyhandicapées (Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Val-de-Marne).

Compte tenu de ce diagnostic régional sur les équipements d'accompagnement de la personne handicapée, il apparaît que le rééquilibrage est une priorité notamment dans les trois départements les moins bien équipés (Paris, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis).

Cependant ce constat doit être nuancé par une analyse plus transversale tenant compte des proximités géographiques et des moyens d'accès.

⁷ Enquête sur les patients neurologiques pris en charge en MPR. Enquête MAS-FAM, identification des besoins non satisfaits en structure MS pour des patients neurologiques avec handicap lourds.



De plus, cet état des lieux doit être affiné par l'examen des taux d'occupation des structures qui pourra révéler le besoin de restructuration du dispositif. Une confrontation de ces données avec le niveau territorial permettra de détecter les dysfonctionnements et les solutions à envisager afin que l'équipement se rapproche des besoins constatés tant en terme d'agrément par déficience (capacité à reconsidérer) qu'en terme de modalités de prise en charge.

De même, les savoir-faire et les plateaux techniques des structures devraient pouvoir être partagés avec l'ensemble des acteurs qui concourent à l'accompagnement des personnes en situation de handicap et faire partie du maillage territorial, par le biais de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) si possible ou de groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS).

- **Impact de l'évolution des modes de prise en charge**

Dans les structures pour enfants et adultes handicapés, la diversification des modes d'accueil alternatifs (accueil de jour, accueil temporaire, accueil séquentiel, internat de week-end) remonte à la loi de 2002 mais sa mise en œuvre se heurte à des difficultés de financement et de fonctionnement, notamment dans les établissements de l'enfance (la tarification de la majorité des établissements étant basée sur la notion de nombre de journées). Le manque de souplesse administrative exclut également la possibilité pour les usagers bénéficiant d'une orientation précise, de réaliser des essais avant d'intégrer une structure de façon durable. Dans les établissements pour adultes, ces modes d'accueils alternatifs posent le problème des besoins spécifiques de transports et d'aménagement des modes de transport au polyhandicap notamment afin de favoriser l'accès aux services. Une réflexion sur la politique de transport des personnes à mobilité réduite, ou des enfants et adolescents en établissements et qui se rendent à des stages professionnels ou dans une école doit être menée.

L'analyse des moyens et des besoins doit être complétée par la recherche de l'efficacité.

L'amélioration de l'efficacité de l'offre médico-sociale s'entend par la promotion d'un service de qualité au meilleur coût dans le cadre d'un régime d'autorisation et en tenant compte des spécificités des modes de prise en charge.

Le maintien à domicile, s'il s'avère être un choix parental dans certains cas, ne peut être envisagé sur le long terme pour les enfants et adultes polyhandicapés qui nécessitent tout un dispositif d'accompagnement (éducatif, social, rééducation et soins). Sur ce sujet, le soutien aux familles et/ou aux aidants est primordial.

En termes d'efficacité, mais surtout de qualité, la prise en compte de la parole de l'utilisateur constitue un critère majeur. Elle implique la mise en place d'une démocratie participative réelle, la mise en œuvre d'une politique de transparence, ainsi que la réactivité des professionnels aux situations d'urgence. A l'heure actuelle ce critère est insuffisamment pris en compte alors qu'il est un apport essentiel à la qualité de vie de l'utilisateur et au respect de sa citoyenneté pleine et entière.



L'efficacité doit permettre d'atteindre un équilibre entre les contraintes financières et l'augmentation du niveau de qualité et de quantité de service. Dans ce cadre plusieurs pistes visant à une meilleure efficacité seront à exploiter tels que les éléments permettant de mieux appréhender le fonctionnement des services et établissements, (taux d'occupation, décompte de l'activité, organisation des transports, indicateurs de coût /places, la politique d'investissement) et ayant une incidence directe sur l'allocation de ressources.

1.3.1.2 L'étude des flux

L'évaluation des besoins ne peut être complète si l'on ne tient pas compte des flux interrégionaux et extrarégionaux.

Ainsi, l'exploitation des premiers résultats de l'enquête ES 2010, en Ile-de-France, montre que :

- 463 enfants et adolescents handicapés pris en charge au sein des structures franciliennes étaient originaires d'une autre région, soit 2,34 %, sur un total de 19 744 jeunes recensés au 31 décembre 2010.
- 1 123 adultes handicapés pris en charge au sein des structures franciliennes étaient originaires de province, soit 3,73 %, sur un total de 30 077 personnes recensées au 31 décembre 2010.

L'étude des besoins doit être complétée par l'examen affiné des flux entre départements (nombre d'enfants ou adultes accueillis hors de leur département d'origine faute de place) et par la prise en compte des enfants placés en Belgique ainsi que ceux qui demeurent sans solution.

• Personnes handicapées placées en Belgique

Une enquête lancée par l'ARS auprès du Centre Régional d'Etudes et d'Animation sur le Handicap et l'Insertion (CREAHI) Ile-de-France a permis de décompter les enfants et les adultes accueillis en Belgique.

Il convient de préciser que cette enquête, a porté uniquement sur la situation des franciliens handicapés (enfants et adultes) dont le placement en Belgique faisait l'objet d'un financement assurance maladie. En effet il est apparu que la majorité des adultes handicapés franciliens accueillis dans les établissements belges ne relevait pas d'un financement de la sécurité sociale mais bénéficiait de l'aide sociale. Ce qui explique les distorsions constatées avec les chiffres avancés par les conseils généraux de la région.

La première synthèse (provisoire) nous fait part des éléments suivants :



- 286 franciliens (enfants et adultes) accueillis dans un établissement conventionné en Belgique, 220 dans une structure non conventionnée.
- Très peu d'enfants placés dans une structure belge non conventionnée.
- La Seine-Saint-Denis, l'Essonne, Paris et le Val d'Oise envoient près de deux fois plus de franciliens dans les structures belges (entre 74 et 91 personnes) que les autres départements franciliens.

Ce constat, qui doit être encore affiné, met en évidence quelques critères concernant les motifs de l'orientation et le type de déficience majoritairement accueilli en Belgique.

A priori, les populations concernées sont surtout des enfants et adultes polyhandicapés et autistes pour lesquels un manque de structures en Ile-de-France est récurrent car leur situation est bien souvent complexe, au vu de leur parcours et de leur grande dépendance dans la majorité des cas.

Les troubles envahissants du développement correspondent au diagnostic le plus fréquent (138 franciliens âgés de 7 à 51 ans au 31 décembre 2010).

Même si les résultats de cette étude n'aboutissent pas systématiquement à un constat de placement par défaut, les pistes qui seront dégagées permettront de mettre en évidence les besoins en type de structure par territoire. De plus, le placement des adultes handicapés dans des établissements « non conventionnés » ne permet pas de s'assurer de la qualité de la prise en charge pratiquée et une réflexion sur le plan politique et réglementaire devra être conduite.

On citera les préconisations du rapport Gallez⁸ :

« Deux erreurs à éviter :

- *contraindre les personnes handicapées à partir en Belgique par défaut de places en France,*
- *avoir une politique de rapatriement systématique en France de la population qui se trouve en Belgique ».*

• Les enfants dits « sans solution »

Dans le cadre des travaux préparatoires à la définition du SROMS, l'ARS a également lancé une enquête relative aux enfants qui vivent en permanence au domicile de leurs parents sans accueil

⁸ L'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique, rapport présenté par Cécile Gallez, député du nord, maire de Saint Saulve, novembre 2008



médico-social ni scolarisation (ou bénéficiant d'une scolarisation à temps très partiel (les résultats ne sont pas à ce jour complètement consolidés).

Tous ces enfants ont, au cours de leur parcours, bénéficié d'une orientation par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Les raisons de l'absence de prise en charge ne résultent pas toutes d'une absence de solution adaptée mais peuvent être très diverses : refus des parents, accessibilité-transports, refus de prise en charge par les structures.

De plus cette enquête met en évidence la nécessité de penser des outils de suivi en continu de toutes les situations connues de la MDPH afin notamment d'évaluer en temps réel le volume des cas sans solution ainsi que l'évolution des situations et des besoins des enfants et adolescents.

Les résultats de cette étude permettent de cibler les faiblesses éventuelles du dispositif d'accompagnement au niveau territorial (le Val d'Oise par exemple est le département qui compte le plus grand nombre d'enfants dits « sans solution »).

Ils permettent d'identifier les tranches d'âge pour lesquelles la prise en charge devient problématique pour certaines déficiences : 6-11 ans pour les enfants polyhandicapés mais 12-17 ans pour les jeunes souffrant de troubles du caractère et du comportement.

Les orientations sont majoritairement préconisées en IME (sur 668 jeunes de moins de 20 ans, 443 ont une orientation vers un IME) Cependant il convient de tenir compte du fait que la déficience principale peut être associée à d'autres déficiences ce qui complexifie la prise en charge et donc l'orientation dans une structure adéquate.

L'enquête a, par ailleurs, relevé 50 situations de handicap rare et de plurihandicap pour lesquelles aucune réponse n'est proposée tout au moins dans un contexte géographique de proximité.

1.3.2 Le contexte social, sanitaire et médico-social

1.3.2.1 Le rôle de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

La MDPH est un acteur incontournable dans le parcours de vie d'une personne en situation de handicap. Elle est le lieu d'accès aux droits pour les personnes quels que soient leur âge et leurs situations. La démarche de reconnaissance du handicap peut intervenir à tous les âges de la vie de la personne handicapée. Cette démarche volontaire est souvent traumatisante, et mérite



d'être accompagnée. Elle est également parfois fastidieuse et abandonnée en cours de parcours (notamment dans le cas du handicap psychique).

La MDPH est une des clés de voûte dans le parcours et les processus qu'elle met en œuvre découlent directement des concepts issus de la loi du 11 février 2005 (parcours de vie, attentes et souhaits des personnes et de leurs familles, évaluation des situations, plan personnalisé de compensation, suivi des décisions etc.). Elle peut proposer et décider (via les CDAPH) des orientations d'accompagnement par des services et établissements sociaux et médico-sociaux qui seront par ailleurs reconsidérées à certaines étapes du parcours. Cependant elle ne maîtrise pas l'offre.

L'accompagnement de la personne handicapée va devoir être régulièrement ajusté souvent en fonction de son âge mais aussi en fonction de l'évolution du handicap : petite enfance, enfance et adolescence et âge adulte avec parfois des points de rupture à ce stade.

Les MDPH et les commissions d'orientation ne disposent pas actuellement d'outils informatiques performants pour orienter et assurer ou organiser le suivi des situations. Toutefois les systèmes d'information sont en cours d'évolution au niveau national mais ne devraient être opérationnels que dans le moyen terme.

Reste le problème du recrutement de certains professionnels qualifiés pour l'évaluation (notamment les psychiatres) pour lesquels les difficultés de mobilisation ou d'engagement sont dépendantes de l'attractivité du secteur médico-social.

Les difficultés de recueil de données quantitatives et qualitatives sur le secteur du handicap au niveau régional ne permettent pas un pilotage optimal des orientations, du suivi des listes d'attente et peuvent avoir de sérieuses conséquences quels que soient l'âge ou la déficience considérés ;

- des personnes sans solution qui restent au domicile sans les accompagnements adaptés (pour la personne en situation de handicap quels que soient son âge et sa famille) ;
- des orientations par défaut à certains âges de la vie, faute d'évaluation et de suivi suffisants :
 - o exemple des jeunes qui passent d'un IME à un Institut Médico-professionnel (IMPRO) et à 20 ans sont orientés vers un ESAT sans recherche de solution d'insertion en milieu ordinaire ;
- des difficultés ou des lenteurs qui freinent la mise en place des modifications de parcours
 - o exemple dans les cas d'aller/retour entre différents modes de prise en charge : institution, services, domicile, inclusion scolaire.



1.3.2.2 L'accès aux soins

Le rapport de la haute autorité de santé (HAS)⁹ a mis en évidence les difficultés des personnes handicapées pour l'accès aux soins.

Un des enjeux importants permettant de réduire les inégalités en matière de santé est celui de l'accès à la prévention générale et aux soins courants non directement liés au handicap. Si l'espérance de vie augmente régulièrement dans la population générale tout comme chez les personnes handicapées, les inégalités de santé se creusent entre ces deux populations. Dans ce cadre il convient de promouvoir les actions en direction de la santé globale (nutrition, activité physique, santé bucco dentaire)

Un milieu social défavorable rend plus difficile la correction des déficiences faibles ou modérées. Les inégalités sociales peuvent par ailleurs être aggravées par des inégalités territoriales en matière d'équipement.

Les professionnels des secteurs sanitaire et ambulatoire ne sont pas formés et/ou sensibilisés à l'accueil spécifique des personnes handicapées et à la réalisation d'éventuels examens. Cette population connaît des situations d'accès aux soins très difficiles non seulement en raison des éventuelles difficultés d'expression, mais également par le manque de matériel adapté dans les lieux de consultation. Cet accès aux soins doit également prendre en compte l'accessibilité des lieux de consultation et d'examen (pour les personnes à mobilité réduite, déficientes intellectuelles...). L'inadaptation du matériel utilisé dans les lieux de consultation est fréquente et peut avoir des conséquences préjudiciables (non-respect de l'anatomie des personnes pouvant être à l'origine d'une éventuelle maltraitance lors de soins). Il peut s'agir de fauteuils médicaux, dentaires ou de rééducation, des tables de consultation ou des tables de gynécologie dont l'ergonomie ne respecte pas la physiologie des personnes en situation de handicap. Il conviendra d'être également attentif aux cabines de déshabillage exigües et inadaptées (examen radiologique ou imagerie médicale).

Il paraît donc nécessaire de favoriser la diffusion de bonnes pratiques aux professionnels en termes d'accompagnement des personnes en situation de handicap. Pour cela, deux actions devraient être menées en priorité, à savoir une formation de base aux différents types de handicap, et la mise en place de matériel adapté dans des lieux de consultations accessibles. Il convient tout particulièrement de motiver les professionnels de santé qui ont le souci d'une mise en accessibilité complète de leurs locaux et espaces de consultation.

⁹ Rapport de la commission d'audition, Audition publique accès aux soins des personnes en situation de handicap, 23 janvier 2009



Concernant, par exemple les personnes souffrant d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED), elles doivent également pouvoir bénéficier d'une prise en charge somatique en tant que de besoin. Or la symptomatologie de l'autisme et des TED rend parfois difficile l'accès aux soins médicaux somatiques requis. La mesure 14 du Plan Autisme préconise que soient identifiés, au sein de chaque territoire de santé, des professionnels de santé des différents champs de la prise en charge somatique (médecine générale, médecine des différentes spécialités, dentistes) formés aux spécificités de l'autisme et susceptibles de délivrer des soins dans les conditions spécifiques requises.

Enfin des actions destinées à éviter des hospitalisations prolongées et/ou d'urgence doivent être expérimentées. Pour exemple, l'intervention des équipes d'HAD dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées contribuent à écourter des hospitalisations parfois traumatisantes. De même, l'expérimentation dans le secteur du handicap de la télé médecine peut éviter des hospitalisations « en urgence » en rassurant les équipes de soins en place dans les Etablissements Médico-Sociaux (EMS).

L'ARS considère que le besoin d'une meilleure synergie des professionnels autour du patient ne s'arrête pas au soin : c'est pourquoi elle souhaite parler de « parcours de santé », dont la coordination inclut non seulement les professionnels du soin, mais aussi les acteurs de la prévention et les acteurs de la prise en charge de la dépendance, du vieillissement ou du handicap (prise en charge médico-sociale). Elle fait du renforcement de la cohérence de ces parcours sa priorité stratégique.

1.3.2.3 Articulation sanitaire / médico-social

Le handicap nécessite une approche globale sur l'ensemble du champ de compétences de l'ARS. L'articulation de la prévention, des soins et des services médico-sociaux est une exigence pour une prise en charge de qualité. De même, l'implication de l'ensemble des partenaires disposant d'une compétence propre, en priorité les Conseils généraux, est essentielle pour permettre d'assurer cette continuité des services, et pour articuler la réponse aux besoins proprement sanitaires avec la réponse aux enjeux liés à la dimension sociale du handicap. L'action de l'ARS se doit donc d'être soutenue dans ce domaine, mettant constamment en avant le bien-être des personnes et permettant de limiter les soins hospitaliers à ce qui est nécessaire.

Les fonctionnements séparés des secteurs sanitaire et médico-social, le cloisonnement entre leurs institutions et leurs professionnels nuisent à la prise en charge globale des usagers et à la continuité des interventions particulièrement indispensables aux publics les plus en difficultés.

Ainsi les personnes en situation de handicap et leur famille, fragilisées, isolées, mal informées, peuvent être découragées par des démarches multiples.

C'est ce que soulignait déjà le Conseil supérieur du travail social dans son rapport de 1996 intitulé « *L'intervention sociale d'aide à la personne* » : « *Le respect de l'unicité et des choix de la*



personne sont essentiels, il n'y a pas à séparer des aspects comme le sanitaire et le social en domaines différents. Au contraire, il y a tout à gagner à croiser les points de vue et à articuler les métiers... Il faut donc favoriser la coordination entre intervenants exerçant sur le même territoire et contactant les mêmes populations. Il est donc nécessaire que les politiques se coordonnent entre elles et s'énoncent de manière cohérente. »

Les freins à lever pour y parvenir sont encore nombreux, parmi eux, des dispositifs, des financements et des législations cloisonnés, des représentations culturelles différentes, des logiques d'intervention appartenant à des blocs de compétences étanches, des enjeux de pouvoir, une crainte de voir les frontières se brouiller et les spécificités se diluer, etc.

La réflexion devra porter notamment sur :

- l'état des lieux des partenariats ou conventions entre le sanitaire et le médico-social (exemple : conventions existantes entre le SSR et les EMS qui devraient se développer)
- la prise en compte par les professionnels du médico-social de la composante sanitaire (éducation et prévention, soins, hygiène...) et inversement ;
- La prise en compte de l'aidant naturel
- les passerelles à créer entre les pratiques professionnelles des deux champs et entre les formations initiales et continues;
- l'analyse des différences et des points communs entre les identités et les cultures professionnelles des intervenants des deux champs;
- l'analyse des expériences innovantes afin de mettre en lumière les vecteurs de leur réussite.

La réflexion sur l'articulation et les collaborations à développer entre la psychiatrie et le dispositif médico-social nécessite d'être enrichies. Le plan de santé mentale 2011-2015 pourra être le cadre de ces travaux.

De même, le plan gouvernemental ¹⁰ et le programme d'actions 2012 en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires qui vise à améliorer la continuité de la prise en charge des patients entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, et inclut une réadaptation de l'offre de soins, constituera une trame pour fixer les objectifs à atteindre.

¹⁰ Le présent plan d'actions s'appuie sur le diagnostic et les propositions de la mission conduite en 2010 par le docteur Pradat-Diehl. Il a pour objectifs d'améliorer les connaissances sur les traumatismes crâniens et de mettre en cohérence les dispositifs existant.-



La question de l'articulation du sanitaire et du médico-social touche, à des degrés divers, toutes les formes de handicap, et suppose notamment de ne pas concevoir le champ médico-social comme un simple « aval » du champ sanitaire.

A titre d'exemple, il n'est pas satisfaisant en termes de parcours de vie que les enfants polyhandicapés, en fonction des places et des moyens disponibles, soient pris en charge indifféremment dans le sanitaire, en établissement médico-social ou à domicile.

La proportion des patients polyhandicapés relevant d'une prise en charge médicalisée lourde du fait de la sévérité et de l'instabilité de leur état de santé, est évaluée à 30%, soit 1200 personnes en Ile-de-France. L'état de santé de ces patients polyhandicapés hospitalisés démontre qu'ils ne peuvent, le plus souvent, pas être maintenus dans le secteur médico-social. En effet, ils ont besoin 24 h sur 24, 365 jours par an, d'une permanence des soins médicaux, infirmiers et des soins d'assistance. A cet égard les SSR spécialisés sont aussi le lieu de vie pour ces patients polyhandicapés.

Cependant, ils ne sont pas tous accueillis dans le secteur sanitaire, souvent par faute de place : il existe très peu de structures sanitaires SSR spécialisées qui sont adaptées au polyhandicap de l'enfant, et pratiquement aucune pour les adultes polyhandicapés en Ile-de-France. Ainsi faute de structures sanitaires appropriées, ces personnes devenues adultes restent dans des structures destinées aux enfants.

De plus, la majorité des enfants polyhandicapés vit au domicile des parents et la prise en charge médico-sociale est assurée en ambulatoire (CAMSP, Centres Médico-Psychologiques (CMP), CMPP, SESSAD, IME en externat). Parallèlement, l'enfant est suivi par le médecin traitant, les médecins des structures médico-sociales et par le secteur hospitalier SSR-MCO (consultations spécialisées, consultations multidisciplinaires et hospitalisation programmées ou en urgence lors de décompensations).

La proportion d'enfants vivant en institution (IME en internat long séjour ou en séjour temporaire) augmente avec l'âge du fait de l'accroissement régulier de la lourdeur de prise en charge pour les familles et pour le jeune polyhandicapé.

Certains enfants sont accueillis en IME mais avec de grosses difficultés en raison de la médicalisation insuffisante de ces institutions. Les rares SSR spécialisés sont parfois très éloignés géographiquement de la famille.

Le recours au plateau technique hospitalier permettant la mutualisation des gardes médicales, la présence d'IDE de nuit, et l'accès aux matériels d'investigation (fibroscopie, imagerie) devraient permettre de sécuriser la prise en charge.

Enfin un grand nombre de ces enfants sont « éparpillé » dans divers services hospitaliers, en particulier dans les services de réanimation, à la suite d'une décompensation aiguë.



Ainsi il ressort que l'offre actuelle ne permet pas de satisfaire les besoins de l'ensemble des enfants et adultes polyhandicapés d'Ile-de-France tant dans le secteur sanitaire (SSR) que médico-social.

Un autre exemple peut être cité. Il concerne le handicap rare. Celui-ci se situe à la frontière de la prise en charge sanitaire et médico-sociale. Les personnes souffrant de troubles associés et de handicap rare, se heurtent à des difficultés d'orientation faute de structures en capacité de répondre à leurs besoins.

Deux enquêtes CREAHI commanditées par l'ARS sur les enfants dits « sans solution » et les personnes handicapées accueillies en Belgique ont dénombré respectivement :

- 50 enfants sans solution soit 8% de la population totale examinée (618)
- 51 personnes handicapées (enfants – adultes) placés en Belgique soit 10% des personnes recensées dans les établissements Belges relevant d'un financement assurance maladie ()

Les personnes handicapées enfants ou adultes souffrant d'un handicap rare sont également pris en charge en SSR et au domicile .Un état des lieux sur la France métropolitaine, commandité par le Groupement National de Coopération Handicap rare (GNCHR) est en cours de réalisation. Par ailleurs une monographie régionale de l'Ile-de-France conduite par le CEDIAS-CREAHI IDF est également en cours de finalisation.

Une piste de réflexion émerge de ces constats et doit être conduite en transversalité au sein de l'ARS et en partenariat avec différents acteurs (HAD, MDPH). Elle consiste à proposer la mise en place dans chaque territoire d'une cellule de résolution des cas handicaps rares ou complexes.

1.3.2.4 Handicap et vieillissement : un des thèmes identifié comme stratégique au niveau national

La problématique du vieillissement des personnes handicapées avait déjà été ciblée par le schéma régional en faveur des personnes adultes handicapées de la région Ile-de-France 2002 – 2007. La prise de conscience de cette préoccupation ne date que d'une vingtaine d'années avec l'apparition des premières données, provenant d'études et de rapports conduits par le secteur associatif dans un premier temps, puis par le Ministère, le CREHAI, le Sénateur Blanc,... dans un second temps.

Des éléments épidémiologiques peuvent expliquer l'allongement de la durée de vie mais aussi l'apparition de problèmes de santé ; il y a un effet cumulatif des troubles dégénératifs liés à l'âge



et des incapacités préexistantes. Par ailleurs il faut souligner un certain nombre de données épidémiologiques :

- le quotient intellectuel qui semble être un élément prédictif de la longévité des personnes ;
- une espérance de vie prolongée pour les personnes atteintes de trisomie 21 (environ 50 ans, mais néanmoins liée à la prise en compte précoce des malformations cardiaques et un risque accru de démences -72,7%- trouvées au-delà de 60 ans) ;
- un taux de prévalence des problèmes de santé qui est 2,5 fois plus élevé chez les personnes handicapées qu'en population générale ;
- l'épilepsie qui reste une cause majeure de mortalité prématurée et de perte de gain de longévité en institution ou à domicile ;
- une surmortalité du handicap psychique liée à différents facteurs (prise de risques, prise chronique de médicaments, moindre accès aux ressources de santé...) ;
- bien qu'elles bénéficient d'un accompagnement et de soins, une espérance de vie qui reste très altérée pour les personnes polyhandicapées ;
- l'importance du vieillissement est également liée aux conditions de vie qui peuvent être moins favorables que dans la population générale ;
- enfin il semble important de préciser que les personnes handicapées vivent plus longtemps et peuvent donc être confrontées à des pathologies habituelles du vieillissement (démence, cancer, pathologies cardiaques, diabète...).

Ces différents rapports ciblent un certain nombre de préoccupations :

- l'orientation de la personne handicapée vers une structure médico-sociale au-delà de 60 ans ;
- les difficultés des parents d'adultes handicapés qui doivent intégrer un EHPAD, en particulier quand il n'existe pas de fratrie. Se pose ainsi la question des aidants pour un maintien à domicile ;
- le vieillissement et la perte d'autonomie de travailleurs handicapés en ESAT et en particulier quand ils ne peuvent plus bénéficier de l'accueil en foyers d'hébergement.

En Ile-de-France, des structures ont mis en place des modes d'accompagnement innovants mais elles demeurent isolées ; une évaluation de ces structures et services innovants doit être réalisée et pouvoir permettre la mise en place de leur validation, afin de pouvoir envisager, si besoin, de les développer au niveau régional.



1.3.3 Les différentes étapes du parcours de la personne handicapée

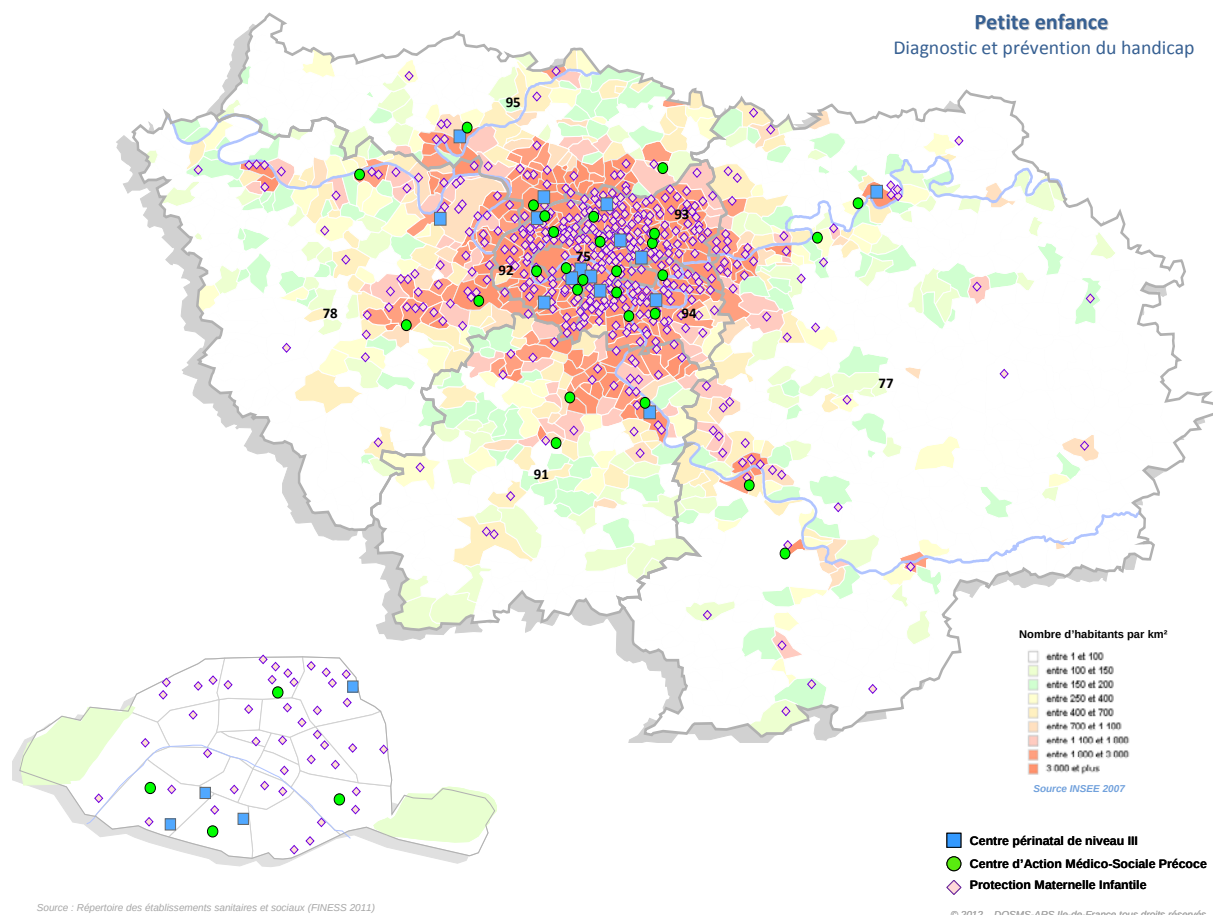
En termes de déficiences, si un grand nombre de problématiques similaires peuvent être identifiées, les parcours de vie seront différents suivant les handicaps : par exemple les actions d'intégration dans la vie sociale, scolaire et professionnelle ne seront pas les mêmes pour une personne polyhandicapée et une personne déficiente intellectuelle. De même le parcours de la personne présentant une déficience psychique sera à adapter constamment et les modes d'accompagnement devront se constituer autour de la personne au sein d'un maillage intégrant des intervenants du sanitaire, du social et du médico-social.

Les transformations de l'incidence des déficiences de naissance ou acquises doivent constituer la base de l'analyse prospective des besoins car elles doivent induire une recomposition en profondeur de l'offre (enfant vers adulte, établissement – IME, ESAT - vers milieu ordinaire).

Afin de mieux cibler les différentes étapes du parcours, le diagnostic est affiné par un examen des problématiques dans l'accompagnement tout au long de la vie.

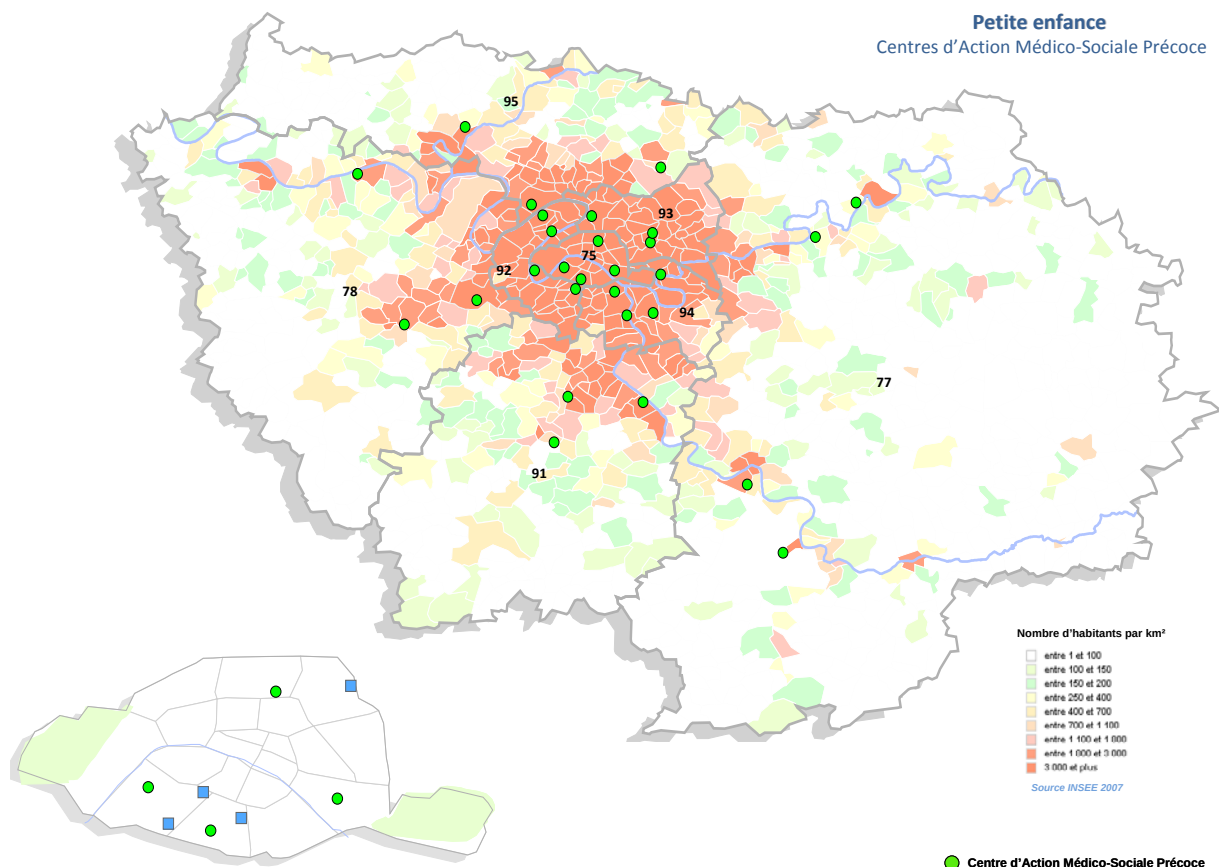
1.3.3.1 Accompagnement précoce

Cartographie



Le repérage des troubles dès la petite enfance constitue un enjeu majeur dans la mesure où la précocité de la prise en charge permet des progrès souvent plus importants qu'à un âge plus avancé et évite les situations dites de « surhandicap ».

L'étude qualitative de la CNSA sur les CAMSP publiée le 19 janvier 2010 plaide « *pour que les CAMSP soient considérés comme une priorité lors de l'élaboration de schémas d'organisation sociale et médico-sociale départementaux ou régionaux, tant les missions qu'ils exercent, avec une réelle plasticité et adaptation à leur territoire, font d'eux un acteur préventif et un investissement au regard du développement le plus favorable des jeunes enfants en situation de handicap ou en risque de développer un handicap* ».



© 2012 – DOSMS-ARS Ile-de-France tous droits réservés

L'Île-de-France est particulièrement concernée par cette problématique.

C'est en effet l'une des régions françaises les plus dynamiques sur le plan démographique et le rythme d'accroissement s'est considérablement accéléré depuis le début des années 2000. Cette forte natalité associée à l'évolution des facteurs listés ci-dessous contribuent à accroître la prévalence des déficiences :

- le taux de prématurité et de grande prématurité (1% des naissances vivantes en Île-de-France) en hausse ;
- la prévalence des malformations congénitales, facteur de risque de handicap ne diminue pas et concerne 2.5% des enfants nés vivants ;
- le taux de grossesse multiple augmente, s'ensuit une augmentation du risque de prématurité ;
- l'âge des mères s'accroît d'où :
 - augmentation du risque chromosomique,
 - augmentation de la prématurité,



- les inégalités sociales de plus en plus fortes en Ile-de-France :
 - surveillance de la grossesse de qualité moindre,
 - moindre dépistage et moindre qualité de prise en charge.

A la suite d'un groupe de travail sur « la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce du handicap » organisé par l'ARS, le constat sur les principaux manquements du dispositif de prévention, dépistage et accompagnement précoce du handicap est le suivant :

- **La prévention et le repérage précoce** : le repérage précoce du handicap est assuré dans de multiples lieux : maternités, services de soins, Protection Maternelle et Infantile (PMI), CAMSP, CMPP, crèches, écoles, médecine libérale. Malgré cette multiplicité de lieux, le repérage et l'engagement d'un parcours médico-social se font tardivement pour certains enfants en raison notamment d'absence de sensibilisation des parents aux signes qui devraient alerter, de manque de disponibilité ou de formation des professionnels de santé sur la problématique du dépistage du handicap.
- **L'accès au diagnostic** : bien qu'il ne constitue pas une fin en soi, il ressort une difficulté des familles à faire **établir le diagnostic** ("savoir ce qu'a leur enfant"), qui, de ce fait devient trop tardif pour une prise en charge optimale.
- **L'annonce du handicap** constitue toujours un moment difficile à la fois pour les familles et les professionnels de santé. Or, de nombreuses recherches ont prouvé que la manière dont le handicap est annoncé aux parents a une incidence directe sur l'élaboration à long terme de la relation parents-enfant. La lecture des témoignages montre qu'il existe encore des progrès à faire dans ce domaine. Il est donc nécessaire de renforcer la professionnalisation des intervenants dans le processus d'annonce du handicap.
- **L'accompagnement des familles** est également à améliorer. Les familles confrontées au handicap de leurs enfants sont désorientées et en situation de souffrance. Il se dégage l'impression d'un combat permanent pour obtenir de l'information auprès de l'administration, du corps médical, des services spécialisés... Le dispositif d'aide est souvent vécu comme lourd, contraignant au lieu d'être aidant.
- **L'accès aux dispositifs de prise en charge précoce** subit des retards et des ruptures. Le passage de relais est insatisfaisant entre les structures sanitaires, sociales et médico-sociales et à l'intérieur même du dispositif médico-social. Aujourd'hui, en Ile-de-France le délai entre la suspicion d'une difficulté chez un enfant et sa prise en charge effective en CAMSP est souvent trop long (plusieurs mois). Ensuite, la sortie du CAMSP peut être retardée faute de place dans les établissements assurant une prise en charge à temps plein (ou partiel) ou en SESSAD. L'enfant reste alors sans accompagnement le temps qu'une place se libère.



- Les familles rencontrent des **difficultés d'accès aux structures à la fois spatiales et temporelles**. La prise en charge des frais de transport est problématique pour les familles, la réglementation n'étant pas suffisamment explicite pour tous les cas de figure. Le recours aux transports en commun, source de fatigue pour les enfants et les familles, allonge la durée de transport et peut décourager les familles à se rendre aux consultations. Développer des consultations délocalisées de CAMSP dans les PMI, crèches, écoles... pourrait être une solution pour limiter les temps de transport et les difficultés d'accès des enfants ne disposant pas de structures à proximité. Les enfants devraient également pouvoir être accueillis dans la structure la plus proche de leur domicile ou la plus facile d'accès même si celle-ci n'est pas dans leur département.
- L'arrivée d'un enfant handicapé, la vie au quotidien et sa prise en charge impactent trop souvent de manière préjudiciable **la vie sociale, familiale et professionnelle des parents**. Or le maintien d'une vie sociale, familiale et professionnelle équilibrée est souvent conditionné par l'obtention d'une place dans une structure éducative et par la possibilité de services de garde. Cependant les assistants familiaux et maternels, les professionnels des modes d'accueil de la petite enfance ne sont pas toujours formés pour s'occuper d'enfants en situation de handicap, sans compter que les structures d'accueil ne sont pas forcément adaptées et accessibles.
- Comme de nombreux secteurs de la santé, le secteur de la petite enfance connaît des **difficultés de recrutement** à la fois liées à la pénurie de professionnels de santé en général (kinésithérapeutes, médecins, pédiatres...) ou de services social ou éducatif, et aux grilles salariales des conventions collectives, parfois peu attractives en comparaison des possibilités offertes par le secteur libéral.

Le manque de places est particulièrement problématique sur les territoires où il y a une forte proportion de grands prématurés et des problèmes sociaux, facteurs éventuels de sur-handicap. Les familles sont en effet contraintes de faire suivre leur enfant loin de leur domicile, parfois dans un autre département. Par ailleurs, des problèmes de transport s'ajoutent à la faible couverture départementale. Les familles démunies utilisent les transports en commun, ce qui peut parfois augmenter considérablement les temps de transport dans des territoires mal desservis. Or, des temps de trajets importants sont peu compatibles avec l'âge et la situation des enfants accueillis.

Un renforcement des capacités d'accueil, comme de la couverture territoriale des CAMSP est donc à mettre en œuvre en priorité sur les territoires déficitaires.

1.3.3.2 Scolarisation et insertion professionnelle

• La scolarisation

Cartographie

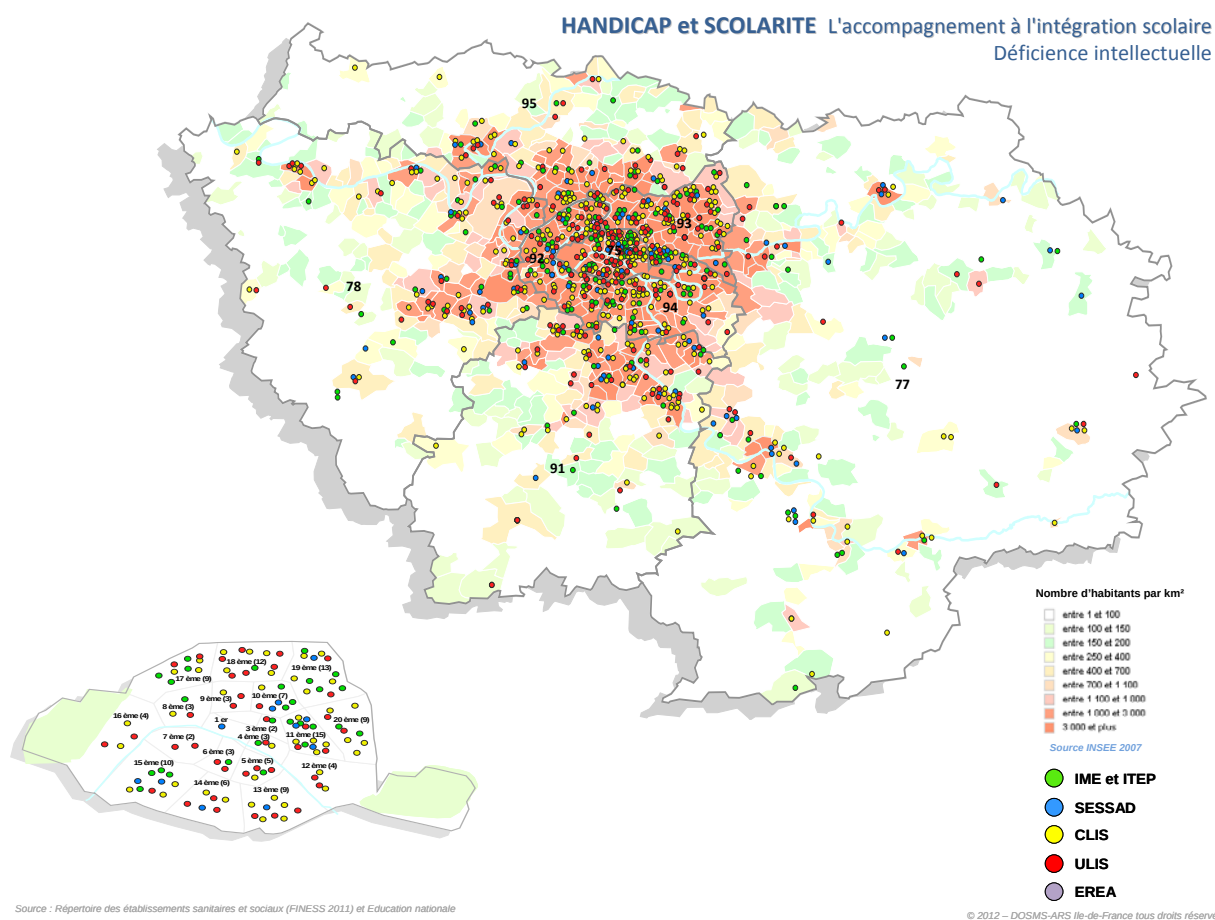
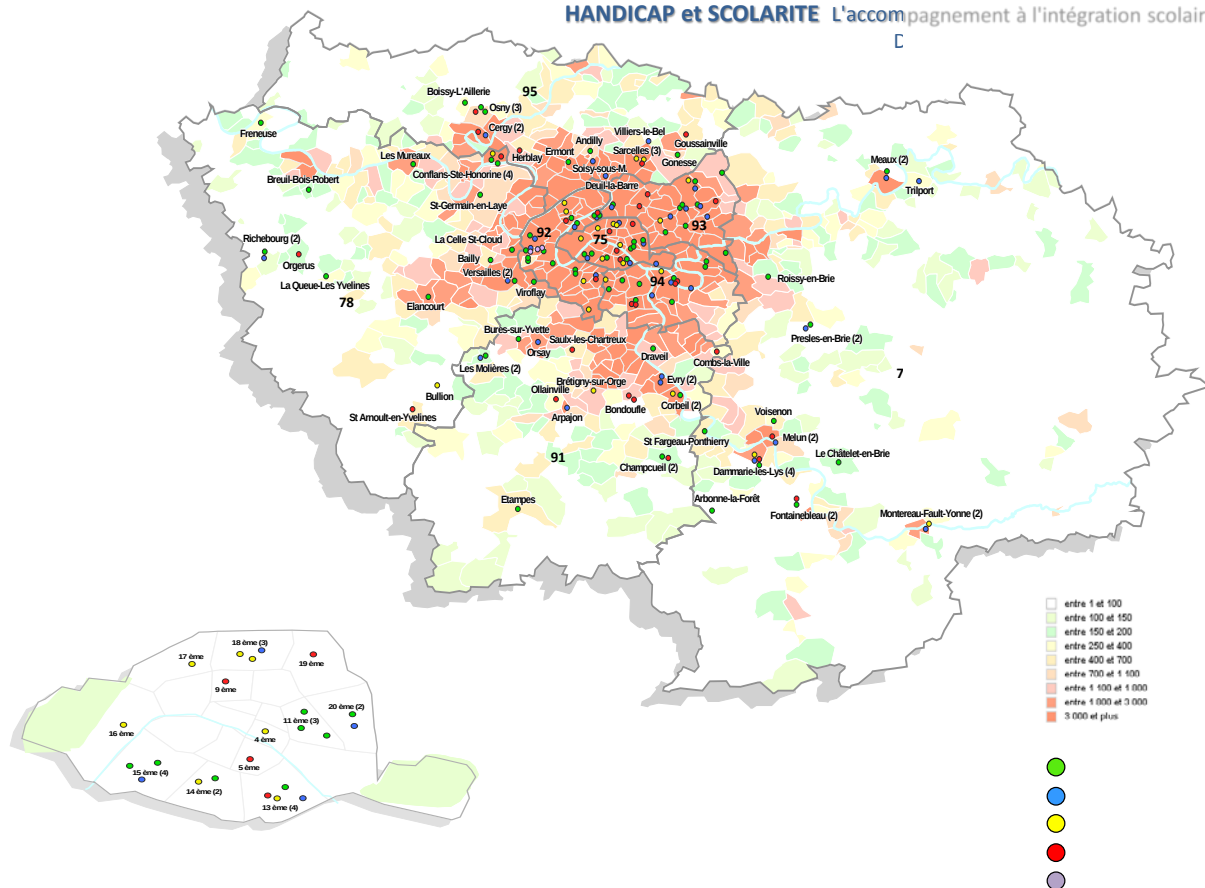


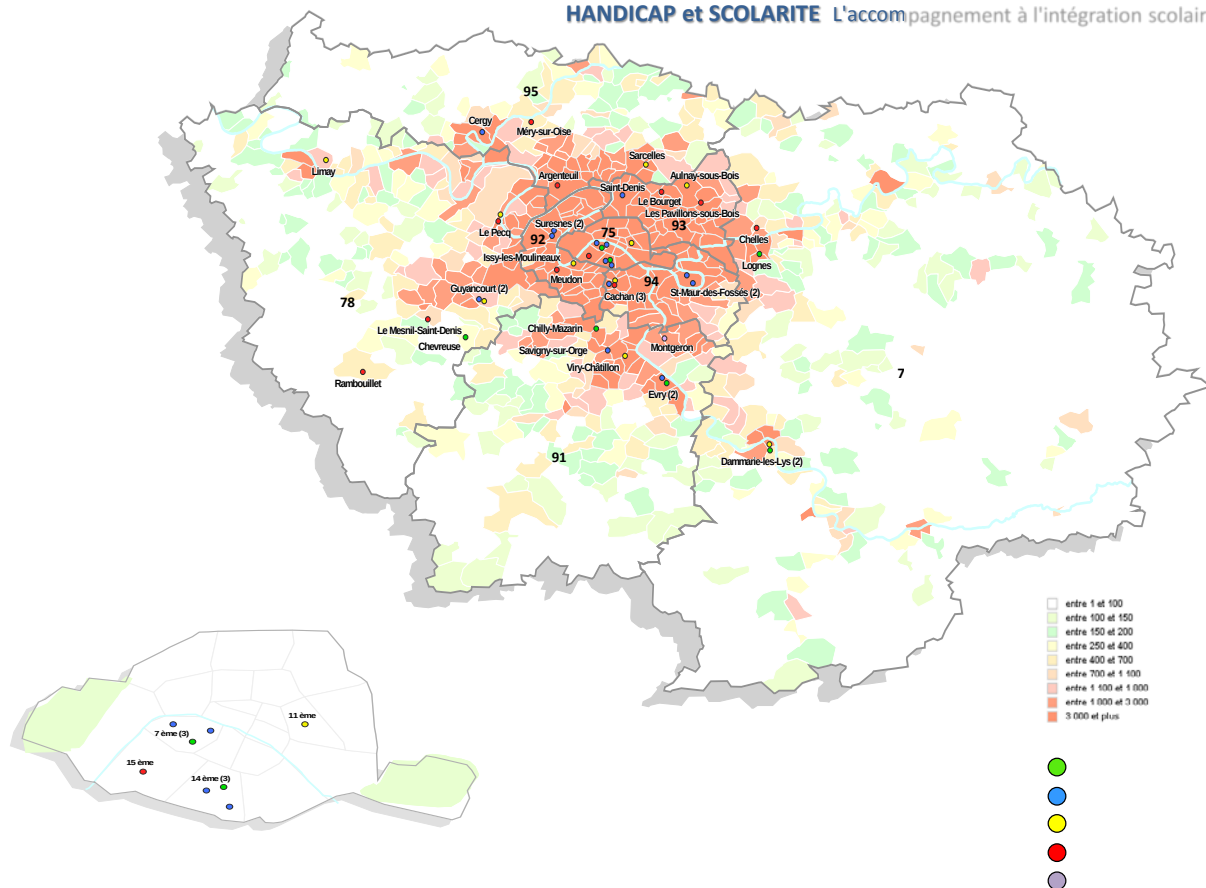


Schéma d'organisation médico-sociale

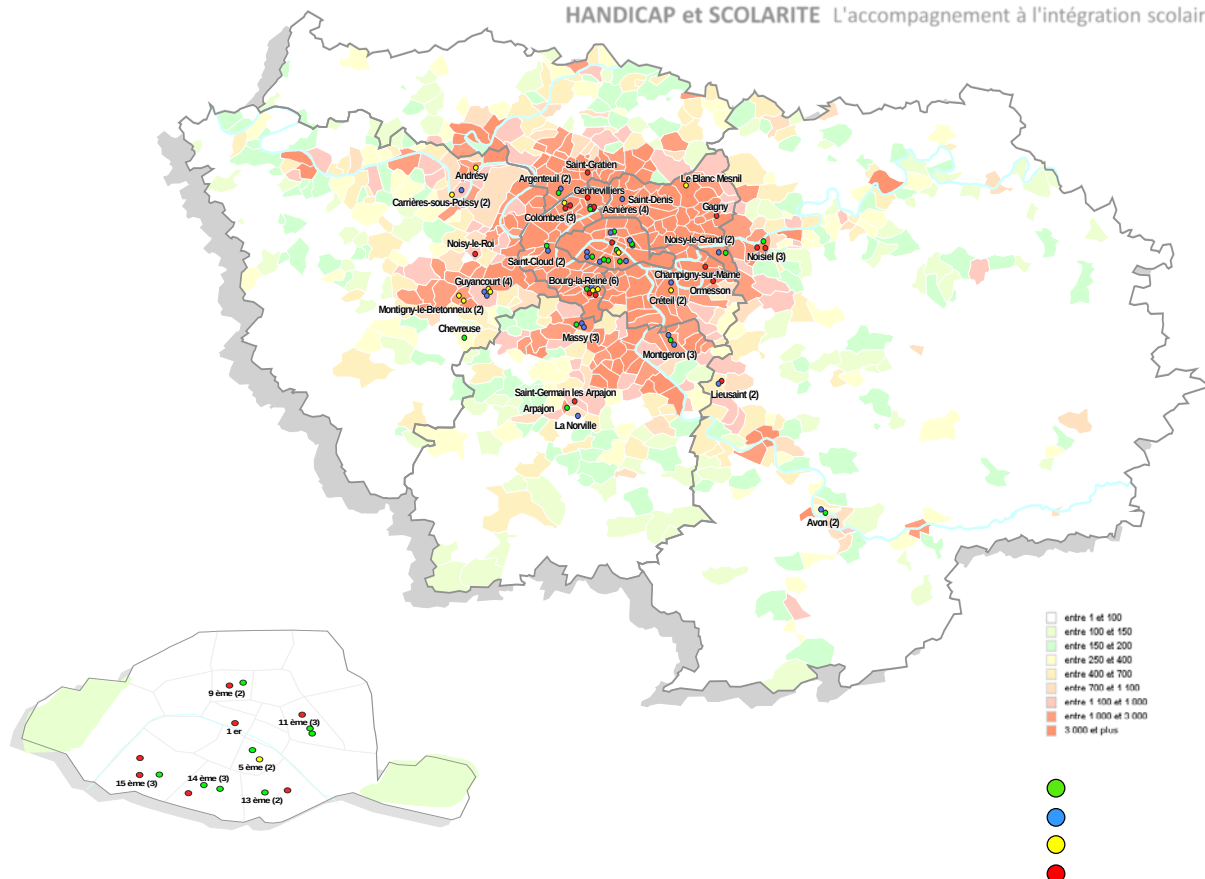
HANDICAP et SCOLARITE L'accompagnement à l'intégration scolaire

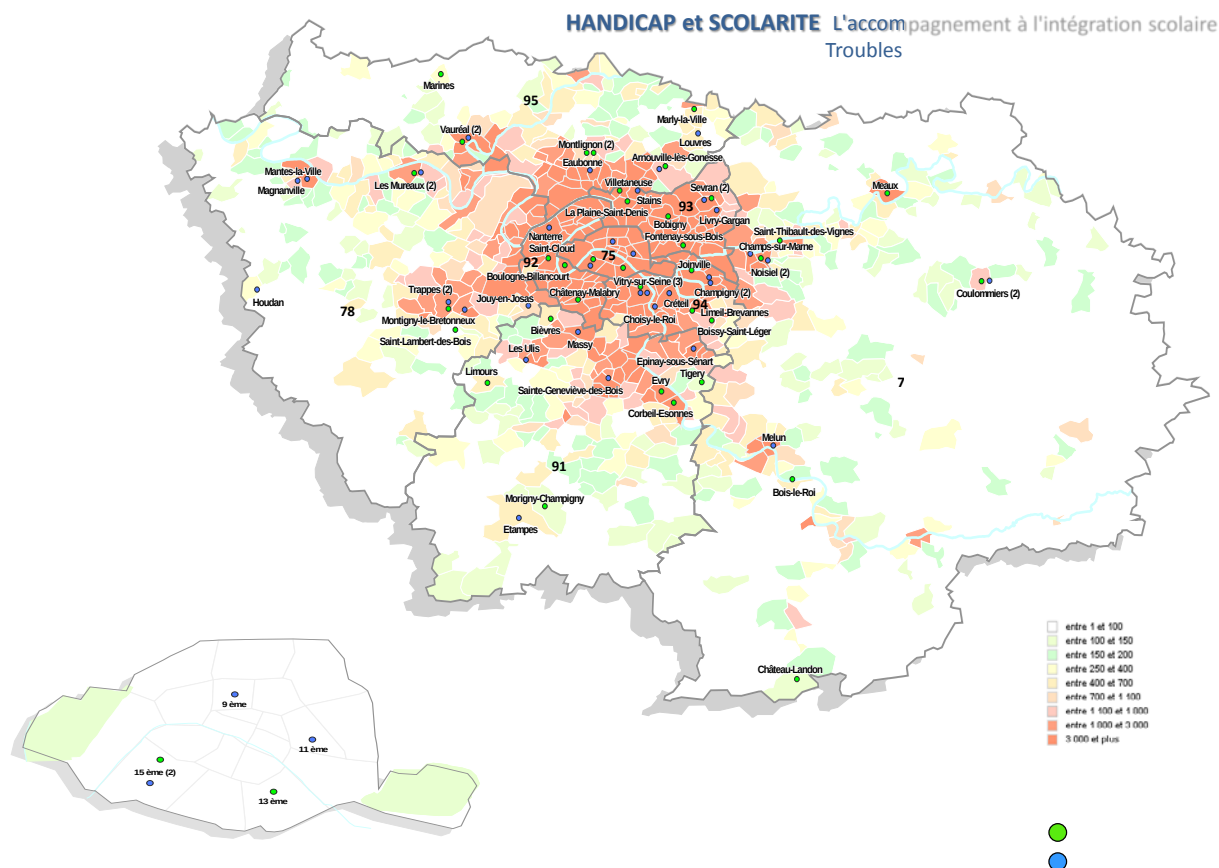


HANDICAP et SCOLARITE L'accompagnement à l'intégration scolaire



HANDICAP et SCOLARITE L'accompagnement à l'intégration scolaire





La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances a renforcé le droit à l'éducation et à la scolarisation en milieu ordinaire en instaurant à la fois le droit à l'inscription dans l'école de proximité pour toutes les familles qui en font la demande. Elle prend également en compte le choix des familles en direction de l'enseignement privé et le projet personnalisé de scolarisation qui adapte les modalités de la scolarisation aux besoins spécifiques de chaque enfant.

Le décret du 2 avril 2009 étend et généralise les modalités de coopération entre établissements d'enseignement et établissements médico-sociaux en créant des unités d'enseignement dans les structures médico-sociales. Ces coopérations favorisent le parcours individualisé de l'élève, adapté à ses besoins et susceptible d'être aménagé tout au long de sa scolarité.

Les différents modes de scolarisation des enfants handicapés offrent une palette de solutions allant de l'accueil individuel en milieu ordinaire sans accompagnement particulier, jusqu'à l'accueil à temps complet en unités d'enseignement des établissements et structures médico-sociales, en passant par les modes intermédiaires d'accompagnement individuel ou collectif en



milieu ordinaire : aide d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS), accompagnement médico-social par un SESSAD, classes adaptées – Classes d'Inclusion Scolaire (CLIS) – Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS).

L'Education nationale est représentée en Ile-de-France par 3 académies :

- l'académie de Paris (75)
- l'académie de Créteil qui regroupe les départements situés à l'est de la région: Seine-et-Marne (77), Seine-Saint-Denis (93) et Val-de-Marne (94)
- l'académie de Versailles qui regroupe les départements situés à l'ouest de la région: Yvelines (78), Essonne (91), Hauts-de-Seine (92), Val-d'Oise (95).

Les taux de scolarisation des enfants handicapés métropolitains (31 %) et franciliens (29,20 %) sont très proches.

En Ile-de-France, ce pourcentage varie d'un département à l'autre avec le taux le plus élevé en Seine-Saint-Denis (37 %) et le plus faible dans les Hauts-de-Seine (24,62 %).

Ces chiffres masquent une différence de scolarisation entre d'une part, les enfants ayant des troubles des fonctions cognitives (déficience intellectuelle, troubles psychiques et troubles envahissants du développement) scolarisés majoritairement en CLIS ou ULIS et d'autre part, les élèves présentant une déficience motrice, généralement scolarisés en milieu ordinaire.

On notera que 94 % des enfants et adolescents polyhandicapés de 6 ans ou plus accueillis en établissements médico-sociaux ne connaissent aucune forme de scolarisation. Parmi eux, près de la moitié (53 %) font au plus l'apprentissage de gestes simples, 14 % sont par contre considérés en capacité d'acquérir des notions simples de communication et d'hygiène alimentaire, les autres enfants (33 %) sont dans une situation non précisée. Les enfants suivis par un SESSAD bénéficient plus souvent d'un temps de scolarisation supérieur à ceux placés en IME.

Des aménagements pédagogiques spécifiques devront être développés.

L'Ile-de-France dispose de 465 structures médico-sociales (IME et SESSAD) dont 322 comprennent une unité d'enseignement parmi lesquelles 255 ont signé une convention avec l'Education nationale ou sont dans un établissement scolaire hors contrat.

Ainsi, l'inclusion scolaire, comme le montre l'hétérogénéité des dispositifs et structures où sont les enfants et adolescents, ne peut être un dispositif figé ou standardisé qui s'appuierait sur des protocoles préétablis. Elle doit être un véritable processus évolutif, interactif et vivant qui s'appuie sur les potentialités de l'enfant. Cela passe par un dialogue, une coopération et une formation de l'ensemble des acteurs (famille, école, médecin, structures médico-sociales) pour identifier et réussir le parcours de formation.



Le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS), mis en place par la loi de 2005, illustre la complémentarité de tous ces acteurs. En cohérence avec la CDAPH qui propose l'orientation à la famille et au jeune, le PPS définit les modalités du déroulement de la scolarisation et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales, paramédicales répondant aux besoins particuliers de l'élève.

Le tableau de la scolarisation et de l'accompagnement médico-social des enfants en situation de handicap réalisé par la CNSA en avril 2011 relève que la presque totalité des élèves handicapés en France possède un PPS (94 % dont 18 % en cours d'élaboration). Pour l'Ile-de-France, le nombre de PPS validé ou en cours est de 24 997 soit 90 % du total d'élèves handicapés scolarisés.

L'articulation entre l'école, le secteur médico-social et les centres de formation professionnelle est réalisée par les SESSAD. Ces services réalisent un accompagnement continu sur tous les lieux de vie et œuvrent avec un grand nombre d'acteurs incontournables dans les domaines sanitaires et médico-sociaux.

Au 31 décembre 2010, le nombre de places de SESSAD en Ile-de-France s'élève à 6 818 mais leur répartition est inégale. En effet, le nombre de places en SESSAD représente 16 % du total des places offertes dans le secteur médico-social sur Paris alors que dans l'Essonne, le Val-de-Marne et le Val d'Oise, celui-ci n'est que de 11 %.

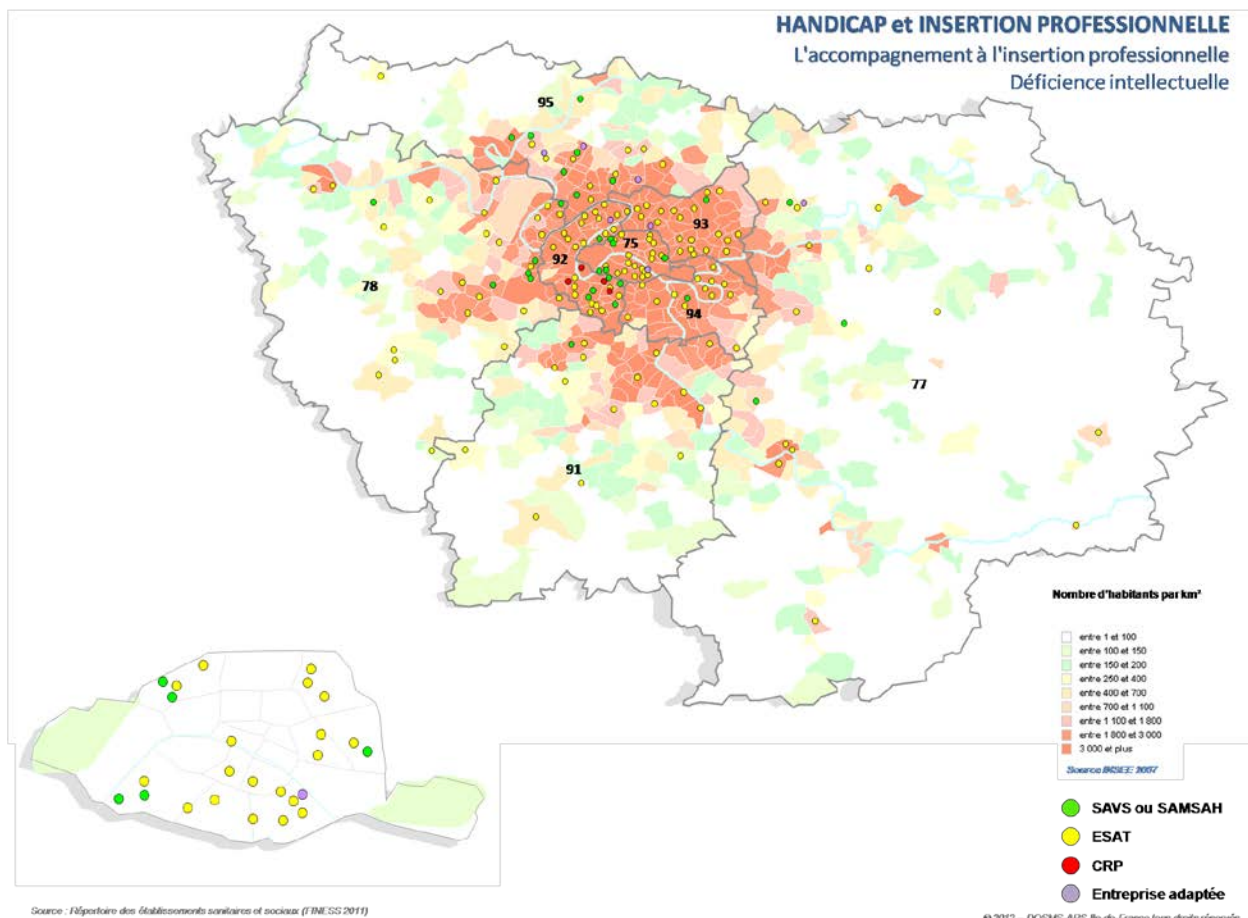
L'extension de ces services doit être renforcée ainsi que leurs missions en insistant sur l'articulation sanitaire et sociale des structures et des professionnels, le développement de l'insertion professionnelle et du suivi des jeunes tant en milieu ordinaire que spécialisé. Une harmonisation, une souplesse et une simplification des règles financières devraient permettre une meilleure opérationnalité.

Ainsi, l'évolution de leur mode de fonctionnement permettrait un accompagnement de l'enfant et du jeune adulte (passage relais avec les SAMSAH) tout au long du parcours de vie et non seulement durant la scolarité et la formation professionnelle mais aussi dans la vie sociale, culturelle et sportive.

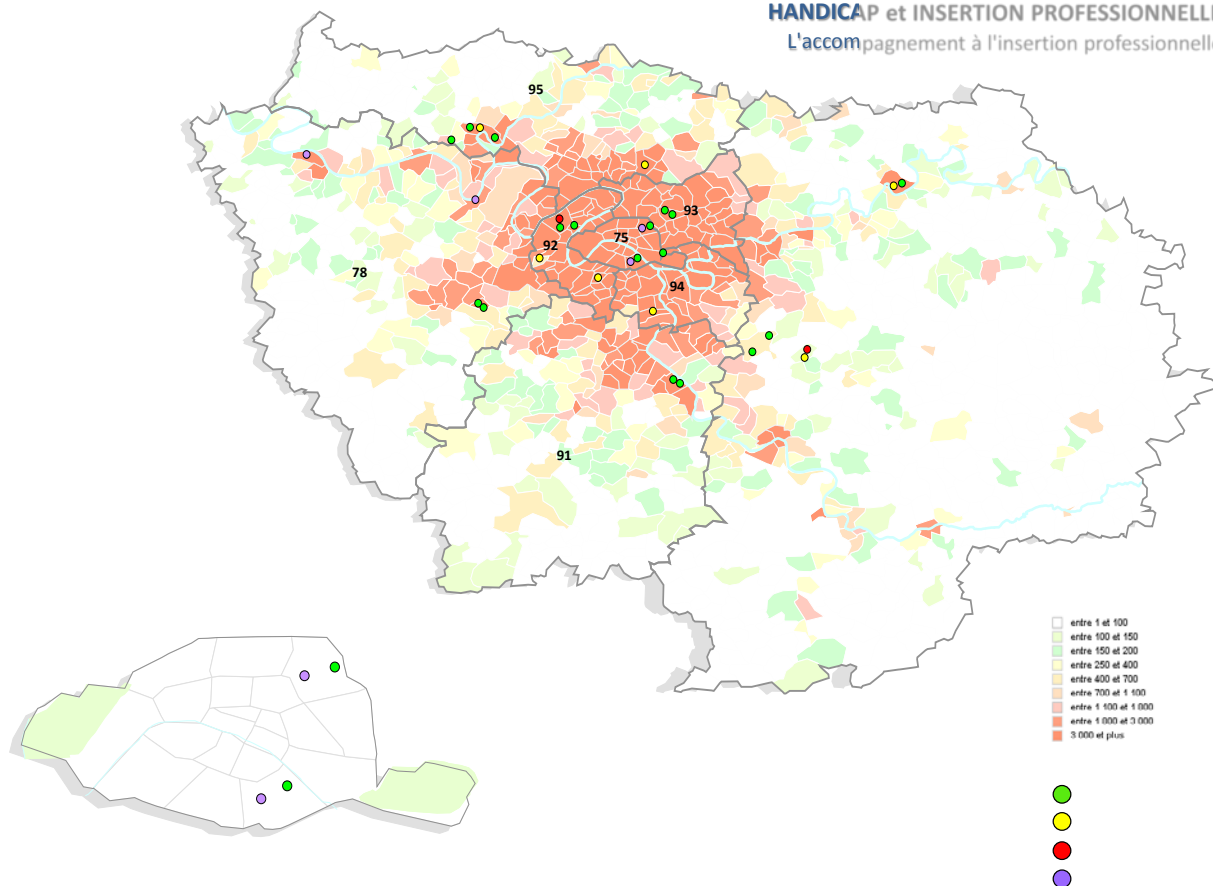
Des formes innovantes d'accompagnement permettant une réelle souplesse de prise en charge, tant en matière de modes d'accompagnement que de tarification, devront être recherchées et travaillées avec l'ensemble des partenaires concernés notamment avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) afin de faciliter l'harmonisation du décompte de l'activité des structures.

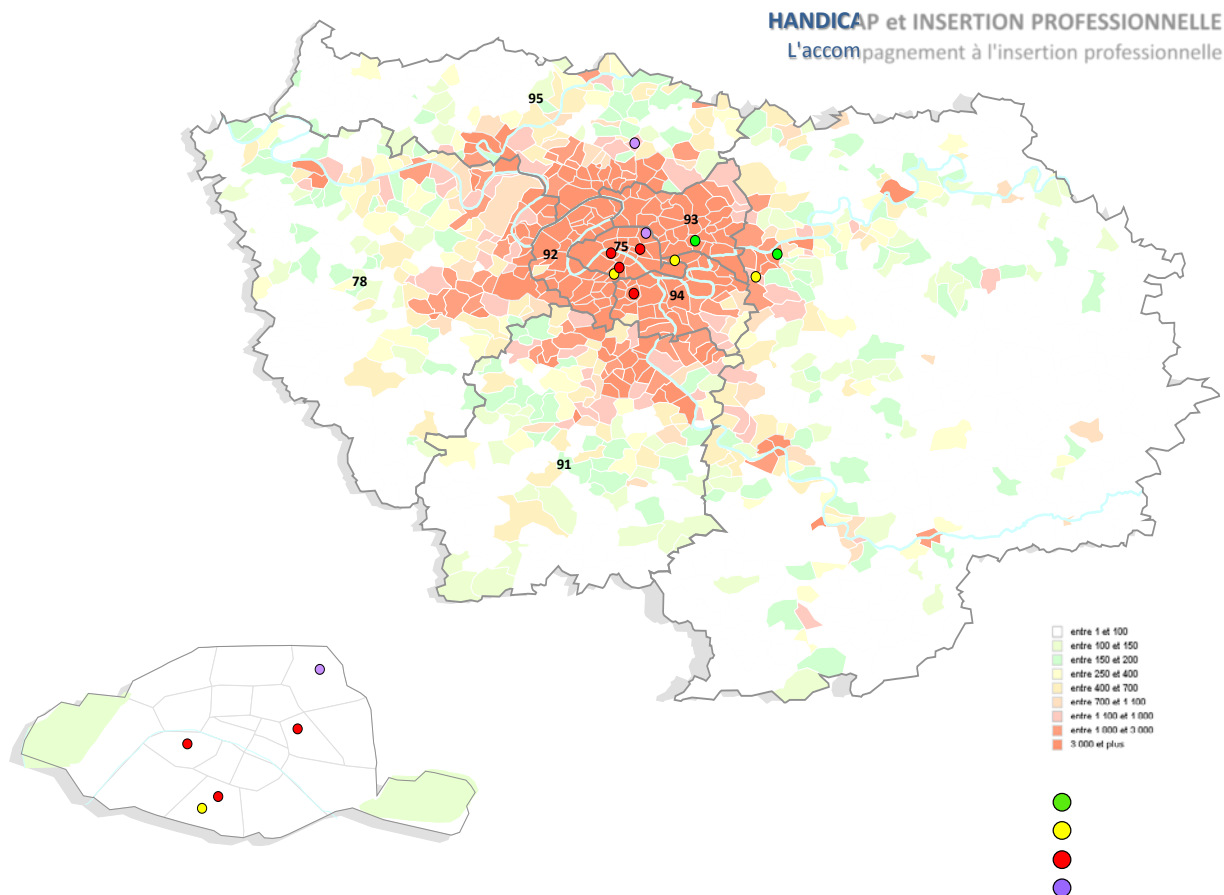
- **L'insertion professionnelle**

Cartographie



HANDICAP et INSERTION PROFESSIONNELLE L'accompagnement à l'insertion professionnelle





Le cadre réglementaire de la formation qualifiante est générateur de discrimination. Le délai d'attente nécessaire au traitement des demandes et à l'élaboration des décisions d'orientation participe à des processus de démobilitation, de désocialisation, et de régression des personnes.

A l'adolescence, les jeunes doivent choisir une voie correspondant à leur choix professionnel. Ce qui est difficile pour les adolescents ordinaires, devient souvent insurmontable pour les jeunes handicapés faute de places en inclusion scolaire (ULIS) en lycée général ou professionnel ou par manque de places en IMPRO et/ou d'offre de formation préprofessionnelle adaptée aux différents types de handicaps..

L'Education nationale s'est engagée, dès la rentrée 2009, en lien avec le Conseil régional, à :

- favoriser la découverte des métiers en mobilisant les entreprises ;
- développer et structurer l'offre de formation en apprentissage, en complémentarité avec les autres modes de la formation tout au long de la vie, en augmentant le nombre de centres de formation pour adultes (CFA) équipés pour accueillir les apprentis handicapés.



Les jeunes qui sortent du système scolaire sans diplôme doivent pouvoir valoriser leurs compétences vers le milieu professionnel ordinaire : à défaut d'un diplôme, des attestations d'aptitudes professionnelles peuvent être délivrées pour une reconnaissance officielle des acquis du jeune adulte.

Les bureaux d'aide à l'insertion professionnelle (BAIP) relevant de la compétence des universités doivent être développés.

L'activité professionnelle peut nécessiter un accompagnement et un soutien au long cours. Elle peut également, après une évaluation des capacités conduire à orienter la personne vers un milieu de travail protégé.

Quelques chiffres clés :

D'après les premiers résultats de l'enquête ES 2010, il s'avère qu'à la sortie des structures médico-sociales seulement 14,53 % des jeunes recensés sont engagés dans un processus d'insertion professionnelle (demandeur d'emploi en milieu ordinaire, formation ou stage, emploi en milieu ordinaire, dans une entreprise adaptée ou dans un ESAT, en attente de placement dans l'un de ces dispositifs.)

En Ile-de-France, 19 % des actifs occupés, âgés de 20 à 59 ans, en situation de handicap ou d'incapacité travaillent à temps partiel contre seulement 10 % des autres actifs.

La répartition géographique des salariés handicapés, tout comme le type d'emploi occupé sont hétérogènes sur le territoire francilien avec des spécificités pour chaque département, notamment des salariés handicapés plus qualifiés dans les départements de Paris et des Hauts-de-Seine. Le nombre de salariés handicapés enregistrés dans ces deux départements représente 45,6 % des salariés handicapés de la région.

L'ARS, concernée en amont afin de promouvoir et de faciliter les actions à destination des travailleurs handicapés, participe notamment à la mise en œuvre du Plan Régional d'Insertion de Travailleurs Handicapés (PRITH) dans le cadre de la formalisation des partenariats et des coopérations entre les différents acteurs.

Pour les primo demandeurs la démarche d'insertion professionnelle au terme du parcours médico-éducatif suscite chez la personne et sa famille une certaine appréhension qui les conduit à chercher l'effet « filière » en milieu protégé. Un accompagnement approprié (alternance, information...) permettrait de les rassurer et de les conforter dans la construction d'un projet professionnel en milieu ordinaire.

L'accompagnement soutenu et suivi dans le temps est la clé de voûte d'une insertion professionnelle réussie.

L'absence d'itinéraire défini ou de guide de parcours complexifie cette démarche. En effet, chaque personne en fonction de son passé, de l'évolution de son état mais aussi de la collecte d'informations, des opportunités d'accompagnement et des propositions suivra tel ou tel



itinéraire. Le parcours peut être ponctué de ruptures, il faut donc prévoir des actions diversifiées permettant le retour vers une orientation différente, le réentrainement ou des formations.

Les freins ressentis et exprimés par les associations de personnes handicapées visent plus particulièrement : la méconnaissance de l'ensemble des dispositifs existants, les interventions morcelées et les délais relatifs à la démarche d'obtention de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Cette démarche sous entend au préalable que la personne ne soit pas dans le déni de son handicap et accepte le « statut » de personne handicapée.

La procédure de reconnaissance peut prendre environ 1 an et son aboutissement n'induit pas nécessairement l'obtention d'un emploi. Ces délais peuvent entraîner la précarisation de la personne (perte de ressources, perte du logement) et son découragement, voire l'abandon de la recherche d'insertion.

Les besoins d'accompagnement peuvent être très disparates :

- Accès aux dispositifs de réadaptation professionnelle (Centre de Rééducation Professionnelle) qui permet un accompagnement médico-psycho-social et une formation qualifiante,
- Travail en milieu ordinaire avec accompagnement et suivi au long cours,
- Réentrainement au travail et aide à l'orientation sociale et professionnelle,
- Travail en milieu protégé avec ou sans accompagnement.

Les freins à l'accès à l'emploi sont à analyser également en termes d'accessibilité au travail : logement, transport, aménagement du poste...

Parmi les autres freins on peut citer une orientation non adaptée aux besoins des entreprises, une méconnaissance du monde de l'entreprise, des formations liées à des métiers et non pas à des postes de travail et enfin, une insuffisance de mesures incitatives en direction des personnes handicapées qui souhaitent s'engager dans un parcours d'accès ou de retour à l'emploi.

L'ensemble des dispositifs existants nécessite une étroite articulation avec des dispositifs complémentaires. Des passerelles entre le milieu de travail protégé et le milieu de travail ordinaire doivent être mises en place.

Dès lors que son orientation a été prononcée par la CDAPH, la personne handicapée peut être accompagnée ou prise en charge par des structures médico-sociales adaptées à la situation et à même de favoriser son insertion professionnelle.

• Orientation en milieu protégé

Les études menées par les associations et fédérations apportent des enseignements instructifs sur l'évolution des problématiques économiques mais aussi sociales au sein des ESAT. Toutefois le manque de données permettant d'évaluer l'impact des évolutions est relevé.



Ces difficultés en termes de remontées quantifiées de besoins et de valorisation du travail effectué par les ESAT constituent un frein, tant pour les organisations afin d'orienter leurs propres actions, que dans le cadre de négociations avec l'Etat ou le développement de nouveaux partenariats.

Le rapport de la DGAS¹¹ préconise que la restructuration de ces structures repose sur des contractualisations qui permettent de planifier, d'outiller et d'évaluer les démarches à conduire.

Les expérimentations en cours comme l'action des PASSMO¹² pourraient se développer (les Passerelles vers le Milieu Ordinaire des travailleurs handicapés orientés et accueillis en ESAT sont destinées à favoriser l'insertion en milieu ordinaire des personnes accueillies en ESAT sur la France entière).

La reconnaissance du handicap psychique vient questionner la vision traditionnelle des ESAT où une grande majorité des travailleurs relevait de la déficience intellectuelle (deux tiers des travailleurs en ESAT présentaient une déficience intellectuelle et un sur quatre une déficience associée).

Cette prépondérance ne doit cependant pas cacher l'évolution du handicap psychique dans le milieu de travail protégé : il concernerait aujourd'hui près d'un usager sur 5 en tant que handicap principal. Cette problématique fait l'objet d'un développement dans ce Schéma.

De même, l'accueil – comme préconisé par la loi de 2005 – de handicaps lourds pose la question de la fatigabilité des usagers et de solutions alternatives de prise en charge (développement des temps partiels, articulation avec d'autres dispositifs de jour, accès à des dispositifs de retraite adaptés).

La montée en âge des travailleurs en ESAT est un thème récurrent depuis plusieurs années. L'âge des usagers est d'ailleurs particulièrement explicite: d'après l'enquête ES 2010, 41 % des usagers d'ESAT ont aujourd'hui plus de 40 ans, et 15 % plus de 50 ans.

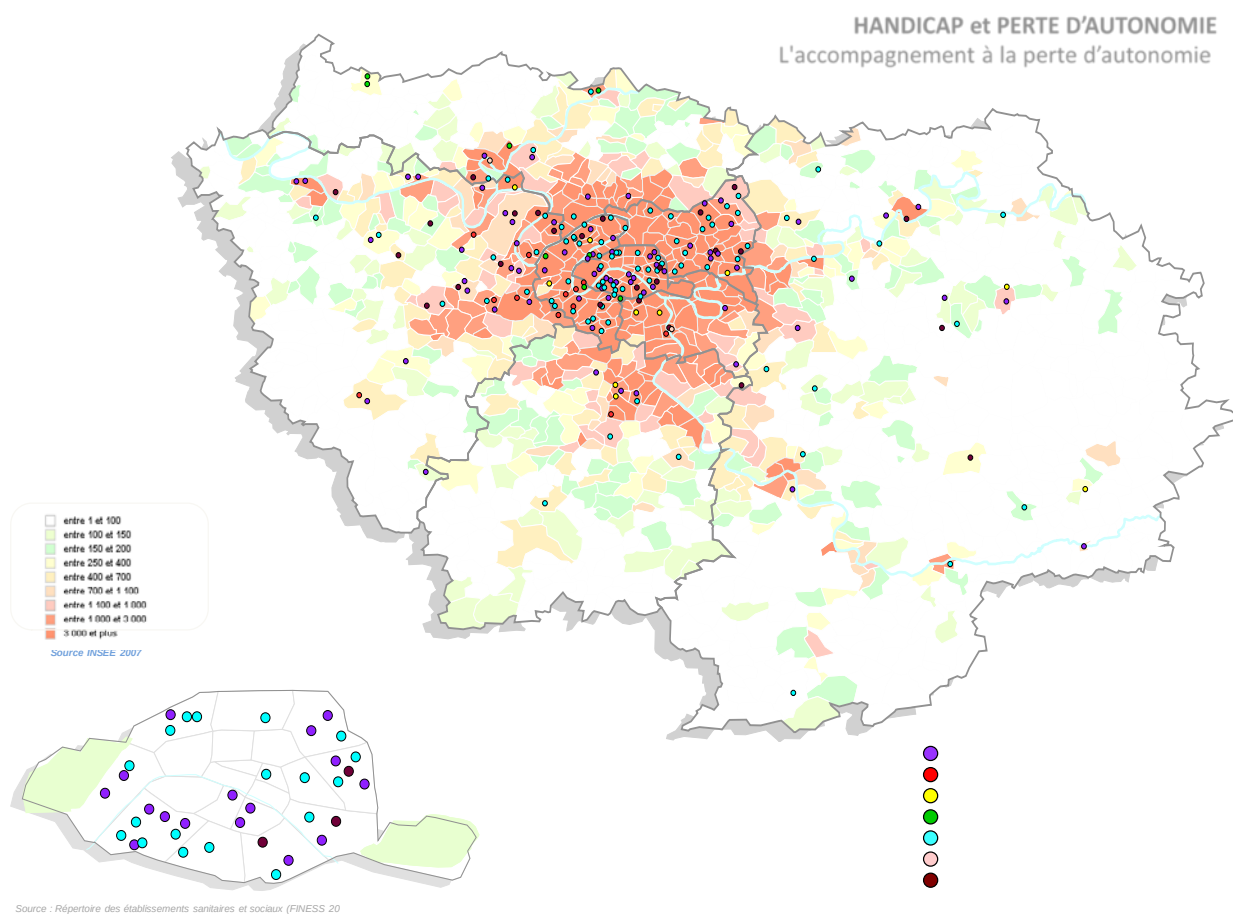
La modernisation des ESAT passe par le développement des accueils expérimentaux « hors les murs » afin de mettre l'accent sur les actions d'accompagnement à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire. Mais cette modernisation passe également par l'aménagement de l'accompagnement à la cessation progressive d'activité.

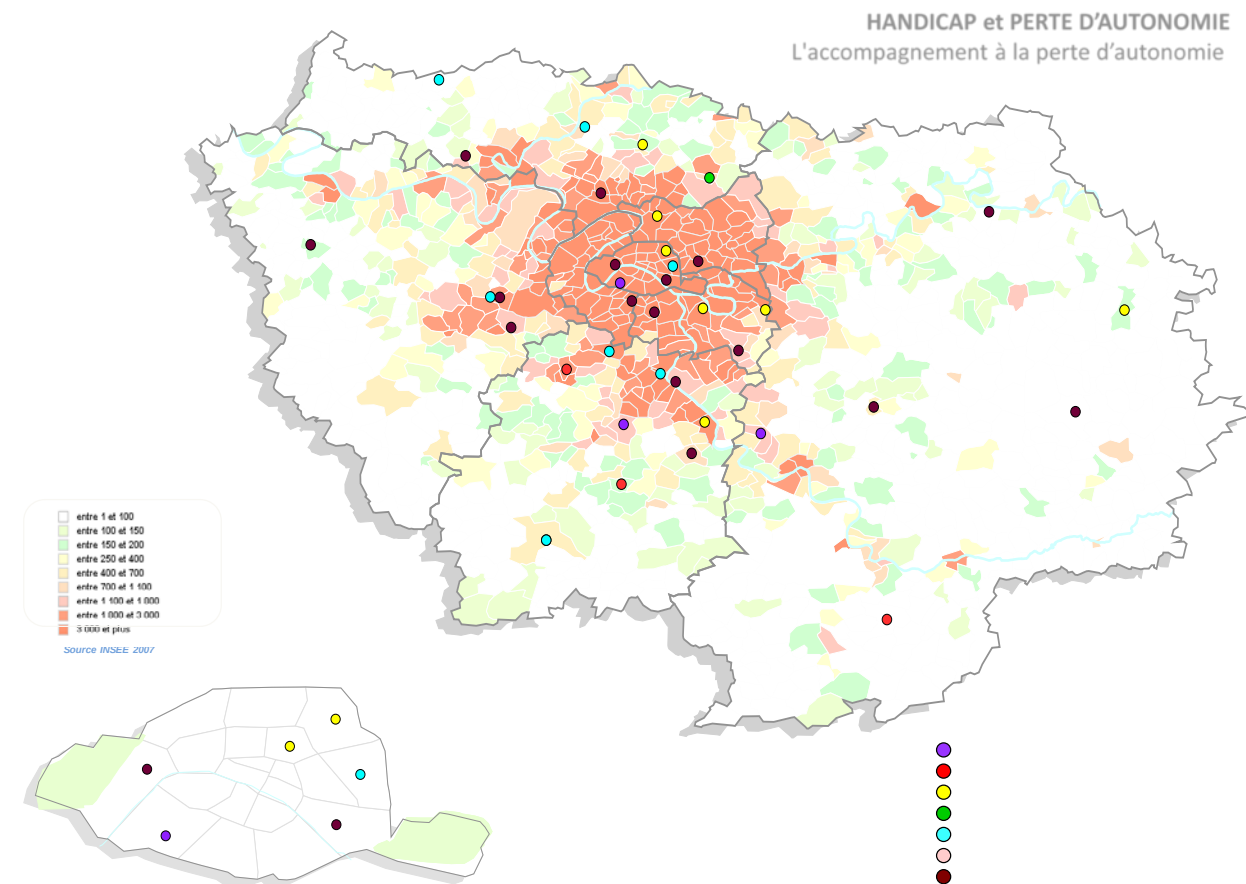
¹¹ OPUS 3 –DGAS Rapport final novembre 2009. Appui des services de l'état à la modernisation et au développement des établissements et services d'aide par le travail dans leurs missions médico-sociale et économique

¹² ACTION EXPERIMENTALE 2009-2011 Ce dispositif expérimental d'appui et de mise en relation des employeurs et des ESAT a fait l'objet d'une convention signée le 5 mai 2009 entre l'Etat, l'AGEFIPH et l'APAJH.

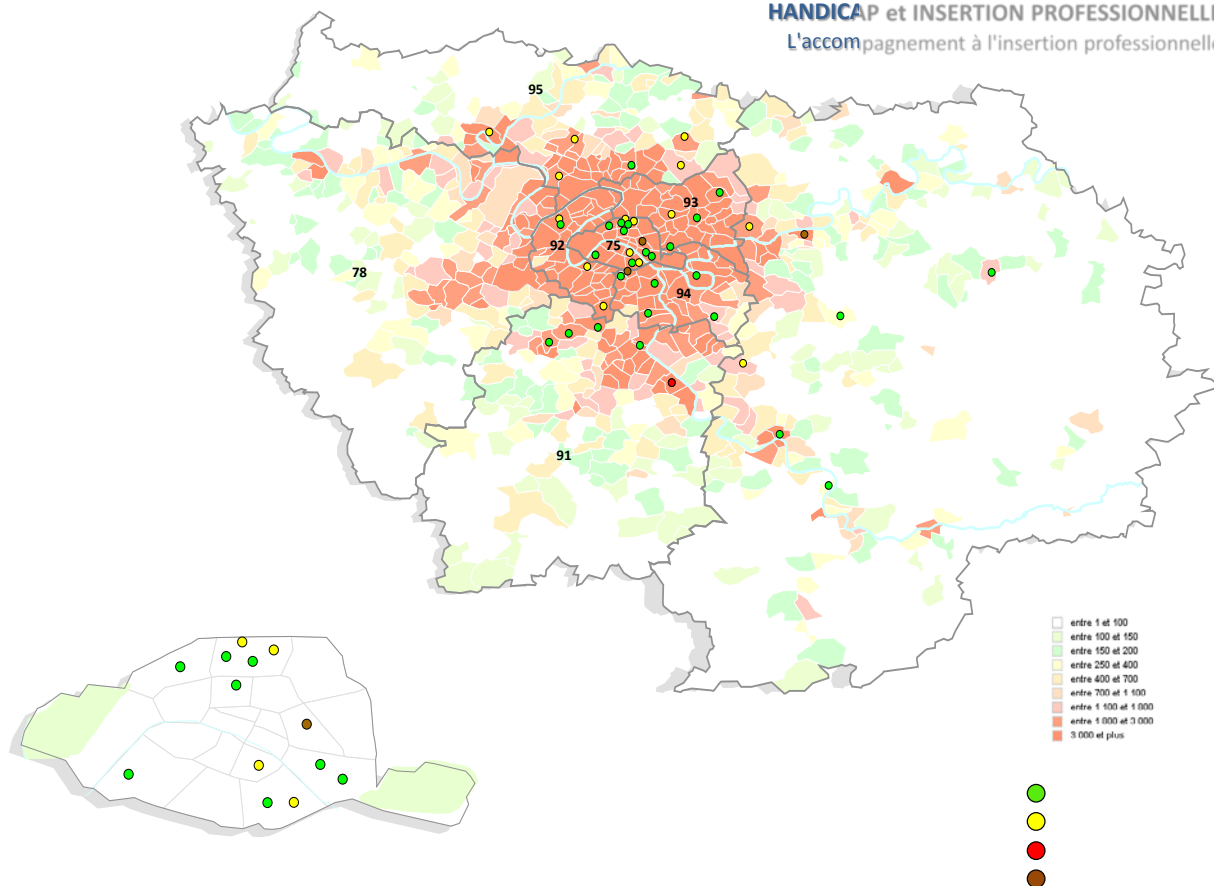
1.3.3.3 Personnes handicapées vieillissantes et perte d'autonomie

Cartographie



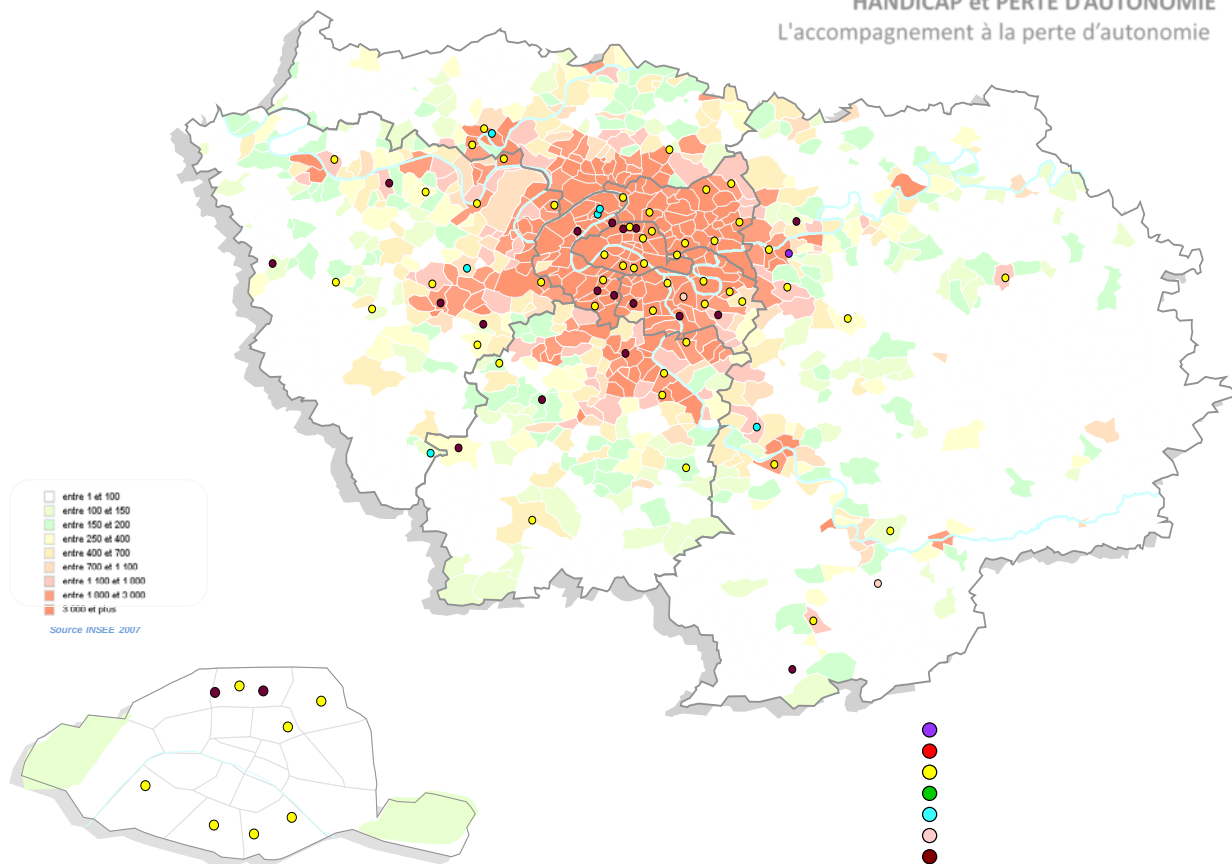


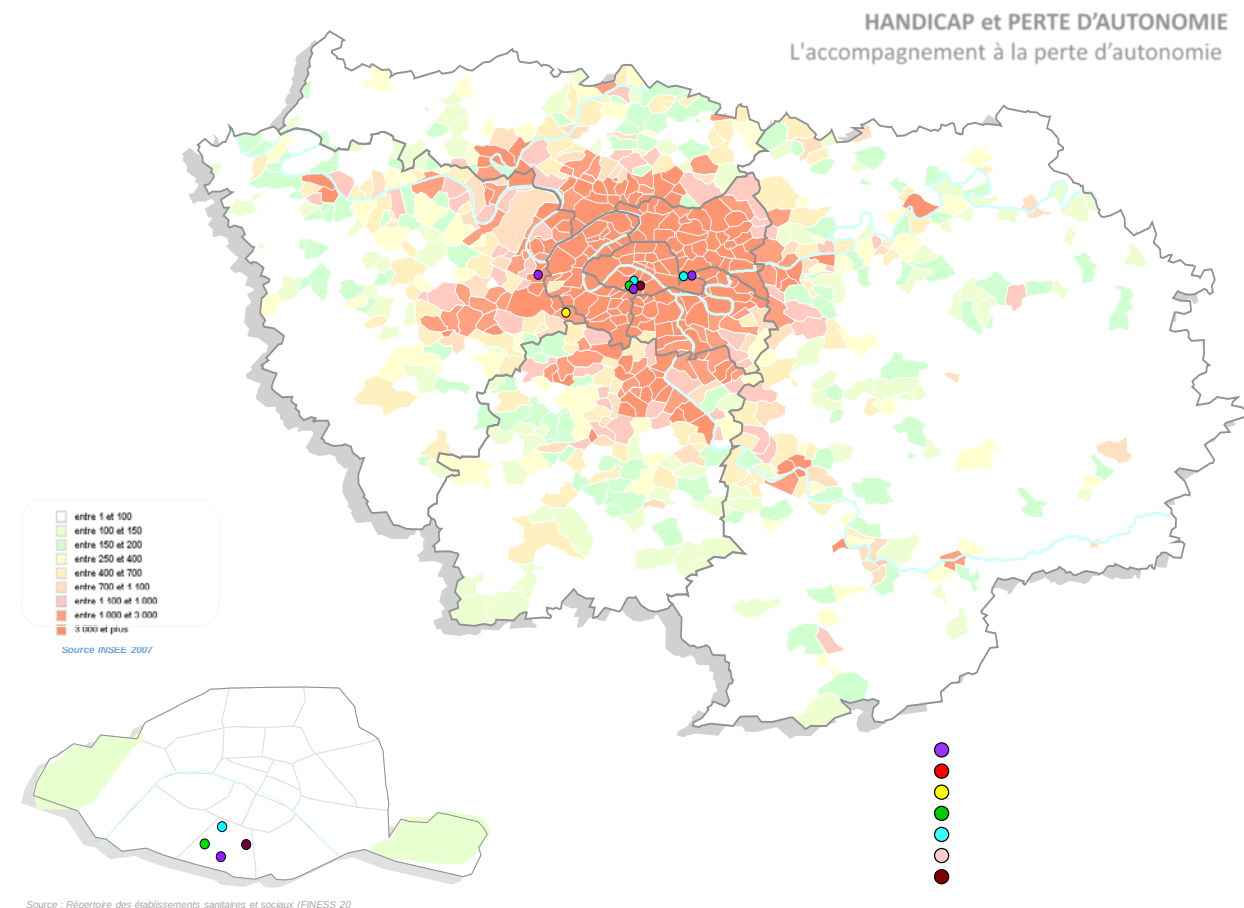
HANDICAP et INSERTION PROFESSIONNELLE L'accompagnement à l'insertion professionnelle





HANDICAP et PERTE D'AUTONOMIE L'accompagnement à la perte d'autonomie





Un aspect de cette problématique est celui de l'évaluation du nombre de personnes handicapées vieillissantes en perte d'autonomie dans les établissements médico-sociaux et à domicile. On peut estimer que ce nombre doit viser les personnes de 40 à 60 ans, puisque les problèmes liés au vieillissement vont impacter, selon les pathologies, certaines personnes dès 40 ans (ex : personnes atteintes de trisomie 21).

D'autres populations ne sont pas identifiées par le prisme du vieillissement. Certaines, prises en charge en établissement, y resteront toute leur vie et seront répertoriées de manière non spécifique au sein de la population globale de la structure (ex : personnes traumatisées crâniennes). L'enquête ES 2010, en cours d'exploitation, permet d'ores et déjà de constater que 47 % des personnes accueillies dans les structures médico-sociales pour adultes sont âgées de plus de 40 ans et sont potentiellement concernées par la perte d'autonomie. Pour les personnes vivant à domicile, le chiffrage est rendu plus complexe.



En ce qui concerne l'évaluation du besoin éventuel d'accompagnement de ces personnes, il est réalisé dans les établissements, par le médecin de la structure et au domicile par le médecin traitant référent.

Certains établissements ont mis en place des grilles d'évaluation du vieillissement, mais aucune grille n'est actuellement modélisée pour l'ensemble des professionnels.

Il conviendrait donc d'élaborer un outil commun sur cette problématique particulière.

- **Problématiques de la prise en charge en établissements médico-sociaux**

De nouveau apparaît la difficulté du repérage officiel des personnes handicapées vieillissantes. Si certaines structures ont reçu une autorisation et un agrément pour ne recevoir que ce type de population, on peut considérer que toutes les structures accueillant une population handicapée adulte seront confrontées au problème du vieillissement de leurs résidents.

Le maintien des personnes handicapées vieillissantes dans les structures médico-sociales va les confronter à un certain nombre de problématiques¹³ :

- les résidents vont passer par différents statuts
Personne handicapée → PH vieillissante → personne âgée
- le maintien dans les établissements médico-sociaux des personnes handicapées vieillissantes va ralentir le turn-over des résidents, en particulier les admissions des résidents jeunes
- la formation du personnel devra tenir compte de cette dimension du vieillissement aussi bien pour l'accompagnement médical (pathologies liées au vieillissement), paramédical et social (par exemple les animations)
- la présence de professionnels que l'on ne retrouve pas dans les établissements pour personnes âgées (psychomotriciens, kinésithérapeutes...)

Il sera nécessaire de prendre en compte l'ensemble de ces questionnements.

- **Personnes handicapées vieillissantes en ESAT**

L'exploitation de l'enquête ES 2010 en Ile-de-France a recensé environ 13 000 travailleurs handicapés en ESAT, répertoriés par classes d'âge. Les premiers chiffres qui se dégagent de cette enquête font état d'une majorité de travailleurs en ESAT à temps plein, environ 11 000.

¹³ Dossier technique de la CNSA : aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes



Néanmoins on compte déjà quelque 800 travailleurs à temps partiel, auxquels s'ajoutent des travailleurs à temps partiel bénéficiant d'activités occupationnelles, environ 300.

S'agissant des personnes âgées de plus de 40 ans accueillies en ESAT, 422 d'entre elles sont sorties de leur ESAT au cours de l'année 2010.

11% d'entre elles se retrouvent à domicile, sans activité, sans prise en charge ni attente de prise en charge médico-sociale.

Si 21 % des personnes étaient logées en foyer d'hébergement pendant leur activité en ESAT, elles ne sont plus que 12 % après leur sortie. Garder une place en foyer demeure très problématique à l'issue d'une activité en ESAT.

La sortie est souvent liée au vieillissement des personnes qui ne peuvent plus assumer un travail à temps complet. Les modes d'accompagnement existants en Ile-de-France (ESAT à temps partiel couplés avec des accueils de jour et possibilité du maintien en foyer d'hébergement par exemple) ne sont pas assez développés et seulement 12 % des personnes handicapées vieillissantes de plus de 40 ans bénéficiaient d'une activité à temps partiel au 31 décembre 2010.

A l'inverse, chaque année des personnes handicapées de moins de 60 ans, sont accueillies par défaut au sein d'EHPAD, voire d'USLD. Ces personnes peuvent aussi bien relever de foyer de vie, de FAM que de MAS. Il serait intéressant que soit étudiées les motivations et la démarche des établissements qui accueillent des personnes de moins de 60 ans, le devenir de ces personnes tant quantitativement que qualitativement, et les conséquences sur la tarification appliquée.

En conclusion à ce chapitre, il semble nécessaire de renforcer le dispositif d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Compte tenu des équipements installés, il conviendrait de s'assurer de l'existence à minima d'une structure ou d'un système d'accompagnement par territoire.

Par ailleurs, il pourrait être acté que chaque personne puisse disposer d'un projet personnalisé d'accompagnement dans les structures qui les accueillent.



1.3.4 Autres spécificités du secteur personnes handicapées : les situations complexes de handicap

La diversité des modes d'accompagnement (au long cours), des modes de financement et des différentes déficiences dans le secteur du handicap ne facilitent pas la fluidité du parcours et les actions qui pourraient être préconisées doivent tenir compte de ces spécificités.

En outre, en terme de déficience, si un grand nombre de problématiques similaires peuvent être identifiées, les parcours de vie seront différents suivant les handicaps : par exemple les actions d'intégration dans la vie sociale, scolaire et professionnelle ne seront pas les mêmes pour une personne souffrant d'autisme, une personne ayant des troubles psychiques ou une personne déficiente auditive.

1.3.4.1 L'autisme et les troubles envahissants du développement (TED)

DIAGNOSTIC REGIONAL : La publication en 2008 du Plan National Autisme a marqué une nouvelle étape de la politique en faveur des personnes souffrant d'autisme et de troubles envahissants du développement.

Ce plan a permis d'accomplir des progrès notables. La mobilisation des familles, des associations et des pouvoirs publics a fait de l'autisme une priorité de l'action publique, tant en matière de connaissance de l'autisme, de dépistage et d'accompagnement des personnes que de diversification des approches.

- **Prévalence:**

La prévalence actuelle des TED, estimée à partir des études publiées depuis 2000, est de 6 à 7 pour 1 000 personnes de moins de 20 ans, soit un enfant atteint d'un TED sur 150 enfants¹⁴. En utilisant les projections de la population 2010 pour la région Ile-de-France, on peut estimer qu'entre 18 173 et 21 202 jeunes de moins de 20 ans sont atteints d'un TED dans la région.

¹⁴ Haute Autorité de Santé [2010] Autisme et TED, État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale.



La prévalence estimée pour l'autisme infantile est de 2 pour 1 000 personnes de moins de 20 ans.

- **Pathologies et troubles associés :**

De nombreux troubles ou pathologies peuvent être associés aux TED. Les associations les plus fréquentes sont le retard mental, l'épilepsie, les troubles psychiatriques et certaines maladies génétiques, comme le syndrome de Rett, le syndrome du X-fragile. D'autres pathologies, en particulier somatiques, peuvent coexister.

- **Les équipements :**

Si depuis la mise en œuvre du Plan Autisme 2008-2010, l'offre d'accueil médico-social a plus que doublé par rapport à 2007, le nombre de places agréées pour accompagner les enfants et les adultes souffrant d'autisme et de TED ne représentent que 5% du total de l'équipement médico-social en faveur des personnes handicapées du secteur enfance et seulement 3 % pour le secteur adultes. On constate par ailleurs de fortes disparités entre les différents territoires, et un écart considérable entre les taux d'équipement pour les enfants (0,46 au 31 décembre 2010) et les taux d'équipement pour les adultes (0,10 au 31 décembre 2010).

Le nombre de places installées au 31 décembre 2010 est ainsi de 1404 places pour les structures pour enfants (1032 en IME et 372 en SESSAD) dont 194 places créées au titre de la mesure 29 du plan autisme (« promouvoir une expérimentation encadrée et évaluée de nouveaux modèles d'accompagnement »). Ce nécessaire travail d'évaluation des nouveaux outils doit permettre une mise en commun des pratiques avec les structures traditionnelles au profit des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement. A ce titre, l'Ile-de-France est la région la mieux pourvue en structures expérimentales.

S'agissant de l'accompagnement des adultes, la capacité régionale de l'offre en établissements au 31 décembre 2010 est de 658 places (346 en MAS, 312 en FAM). Par ailleurs, un seul SAMSAH sur la région est spécialisé dans l'accompagnement des autistes (Val-de-Marne).

Un des enjeux majeurs est de corriger **les inégalités territoriales et l'écart des taux d'équipement enfance-adultes**.

Cependant, comme sur l'ensemble du champ du handicap, **l'évaluation des besoins** est particulièrement difficile et incomplète (absence de données MDPH, méconnaissance des personnes dites « sans solution » ou accueillies dans des structures belges or les personnes autistes ou présentant des TED sont présentes dans ces deux catégories et accueil dans des établissements pour déficients intellectuels et des MAS ou FAM non spécifiques).

Les premiers résultats de l'enquête ES 2010 font ressortir que sur 2363 enfants autistes ou atteints de TED recensés, 1657 d'entre eux sont accueillis en IME et en semi-internat (77 %).



La moyenne d'âge la plus représentative se situe entre 6 et 9 ans. Pour les adultes 1457 personnes ont été recensées. La répartition sur les différentes structures est plus diversifiée : 292 en ESAT, 376 en MAS, 287 en Foyer de vie, 332 en FAM. La moyenne d'âge la plus représentée se situe entre 18 et 24 ans.

Le maintien de jeunes adultes autistes au sein des établissements de l'éducation spéciale (ex aménagement Creton) dans l'attente d'une orientation ou d'un placement n'est pas plus marqué que pour les autres déficiences ou handicaps (environ 4% de personnes concernées).

L'amélioration de l'accompagnement ne doit pas se réduire à une augmentation quantitative de l'offre. Elle doit en priorité passer par une **organisation territoriale de l'offre optimisée, adaptée et coordonnée afin de favoriser la continuité du parcours de vie de la personne**. On peut par exemple étudier la possibilité de créer des petites unités pour autistes par redéploiement de places dans des structures pour déficients intellectuels mais, en tout état de cause, cette perspective ne peut se faire que dans une démarche d'accompagnement du personnel, avec la mise en place de formations spécifiques et une étude des moyens financiers mis à disposition. Il convient de favoriser toutes formes de mise en réseau qui permettent aux professionnels de ne pas rester seuls face aux cas les plus compliqués et de trouver, autant que faire ce peut, des modes de résolution globaux aux situations complexes.

- **Les différentes étapes du parcours de soins et d'accompagnement :**

Concernant le repérage des troubles et le diagnostic, malgré des progrès significatifs, force est de constater que le diagnostic est encore trop tardif et qu'il existe un délai important entre le repérage des premiers troubles et l'accès à un diagnostic et une évaluation. Or il est attesté qu'un diagnostic peut être posé de façon fiable à partir de 3 ans. L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a mis en place un groupe de travail sur l'amélioration du repérage, de l'accompagnement, l'évaluation et la confirmation du diagnostic des TED et l'accompagnement de l'enfant et de sa famille pour les enfants de moins de 6 ans.

Actuellement 7 centres de diagnostic et d'évaluation autisme (CDEA) sont conventionnés avec le Centre de Ressources Autisme d'Ile de France (CRAIF) à Paris (4), dans le Val-de-Marne (1) Deux CDEA ont été conventionnés en 2012 : Lagny en Seine-et-Marne et Versailles dans les Yvelines. Les délais d'attente pour accéder à ces centres sont très longs (plusieurs mois).

Il est nécessaire, conformément aux dispositions de la circulaire du 27 juillet 2010 relative à la mise en œuvre régionale du plan autisme, de revoir **l'organisation territoriale du repérage et du diagnostic par la mise en place d'un dispositif gradué** en réaffirmant le rôle des acteurs de proximité (PMI, CAMSP, médecine de ville, CMPP...), le développement d'équipes hospitalières multidisciplinaires de première ligne dans le diagnostic des cas simples, l'accès aux CDEA étant réservé aux cas complexes ou sujets à discussion.



Pour les adultes, on constate un sous-diagnostic qui engendre une prise en charge retardée et inadaptée. Jusqu'à présent, la région ne disposait pas de centre de diagnostic pour adultes. Pour répondre à cet enjeu prioritaire, L'Agence Régionale de Santé a lancé fin 2011 un appel à candidature et a retenu l'équipe de la Pitié Salpêtrière.

S'agissant des adultes, l'offre spécifique n'est pas suffisamment développée.

Concernant les adultes autistes de haut niveau et Asperger, l'Unité Mobile Interdépartementale (UMI) de Paris fait ressortir des demandes d'interventions suite à des situations de crise chez ces personnes. Le CRAIF semble être interpellé également par des situations de souffrance de ces personnels au travail. Dans ces conditions, il semble que des actions spécifiques à destination de ces personnes devraient être réalisées : soutien à l'insertion sociale et professionnelle par des services d'accompagnement tout au long de la vie, mais également des actions plus ciblées entre 18 et 25 ans (périodes de décompensation, dépressions, de désinsertion) et actions d'information auprès de la médecine du travail, et des services de santé universitaire.

En ce qui concerne les structures de travail adapté, l'Ile-de-France recense seulement 3 ESAT : 2 à PARIS et 1 ESAT dans le Val d'Oise (horticulture, menuiserie, restauration, travail artistique et de création...).

D'une manière générale, l'insertion sociale et professionnelle a été peu prise en compte ces dernières années pour les personnes autistes en Ile-de-France, et il pourrait être intéressant de développer une recherche-action dans ce domaine pour mieux cibler les actions à mettre en œuvre en faveur des adultes autistes.

- **L'amélioration de la qualité de la prise en charge :**

Les résultats de l'étude des modalités d'accompagnement des personnes avec troubles envahissants du développement (TED) dans trois régions françaises (qui implique les départements de Seine-et-Marne et de Seine-Saint-Denis), publiés en mars 2011, effectuée dans le cadre de la mesure 28 du plan autisme, ont permis d'apporter des éléments de diagnostic quant à la qualité de l'accompagnement.

Il apparaît que « les pratiques d'accompagnement restent encore peu spécifiques au regard des problématiques effectives des personnes avec TED », plus particulièrement dans les structures pour adultes. S'il existe des activités spécifiques pour favoriser la communication dans les établissements et services pour enfants, le pourcentage de structures qui utilisent les méthodes de communication « augmentée » et la fréquence des activités restent faibles et seuls certains enfants en bénéficient.

Les évaluations internes et externes, les CPOM doivent constituer un levier pour promouvoir la prise en charge spécifique des personnes autistes ou présentant des TED. La nécessité de



former le personnel, de diffuser les recommandations de bonnes pratiques émises par la HAS et l'ANESM, le corpus commun de connaissances de la HAS et de s'assurer de leur appropriation est affirmée. Les appels à projets, par la diffusion de cahiers des charges sont également un moyen de promouvoir des critères de qualité (bonnes pratiques, spécificités architecturales ...).

La mesure 5 du plan autisme a permis la formation de 26 formateurs en octobre 2011. Ainsi chaque département dispose de personnes ressources à même de diffuser des connaissances actualisées sur l'autisme et les TED auprès des acteurs du champ de l'autisme et des familles. A souligner que cette mesure n'est pas assortie de crédits fléchés. L'Agence Régionale de Santé a décidé de promouvoir et financer des actions de sensibilisation à l'état des connaissances et aux recommandations de la HAS en faveur des secteurs sanitaires et médico-sociaux. Une collaboration conjointe avec l'Education Nationale devrait également permettre une diffusion large de ces connaissances en faveur du personnel des trois académies. Le redéploiement de cette mesure devrait être réalisée jusqu'en 2013-2014.

Le Centre de Ressources Autisme d'Ile de France (CRAIF) et les centres de diagnostic et d'évaluation ont un rôle fondamental au sein de la région, en matière notamment d'animation du réseau des acteurs, de diffusion des connaissances, d'information et de formation des professionnels, auprès des familles et de travail conjoint avec les MDPH. Ces missions concourent à la qualité de l'accompagnement des personnes autistes ou présentant des TED.

- **Le soutien des professionnels :**

A l'instar de ce qui est préconisé dans les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP), le soutien des personnels doit être défini dans le projet d'établissement : actions de formations, mais aussi actions de soutien qui peuvent prendre la forme d'actions de supervision, d'analyse des pratiques, par un psychologue extérieur à la structure, essentielles pour mener une action de qualité, dans la durée.

- **Le soutien des aidants**

S'agissant du soutien aux aidants, un dispositif expérimental en Ile-de-France, les Unités Mobiles Interdépartementales (UMI) et l'Unité Sanitaire Interdépartementale d'Accueil Temporaire d'Urgence (USIDATU), est destiné à aider et soutenir les institutions et/ou familles confrontées à des situations complexes de personnes autistes ou présentant des TED, en articulation et en complémentarité avec le dispositif existant.

Trois UMI couvrent le territoire francilien depuis fin 2009. Elles s'appuient sur l'USIDATU qui a ouvert en juin 2012. Cette unité a pour missions l'accueil en urgence, l'évaluation des situations dans toutes leurs dimensions (médico-psycho-socio-éducative), l'apaisement de la crise et l'organisation du projet de réinsertion à la sortie.



Si ce dispositif existe, il convient cependant d'aider les familles en amont des situations de crise, d'épuisement par la création de structures de répit.

1.3.4.2 L'accompagnement du handicap psychique

- **Définition :**

Le handicap psychique a pour origine une **maladie psychiatrique** qui apparaît dans l'**enfance**, à l'**adolescence** ou à l'**âge adulte**. Les **capacités intellectuelles** peuvent être soit **conservées**, soit **affectées**.

Le handicap est dû aux **troubles de la personnalité** et du **jugement** et entraîne des difficultés à s'adapter en société. Le handicap est **durable** ou **épisode**. Il existe des **périodes de rémission** et de réduction de symptômes de la maladie.

Les difficultés entraînent des **problèmes de relation** à soi et aux autres. Le plus souvent, le **repli sur soi** entraîne un **isolement** et une vie qui se situe en dehors de la société.

Toutes ces caractéristiques distinguent le handicap psychique du handicap mental. Le handicap mental se manifeste par une déficience intellectuelle stable, durable et irréversible.

- **Faits marquants sur le handicap psychique ces dernières années :**

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a permis de grandes avancées pour les personnes handicapées psychiques :

- tout d'abord la loi procède à la reconnaissance du handicap psychique

Jusqu'à la loi du 11 février 2005, le handicap psychique était généralement occulté, parfois reconnu mais a minima, ou confondu avec le handicap mental. Le rapport Charzat, publié en mars 2002, a contribué à encourager cette reconnaissance du handicap psychique. Ensuite, la loi a créé les groupes d'entraide mutuelle (GEM) afin de tenter de rompre l'isolement des personnes souffrant de troubles psychiques. Ce dispositif a vocation à agir tant au titre de la prévention que de la compensation. L'accès aux GEM est libre, il n'est pas nécessaire d'avoir une notification de la CDAPH.

La prise en considération du handicap psychique fait désormais consensus et une organisation commence à se mettre en place afin de mieux évaluer et accompagner la personne handicapée psychique :

- au sein des MDPH tout d'abord qui, sous l'impulsion des travaux de la caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA), investissent la problématique du handicap



psychique en s'appuyant sur de nouveaux outils. Les grilles d'évaluation des besoins (GEVA) sont complétées par des questionnaires spécifiques destinés aux équipes médicales, à la personne et à ses aidants pour éclairer l'expression du projet de vie ;

- dans les dispositifs de prise en charge ensuite, où l'on a vu apparaître des places réservées à ce handicap dans les établissements, voire des services d'accompagnement spécifiquement dédiés parmi lesquels les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), ou d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH pour personnes handicapées psychiques).

• Quelques chiffres sur la déficience psychique :

- Selon le rapport sur la santé mentale, les troubles psychiques sévères concernent **3 à 5% de la population française**.
- 1/3 des personnes sans domicile fixe souffre de handicap psychique.
- Pour l'Union Nationale des Familles ou Amis de personnes Malades ou Handicapées (UNAFAM), **1 personne sur 100 souffre de schizophrénie**, soit 600 000 personnes en France.
- Une autre étude indique qu'en France, environ **1,1 % de la population est touchée par la schizophrénie**, soit 635 000 cas¹⁵, (avec **229 000 cas en région parisienne**¹⁶) dont 26 000 patients entre 15/25 ans.
- 10 à 20 % des schizophrènes se suicident¹⁷ : la schizophrénie est une cause importante de surmortalité prématurée en France. Le **taux de suicide** chez ces patients est de 30 à 40% supérieur à celui de la population générale¹⁸.
- **33 % de ces patients** sont pris en charge à **temps complet** dans **une institution** en France¹⁹.
- La prévalence combinée schizophrénie et troubles bipolaires entre 15-19 ans est évaluée à 4 cas pour 100.000 adolescents²⁰.

¹⁵ Panel DOREMA. Etude Permanente de la Prescription Médicale Eté 2003. Echantillon de 5 600 médecins informatisés

¹⁶ Direction Générale de la Santé. Projet de Loi d'Orientation de Santé Publique, Groupe Technique National de Définition des Objectifs, 10 mars 2003

¹⁷ Selon une étude menée par le réseau PréPsy (03/02/05), 3000 décès par an sont imputables à la schizophrénie.- « Le médecin libéral acteur clé de la détection des schizophrénies » DGS, Projet de loi d'orientation de Santé Publique

¹⁸ Etude LEEM, 2006, Besoins non couverts en France

¹⁹ Rapport DREES 2007



Les données actuelles ne permettent pas d'appréhender précisément la réalité du handicap psychique en France. Parcellaires, ces données recensent un certain nombre de pathologies sans toutefois prendre la mesure exacte du type et du degré de handicap. Bien que les enquêtes réalisées dans la population générale soulignent qu'environ 30 % des français seraient concernés par un problème plus ou moins grave de santé mentale (troubles anxieux, de comportements, de l'humeur, ou liés aux addictions), il reste impossible de déterminer la part des personnes dont l'altération psychique entraîne un handicap réel.

DIAGNOSTIC REGIONAL :

- **L'équipement pour les jeunes présentant des troubles psychiques au 31 décembre 2010**

Il n'existe aucune structure agréée pour les enfants et adolescents. Cela laisse supposer que les enfants présentant des troubles psychiques sont répartis dans les IME, ITEP et SESSAD.

Cette absence de structures dédiées aux jeunes déficients psychiques dans le secteur médico-social est liée à l'apparition souvent tardive de ces troubles, à l'adolescence généralement et à une prise en charge exclusivement sanitaire (notamment en hôpital de jour).

Le rapport IGAS²¹ sur le handicap psychique souligne : « *Le concept de handicap, fréquemment associé à une temporalité longue, est délicat à manier et à utiliser chez l'enfant dans la mesure où il s'agit d'un être en croissance, possédant en conséquence de très larges possibilités d'évolution* ».

- **L'équipement en faveur des déficients psychiques financé par l'assurance maladie**

Il représente en Ile-de-France 8 % du total de l'équipement pour adultes handicapés.

L'Ile-de-France compte **1 334 places dédiées aux déficients psychiques adultes** : elles sont réparties à 60% en MAS et FAM, 35% en SAMSAH et 5% en centre de pré orientation professionnelle.

Le taux d'équipement global sur la région est **0.21 places pour 1 000 habitants**.

Néanmoins, ce taux subit de fortes disparités entre les différents départements puisqu'il varie de 0.41 en Seine-et-Marne à 0.10 à Paris.

²⁰ Pr Danièle Sommelet : Rapport « L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé ». 20Prévention et 06

²¹ La prise en charge du handicap psychique, Inspection Générale des affaires sociales, août 2011.



Le bilan est difficile à établir de manière exhaustive car la déficience psychique n'est pas systématiquement pointée dans les agréments officiels: Certains établissements sont agréés pour des déficients intellectuels mais accueillent également des personnes handicapées psychiques. Des services sont polyvalents et non spécifiques.

Une étude récente du CREAHI²² souligne les qualités propres aux services d'accompagnement pour les personnes souffrant de handicap psychique (place citoyenne de la personne accompagnée, intégration dans le milieu ordinaire...) et le nécessaire développement de ces dispositifs souples. Néanmoins, avant de développer ces structures il faudra s'interroger sur la spécialisation nécessaire de ces services en fonction du profil de public et sur l'intérêt et le contenu de leur éventuelle médicalisation.

Le rapport du CREAHI insiste également sur le fait que la mise en place de ces services ne peut s'inscrire que dans un maintien, voire dans un développement des structures sanitaires ambulatoires. En effet si les soins psychiatriques sont absents, insuffisants ou inadaptés, les effets de la maladie psychique, qui impactent d'abord la relation aux autres vont se répercuter dans tous les domaines de la vie et risquent de compromettre l'efficacité de ces services.

- **Les autres structures accueillant des handicapés psychiques non financées par l'assurance maladie.**

La création des groupes d'entraide mutuelle (GEM) permise par la loi de 2005, est une avancée très positive en faveur des usagers.

En 2010, il existe en France 340 GEM. En région d'Ile-de-France, on en dénombre 45 inégalement répartis sur la région, dont 3 GEM spécialisés pour l'accueil des traumatisés crâniens et cérébro-lésés (TC-CL).

Ces structures représentent un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en situation de grande fragilité.

En ce qui concerne les structures de travail adapté, l'Ile-de-France recense 1 761 places²³ identifiées pour accueillir des personnes handicapées psychiques, soit près de 11 % de l'équipement global en places d'ESAT. Toutefois, ces chiffres sont à prendre avec précaution

²² « Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? » CEDIAS – CREAHI, synthèse octobre 2010

²³ Enquête ORS du 23 04 2009



puisque certains établissements n'ont pas forcément renseigné le type de handicap (déficience parfois répertoriée dans la catégorie du handicap mental).

Les entreprises adaptées (ex-ateliers protégés) accueillant des personnes handicapées psychiques sur la région sont au nombre de 6²⁴.

D'une manière générale, la connaissance de l'offre existante n'est pas exhaustive et il conviendra de se doter des moyens nécessaires pour disposer d'une vue régionale des différentes modalités d'accompagnement du handicap psychique. De même, la connaissance des besoins reste partielle en raison d'une limite des études épidémiologiques, surtout centrées sur les pathologies, et de la complexité de leur évaluation.

Le bilan de l'offre doit aussi prendre en compte les placements en Belgique, orientations qui sont parfois liées à des effets de filière hospitalière.

- **Les pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées psychiques.**

- ***La prévention et la détection précoce des troubles psychiques***²⁵

Ainsi que l'indique la Fédération Nationale des Associations Gestionnaires au service des Personnes Handicapées et fragiles (FEGAPEI) dans ses propositions et axes de travail, le handicap psychique est très difficile à identifier précocement et rien n'a été développé pour permettre de le diagnostiquer. Or, plus le diagnostic est tardif, plus s'ajoutent à la situation initiale des handicaps associés.

- ***Collaboration entre le sanitaire et le médico-social sur le territoire***

Le caractère très déficitaire de l'offre de soins en santé mentale dans plusieurs départements franciliens, impacte nécessairement sur la coordination entre le sanitaire et le médico-social dans ces territoires (détection, prise en charge des périodes de crise, etc.). Elle constitue un obstacle notable au bon fonctionnement des établissements médico-sociaux et au parcours de soin des patients. Cette situation doit être prise en compte dans le SROS.

L'intervention psychiatrique urgente dans les situations de crise est un sujet particulièrement sensible et nécessite une étroite coopération entre les secteurs de psychiatrie et les établissements médico-sociaux. En l'absence d'implantation sur l'ensemble du territoire régional

²⁴ Source ORS 23 04 2009

²⁵ Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, rapport sur la prise en charge psychiatrique en France – 12 pistes de proposition pour la santé mentale



d'équipes mobiles de psychiatrie (psychiatres, infirmiers psychiatriques) ou de dispositifs reposant sur des conventions de collaboration entre établissements, l'articulation entre les différents champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux ne peut fonctionner correctement.

Le rôle de l'ARS consiste à susciter des partenariats entre toutes les parties prenantes en utilisant les outils de coopération et de contractualisation, comme par exemple l'étude de la faisabilité d'une mise en commun des temps de psychiatres, dans un contexte de démographie médicale compliquée, entre les établissements médico-sociaux et établissements de santé.

Enfin, une orientation des populations actuellement prises en charge par le secteur sanitaire (structures psychiatriques) vers un accompagnement médico-social adapté doit être étudiée. En raison du nombre d'hospitalisations inadéquates supposées dans le sanitaire, le secteur médico-social pourrait bénéficier à cette fin de la fongibilité asymétrique des enveloppes.

- *Faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées psychiques*

Les personnes présentant des souffrances psychiques cumulent les difficultés pour accéder aux soins.

Tout d'abord, le système de soins est engorgé et on estime que ce phénomène prive un tiers des schizophrènes et la moitié des patients dépressifs de l'accès à un traitement ou à des soins simples et abordables.

Ensuite, contrairement à ce qui se passe pour les pathologies somatiques, la demande n'est pas forcément exprimée, ni bien formulée pour les personnes souffrant de troubles psychiques. En effet, la maladie entraîne des problèmes de la relation à soi et aux autres ainsi qu'un repli sur soi. Les personnes souffrant de handicap psychique auront donc moins recours au système de soins que ce soit pour leur trouble psychique ou pour des problèmes de santé somatiques.

- *L'amélioration de l'accompagnement :*

L'information sur la diversité des intervenants et les dispositifs de réponse existant en santé mentale et pour les personnes handicapées psychiques est le plus souvent disséminée et difficilement accessible tant aux usagers qu'aux professionnels. Ce sont autant d'obstacles à l'accès des personnes aux soins, des usagers aux droits, aux structures et à la mise place d'un travail partenarial par les professionnels.

Enfin, plus que d'autres handicaps, les personnes souffrant de troubles psychiques ont un besoin essentiel d'accompagnement de proximité et au quotidien. Le rôle des aidants familiaux et/ou professionnels est indispensable mais nécessite que des solutions de soutien aux aidants soient mises en place, notamment pendant les situations de crise, d'épuisement.

- *L'accès au logement*

La question du logement revêt un aspect particulièrement crucial dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques. Une action du volet SROS psychiatrie vise à favoriser l'accès au logement et à l'amélioration de la vie quotidienne.



1.3.4.3 La prise en charge de la surdité de 0 à 20 ans en Ile-de-France : diagnostic et orientations

Population concernée

Un enfant sur 1 000 naît chaque année en France avec une déficience auditive ou est dépisté en tant que tel avant l'âge de 2 ans²⁶. A ce chiffre, il faut ajouter les surdités acquises ou celles qui évoluent avec le temps. Cela représente en Ile-de-France environ 5 000 enfants sourds entre 0 et 20 ans.

Il est à noter que parmi les déficients auditifs âgés de moins de 20 ans, 42 % déclarent une autre déficience²⁷.

Eléments de diagnostic

L'accueil par le dispositif médico-social

- Il n'y a pas de diminution du nombre d'enfants sourds présents dans le dispositif médico-social entre 2001 et 2006. Par contre on constate que la part des enfants pris en charge par les Services de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire SSEFIS augmente (+17 %) et celle prise en charge par les établissements diminue (-17 %) (Une analyse approfondie d'ES 2010 permettra de voir l'évolution actuelle).
- Le public accueilli en établissement présente de plus en plus fréquemment des handicaps associés, une souffrance psychologique qui se traduit par des troubles du comportement et une désadaptation des lieux scolaires et éducatifs spécialisés²⁸. Par ailleurs l'entrée dans le secteur médico-social intervient régulièrement après un échec en milieu ordinaire.
- Le dispositif médico-social représente en Ile-de France 1 961 places qui se répartissent à 51 % dans les services (SSEFIS, Services d'Accompagnement Familial et d'Education

²⁶ Plan 2010 – 2012 en faveur des personnes sourdes ou malentendantes, Paris 10 février 2010

²⁷ Etude DREES, le handicap auditif en France, apports de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance, 1998 – 1999

²⁷ Coordination des soins en santé mentale de l'enfant sourd, étude des besoins en soins psychiques des jeunes sourds de 12 à 20 ans sur la région francilienne 2008 – 2009.

²⁸ Coordination des soins en santé mentale de l'enfant sourd, étude des besoins en soins psychiques des jeunes sourds de 12 à 20 ans sur la région francilienne 2008 – 2009.



Précoce SAFEP) et à 49 % dans les établissements (Sections d'Education et d'Enseignement Spécialisés SEES, Sections pour Enfants avec Handicaps Associés SEHA, Sections d'Initiation et de Première Formation Professionnelle SIPFP). A ces places, il faut ajouter 4 CAMSP qui ont une spécialisation dans l'accueil des enfants sourds. Il y a toutefois quelques structures en sous-occupation.

- L'offre est inégalement répartie sur les différents départements d'Ile-de-France. Paris et les Hauts-de-Seine concentrent 70 % des places en établissement et 47 % de l'offre globale, entraînant de nombreux déplacements infra-régionaux.

Un diagnostic de la surdité tardif et dont les modalités de mise en œuvre font débat

- Le diagnostic de la surdité en Ile-de-France est généralement tardif puisqu'il intervient en moyenne à 17 mois pour une surdité profonde, 20 mois pour une surdité sévère et 48 mois pour une surdité moyenne. La prise en charge de la surdité est donc souvent retardée. Un arrêté en date du 23 avril 2012 vise à généraliser le dépistage des troubles de l'audition à la maternité. Néanmoins la rédaction du cahier des charges national ne rendra sans doute pas effective la généralisation du dépistage avant deux ans. S'il y a plutôt consensus sur le besoin de dépistage et la nécessité d'accompagner les parents, le moment où celui-ci doit être réalisé fait toujours débat. Le SROMS se doit de faire une synthèse des points de vue à l'instar du Comité Consultatif National d'Ethique.

L'information des familles et la prise en charge précoce :

- L'information neutre et plurielle, permettant aux parents d'exercer en toute objectivité un choix éclairé n'existe pas. En effet les familles sont majoritairement informées par les médecins lors du diagnostic et donc des possibilités médicales de prise en charge de la surdité (appareillage, implant cochléaire, rééducation...). Peu ont l'occasion de rencontrer des sourds signant et d'être confrontés à la langue des signes. Il n'y a pas de séparation structurelle entre le parcours de soins et le temps de réflexion des parents, aussi bien concernant les intervenants que les lieux géographiques et institutionnels. Les parents ne peuvent donc pas dans ces conditions exercer le choix linguistique que leur permet pourtant la loi du 11 février 2005.
- Le délai de traitement des dossiers de reconnaissance de la surdité par la MDPH est parfois long et peut entraîner des retards de prise en charge alors que celle-ci devrait être la plus précoce possible.



La scolarisation des jeunes sourds

- La scolarisation des jeunes sourds s'effectue, selon les mesures décidées par la CDAPH, soit dans une classe ordinaire ou une classe adaptée d'un établissement scolaire, soit dans les unités d'enseignement des établissements médico-sociaux.
- Les pôles d'accompagnement à la scolarisation des jeunes sourds (PASS), dont la création date de mai 2010, se mettent en place progressivement dans la région. Ils ont pour objectif d'organiser la scolarité en milieu ordinaire pour tous les élèves sourds quel que soit le mode de communication choisi par les familles. Ils favorisent les regroupements plutôt que l'intégration individuelle.

Une qualité de prise en charge à améliorer

- Seuls 41 % des enfants sourds savent lire, écrire et compter sans difficultés entre 6 et 11 ans contre 81 % des enfants du même âge. Puis entre 25 à 39 ans, ils sont pratiquement deux fois moins nombreux que l'ensemble de la population de même tranche d'âge à avoir atteint le niveau du baccalauréat (9 % contre 17 %) et trois fois moins nombreux à avoir atteint un niveau supérieur au baccalauréat (10 % contre 29 %).

34 % des personnes de 20 à 59 ans ayant une déficience auditive profonde ou totale ont un emploi pour 73 % en population générale.

- Les personnes sourdes présentent des problèmes psychologiques majorées par rapport à la population de référence.
- Environ 300 enfants sourds dans la région francilienne et les régions limitrophes présentent des troubles de la personnalité ou du comportement nécessitant des soins spécifiques qui ne peuvent être pris en charge dans leur établissement²⁹.

Les pistes de réflexion pour mieux accompagner les enfants présentant une déficience auditive :

Les éléments de diagnostic ci-dessus ont été établis par des groupes de travail qui se sont réunis au 1^{er} semestre 2012 avec l'ensemble des acteurs travaillant dans la prise en charge de la surdité. Les travaux conduits à l'occasion de ces réunions ont permis de dégager des pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge de la surdité.

²⁹ Etude des besoins en soins psychiques des jeunes sourds de 12 à 20 ans sur la région francilienne – Année 2008-2009



Deux grands axes de progrès ont été retenus par l'ARS en matière de prise en charge de la surdité :

- L'un vise à améliorer les conditions de prise en charge précoce de la surdité en :
 - o réalisant un dépistage plus précoce que ce qui est constaté aujourd'hui
 - o offrant des garanties de neutralité et pluralité sur les modalités d'annonce, d'information et d'accompagnement de l'enfant sourd et de sa famille
- L'autre vise à assurer sur les territoires une offre accessible et diversifiée permettant l'exercice du libre choix des parents prévu par la loi entre un parcours scolaire bilingue et un parcours scolaire « oraliste » en :
 - o faisant de la mise en place des PASS, qui nécessite une collaboration étroite entre l'Education nationale et le secteur médico-social, une opportunité, pour recenser les ressources mobilisables de part et d'autre, afin de réorienter les moyens disponibles pour permettre à chaque enfant de bénéficier d'une prise en charge de qualité et cohérente dans la modalité linguistique choisie (orale ou bilingue) sur l'ensemble du territoire.

L'ensemble des actions visant à mettre en œuvre ces axes de progrès est détaillé dans les fiches actions.

CONCLUSION

Globalement, l'offre médico-sociale présente des lacunes et des insuffisances. Les tensions constatées concernent notamment la prise en charge des déficiences complexes (handicaps rares, polyhandicap, autisme, handicap psychique, cérébraux lésés) ainsi que le vieillissement de la population.

La mise en adéquation de l'offre avec les besoins passe nécessairement par une analyse des évolutions à envisager sur l'existant. Celles-ci concernent l'implantation géographique, l'adéquation des agréments avec la population accompagnée, les restructurations pour permettre le basculement d'une organisation de la prise en charge par structure vers un fonctionnement en dispositif d'accompagnement. De même, les restructurations ne pourront pas se faire sans un renforcement des compétences à apporter aux équipes pour leur permettre de s'adapter, et exceptionnellement, par la création d'équipements nouveaux et innovants.

Pour atteindre ces objectifs, il est indispensable de repenser le dispositif d'orientation, le renforcer et de disposer d'outils d'évaluation.

Ces actions sont incontournables et communes à l'ensemble des acteurs du dispositif d'accompagnement des personnes handicapées.

Enfin, l'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social est indispensable pour assurer la fluidité des parcours de vie des personnes en situation de handicap.



1.4 Volet Personnes en difficultés spécifiques

1.4.1 Eléments de contexte

1.4.1.1 Complexité des addictions

Les addictions : un problème de santé publique majeur

Les conduites addictives constituent en France comme dans le reste de l'Union européenne un problème majeur de santé publique aux impacts multiples et pluridimensionnels. Ces pratiques concernent des usagers aux profils sociodémographiques variés et représentent l'une des principales causes de mortalité prématurée en Europe intervenant dans environ 30% des décès avant 65 ans.

Les produits psychoactifs principalement consommés en Europe, sont le tabac et l'alcool pour les produits licites et le cannabis et la cocaïne pour les produits illicites.

Comme l'ensemble de ses partenaires européens, la France est confrontée au problème de l'essor des pratiques addictives à risques au sein de la population générale et jeune en particulier.

Les substances licites, alcool et tabac³⁰, restent les produits les plus consommés en France que ce soit en termes d'expérimentation (44,4 millions pour l'alcool et 35,5 millions pour le tabac) ou d'usage quotidien (dont 5 millions pour l'alcool et 13,4 millions pour le tabac). Parmi les drogues illicites, le cannabis demeure la substance la plus consommée, 13,4 millions de personnes déclarant avoir déjà expérimenté le cannabis dont 1,2 million sont des consommateurs réguliers.

La notion d'addictions

Les addictions recouvrent à la fois les addictions aux substances psychoactives³¹ et les « addictions comportementales », sans substances psychoactives (comme le jeu pathologique,

³⁰ Source : Drogues, Chiffes clés, 4^{ème} édition, janvier 2012, OFDT

³¹ Une substance psychoactive est une substance naturelle ou synthétique qui agit sur le psychisme en modifiant son fonctionnement. Elle peut entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement. Les substances psychoactives les plus consommées en France, autres que les médicaments psychotropes, sont le



les troubles des conduites alimentaires, les comportements compulsifs répétés type achats compulsifs, cyberaddiction, addiction sexuelle, aux sports, au travail, etc.).

De nombreuses définitions de l'addiction ont été proposées à partir de différentes disciplines aussi variées que la biologie, la psychologie, la psychanalyse, la psychiatrie, la sociologie, etc.

La définition de A. Goodman (1990) évoque « *un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* ».

Autrement dit, l'addiction se caractérise par :

- « *L'impossibilité répétée de contrôler un comportement ;*
 - *La poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.*
- Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne ».*

Trois notions essentielles permettent de mieux préciser cette définition et d'en cerner les limites :

- le caractère partiel ou total de la perte du contrôle du comportement addictif qui conduit sur le plan clinique à distribuer les différentes formes d'addiction selon leur sévérité sur un continuum qui va des pratiques les mieux tolérées (usage et usage à risques) jusqu'aux conduites addictives nocives (abus et usage nocif) et à l'extrême les dépendances les plus sévères (alcoolo- et pharmaco-dépendances) avec leurs conséquences les plus graves sur le plan psychologique, médical et social.

Le degré de sévérité de l'addiction est donc variable et doit être évalué individuellement. Il apparaît que plus ce degré est élevé (plus la dépendance est forte), plus la trajectoire de la personne sera longue et empreintes de difficultés à dépasser.

Cela justifie des modes d'intervention qui garantissent une continuité de l'aide et des soins, leur proximité, leur accessibilité et leur durée.

- Le processus d'entrée dans l'addiction est souvent lent et subtil.

« L'objet du comportement qui ne saurait appartenir à une liste définie dès lors que tout objet et/ou activité est susceptible d'entrer dans une conduite humaine qui vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne. De cette diversité non finie découlent les notions

tabac, l'alcool et le cannabis. Il est par ailleurs observé un développement rapide de la consommation de cocaïne et d'ecstasy.



d'addictions aux substances psychoactives (quel que soit le statut légal de la substance) et d'addictions sans drogue ou addictions comportementales, ainsi que la possibilité de passages de l'une à l'autre et la possibilité de leur association. »

- Concernant les addictions aux produits (qu'ils soient licites ou illicites), la distinction entre mésusage (usage à risques, usage nocif et dépendance) et usage « simple » permet de ne pas englober toute consommation de substance dans un registre pathologique.

Les addictions atteignent ceux qui en dépendent, mais aussi leur famille, leur entourage, et plus largement, concernent l'ensemble de la société. Elles sont aussi souvent à l'origine de handicaps, de difficultés familiales et professionnelles, d'isolement, de violence et de précarité, etc.

Addictions et troubles mentaux :

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

- d'une part et en amont, en lien avec les facteurs psychologiques voire psychopathologiques et, le cas échéant, les comorbidités psychiatriques primaires qui favorisent leur émergence puis leur pérennisation ;
- d'autre part et en aval, du fait des dommages induits d'ordre cognitif et/ou psychopathologique qui peuvent aller jusqu'au développement de comorbidités psychiatriques secondaires.

Pluralité et diversité des déterminants des conduites addictives :

Ils sont de trois ordres :

- Les facteurs propres aux substances psychoactives (effet psychoactif et ses caractéristiques variant avec les substances, pouvoir addictogène et nocivité immédiate et différée), et/ou à l'expérience addictive (jeu excessif ou pathologique, anorexie, boulimie, etc.) ;
- Les facteurs environnementaux : facteurs historiques, culturels et sociétaux, facteurs socio-économiques et professionnels, précarité, législation et réglementation, disponibilité et accessibilité des produits, etc. ;



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

Ainsi, l'addictologie, considérée au sens large, est une discipline médico-psycho-sociale transversale dont l'objet est l'ensemble des conduites susceptibles d'être addictives, au-delà des seules conduites de dépendance aux substances psychoactives.

Les conséquences de la prise en compte de la notion d'addiction sur l'organisation du dispositif de prévention, de soins et d'accompagnement en addictologie :

- La nature des déterminants et des conséquences des conduites addictives et de leurs rapports avec la santé mentale, la médecine somatique et la vie sociale conduit à concevoir des stratégies d'intervention et de soins communes et donc à organiser sur le plan sanitaire, médico-social et social un dispositif en addictologie cohérent et bien identifié pour les mettre en œuvre.

Celui-ci doit s'appuyer sur des compétences pluridisciplinaires et se déployer de manière transversale à l'organisation sanitaire, médico-sociale et sociale.

- Les personnes ayant des conduites addictives présentent souvent des problèmes multiples qui imposent une prise en charge particulière, multidisciplinaire, globale et intégrée, en fonction de la sévérité de la conduite et de la gravité des complications et co-morbidités. Cette approche complexe impose une organisation spécifique.

- La prise en charge des conduites addictives reste encore très organisée autour des stades les plus graves, c'est-à-dire de la dépendance. Il apparaît néanmoins fondamental de développer une organisation permettant aussi de répondre aux stades précoces et dont les objectifs d'accompagnement et de soins peuvent être différents.

Les structures en addictologie doivent désormais s'intéresser à l'ensemble des conduites addictives et proposer des modalités de prise en charge diversifiées et adaptées aux différents comportements de consommation.

- Les objectifs de la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives peuvent être très différents selon leur stade d'évolution : repérage et intervention précoces, réduction des risques, substitution, sevrage, abstinence, etc.

- La prise en charge de ces personnes est réalisée par des intervenants venant de secteurs et de formation variés : champ médico-social ou sanitaire, médical (psychiatres ou somaticiens) et non médical. Cette diversité est une richesse mais constitue aussi une source d'hétérogénéité des pratiques professionnelles.



- Le dispositif de soins actuel s'est historiquement construit à partir des produits, en fonction des problèmes posés (d'abord l'alcool, les drogues illicites depuis une trentaine d'années, le tabac depuis une vingtaine d'années et plus récemment le cannabis, le crack...), d'intérêts variés, d'opportunités locales, etc. Il comprend des structures sanitaires, médico-sociales, associatives.

Cette pluralité présente l'avantage de proposer aux patients des portes d'entrée et des modalités de suivi diversifiées mais le dispositif peut apparaître comme hétérogène, éclaté, manquant de lisibilité, d'où la nécessité d'une coordination, d'une articulation et d'une réflexion intégrée.

1.4.1.2 Cadre d'intervention pour l'organisation du dispositif de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie

Références législatives et réglementaires

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

Dans ce contexte, les orientations nationales ont été précisées depuis de nombreuses années par des lois (la loi du 10 janvier 1991 dite loi Evin, la loi relative à la politique de santé publique du 09 août 2004, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires), des plans (plan de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie 2008-2012, plan de prise en charge des addictions 2007-2011, plan cancer 2005-2007 et plan périnatalité 2005-2007...) et un dispositif réglementaire qui fixe et organise les dispositifs de prévention, sanitaires, médico-sociaux et sociaux à disposition des acteurs de cette politiques.

Plans et guides nationaux :

- Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, qui prévoit des mesures concernant le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des addictions, en ciblant les populations exposées et vulnérables.
- Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, qui énonce six priorités :
 - 1 : Mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé ;
 - 2 : Mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux ;
 - 3 : Articuler davantage l'offre de soins en ville avec les secteurs sanitaire et médico-social ;



4 : Développer la prévention ;

5 : Renforcer la formation des professionnels en addictologie ;

6 : Coordonner davantage la recherche en addictologie.

- Le Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012
- Le Plan national santé des jeunes 2010-2014
- Le Plan Cancer 2009-2013
- Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014, politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

Références régionales :

Conformément aux orientations du Plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 (cf. priorité 3, mesure 12 : Etablir des schémas régionaux d'addictologie), un schéma relatif à l'organisation des dispositifs en addictologie a été élaboré pour la région Ile-de-France (schéma régional d'addictologie arrêté par le Préfet de région le 31 décembre 2009). Ce schéma vise notamment à l'articulation du dispositif médico-social en addictologie avec le secteur hospitalier et la médecine de ville.

De plus, le SROS Ile-de-France comprend un volet « Prise en charge des addictions », organisant l'offre de soins francilienne en addictologie. Ce volet a été arrêté par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation en décembre 2009. Il fera l'objet d'une révision en 2013.

1.4.2 Diagnostic régional : les grandes tendances en terme de conduites addictives

Une région fortement concernée par les addictions

Comme dans le reste de l'Europe et en France, les substances psychoactives principalement consommées en Ile-de-France sont le tabac, l'alcool pour les produits licites, et le cannabis et la cocaïne pour les produits illicites.

Toutefois, la région francilienne est fortement concernée par le problème d'usages de drogues illicites : crack, diffusion/banalisation de la cocaïne et sous-estimation par les consommateurs des risques sanitaires (dépendance et risques infectieux), accroissement de la disponibilité et de l'accessibilité de l'héroïne, modifications des usages et des contextes de l'ecstasy.



Les grandes tendances régionales :

- Un niveau de consommation d'alcool quotidien inférieur à la moyenne nationale mais des consommations d'alcool problématiques pour certaines populations (jeunes, femmes enceintes, précaires...) ;
- Un niveau de tabagisme élevé ;
- Une région fortement concernée par les consommations de drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, crack...) ;
- Des consommations de substances psychoactives à risque qui se développent parmi les adolescents et les jeunes adultes : développement de polyconsommations marqué de surcroît par des pratiques d'alcoolisation massive, augmentation du tabagisme (usage occasionnel), persistance du cannabis, augmentation de la consommation d'autres produits illicites (champignons hallucinogènes, poppers, ecstasy, héroïne, etc.), des expérimentations inquiétantes même si en diminution sur certaines substances (alcool) ;
- Une évolution des comportements de consommation qui montre le rapprochement progressif mais certain des comportements féminins et masculins (situation observée chez les jeunes et que l'on retrouve à l'âge adulte) et le développement de pratiques chez les jeunes qui font que la dénomination appropriée est alors de parler de comportements à risques.

1.4.2.1 Un point fort

(Sources OCIDER-OFDT enquêtes ILLIAD et ESCAPAD : Observation des Drogues pour l'Information sur les Comportements en Région).

- **Un niveau de consommation d'alcool quotidien inférieur à la moyenne nationale chez les hommes**

En 2005, au cours des douze derniers mois, 84 % des adultes franciliens déclarent avoir consommé de l'alcool : 13 % quotidiennement, 36 % hebdomadairement et 35 % de façon occasionnelle. La prévalence de la consommation d'alcool augmente avec l'âge. Elle est plus répandue chez les hommes et les écarts avec les femmes se creusent avec l'avancée en âge. C'est également le cas en province, mais avec une prévalence chez les hommes toujours supérieure à celles de leurs homologues franciliens et une prévalence féminine comparable.



En Ile-de-France, 69 % des hommes déclarent avoir été ivres au moins une fois dans leur vie et 18 % au cours des douze derniers mois. Chez les femmes, ces proportions s'élèvent à 41 % et 7 %. Les ivresses, au cours de la vie comme au cours des douze derniers mois, sont moins répandues que dans le reste de la France pour les hommes. A l'inverse, les Franciliennes déclarent avoir été plus souvent ivres que les habitantes de province.

En 2008 comme en 2005, les jeunes Franciliens se distinguent de leurs homologues provinciaux, seuls 7% d'entre eux déclarent une consommation régulière d'alcool contre 9% en moyenne nationale.

1.4.2.2 Des points faibles

Sources OCIDER-OFDT enquêtes ILLIAD et ESCAPAD : Observation des Drogues pour l'Information sur les Comportements en Région).

- **Une consommation de tabac en baisse depuis 2006 mais qui reste largement supérieure à la moyenne nationale**

Bien que les ventes de cigarettes aient fortement diminué entre 2006 et 2009, la consommation de tabac en Ile-de-France reste largement supérieure à la moyenne nationale (978 cigarettes vendues par habitant francilien contre 860 cigarettes par habitant au niveau national).

	Ile-de-France		France métropolitaine	
	2006	2009	2006	2009
Vente de cigarettes par habitant	1 048	978	890	860

Évolution des ventes de cigarettes par habitant (tous âges), en Ile-de-France et en France, entre 2006 et 2009³²

En revanche, il convient de souligner qu'en 2011 seuls 25% des jeunes Franciliens de 17 ans déclarent avoir un usage quotidien de tabac contre 29% en moyenne nationale.

- **Des usages de drogues illicites élevés, notamment chez les jeunes.**

³² Atladis distribution, OFDT 2009



L'Ile-de-France est une région jeune, les moins de 20 ans y représentent 26% de la population. Elle est donc particulièrement concernée par les comportements de conduites addictives des jeunes populations et notamment les usages de drogues illicites. Bien que l'expérimentation et la consommation régulière de cannabis aient significativement diminué depuis 2005, passant de 46% des jeunes franciliens de 17 ans en 2005 à 42% en 2008, leur prévalence au sein de la population reste supérieure à la moyenne nationale. La consommation régulière de cannabis concerne ainsi toujours 8% des jeunes franciliens de 17 ans (contre 10% en 2005) quand la moyenne nationale s'établit à 7% des jeunes de 17 ans. Les niveaux d'usage varient toujours de façon très significative selon le sexe : ainsi, 8% des jeunes filles déclarent un usage régulier de cannabis en 2008 contre 11% des garçons.

La tendance à la hausse de la consommation de cocaïne constatée sur l'ensemble du territoire français s'observe également en Ile-de-France. La prévalence dans la région est supérieure à celle constatée au niveau national. En 2008 4% des jeunes franciliens de 17 ans déclarent avoir ainsi déjà expérimenté de la cocaïne (2% en 2005) contre 3% au niveau national.

La prévalence de la consommation de cocaïne ne varie plus significativement selon le sexe, 3% des jeunes garçons déclarent avoir expérimenté de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie, ce chiffre est identique chez les jeunes filles.

Par ailleurs, les niveaux d'expérimentation de poppers et d'héroïne sont nettement plus élevés parmi les jeunes franciliens que dans le reste de la population jeune française. Si la consommation de ces produits a augmenté sur l'ensemble du territoire, la hausse est particulièrement significative en Ile de France. Le taux d'expérimentation de poppers parmi les jeunes de 17 ans est ainsi passé de 5.5% en 2005 à 16% en 2008, contre 14% en France métropolitaine.

De même, le taux d'expérimentation de l'héroïne a doublé en cinq ans, passant de 0.5% en 2005 à 1% en 2008. L'usage de ces substances illicites est responsable du décès par surdose de 56 personnes en 2008 dans la région.

- **Une forte augmentation de la prévalence des ivresses alcooliques chez les jeunes**

Contrairement à la plus faible incidence de consommations d'alcool quotidiennes, les ivresses répétées concernent une proportion croissante de jeunes franciliens. En 2008, 20% d'entre eux ont connu des ivresses répétées (c'est-à-dire plus de trois ivresses dans l'année) contre 16% en 2005 et 13% en 2002-2003. Cette proportion varie significativement selon le sexe puisque 25% des garçons ont connu des ivresses répétées en 2008 contre 17% des jeunes filles. Si les ivresses alcooliques restent encore très largement moins répandues en Île-de-France que dans le reste du pays (26% des jeunes français de 17 ans ayant connu des ivresses répétées en 2008), la forte augmentation de ce phénomène enregistrée depuis 2005 commande d'être particulièrement vigilant quant à l'évolution de ces pratiques et de développer la prévention, le



repérage et l'intervention précoce. Le développement de ces pratiques chez les jeunes en fait que la dénomination appropriée est alors de parler de comportements à risques.

Lien avec le schéma régional de prévention : Développer la prévention, les stratégies d'intervention précoce pour faciliter le repérage, l'accès aux soins et améliorer la prise en charge des jeunes confrontés à des conduites addictives et à risques, et leur entourage. La prise en charge des conduites addictives reste encore très organisée autour des stades les plus graves, c'est-à-dire de la dépendance. Il apparaît néanmoins fondamental de développer une organisation permettant aussi de répondre aux stades précoces et dont les objectifs d'accompagnement et de soins peuvent être complémentaires.

1.4.3 Un constat général : la précarisation croissante d'une frange de la population francilienne

Lien inter-schéma et programme : Par souci de cohérence et d'exhaustivité, le choix a été fait de rassembler dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), composante du projet régional de santé, l'ensemble des données d'états des lieux, de constats et d'orientations relatives à la prévention et aux soins des personnes démunies et en situation de précarité.

Le volet du SROMS relatif à ces populations est donc repris dans le PRAPS. Les recommandations du PRAPS valent comme orientations du SROMS.

Le SROMS volet personnes en difficultés spécifiques n'a pas vocation à traiter de l'ensemble des personnes en situation de précarité résidant en Ile-de-France. En effet, de nombreux autres dispositifs et instances sont chargés de mettre en œuvre stratégies d'intervention, des actions en direction de ces populations (il en est ainsi du PRAPS ou encore des dispositifs sous compétences de la DRIHL, des DDSCS...).

Les personnes en situation de précarité, résidant dans un logement ou un hébergement précaire ou sans abri présentent souvent des problématiques sanitaires complexes résultant du fait qu'elles recourent peu ou pas aux services de médecine ou de prévention, l'absence de logement constituant un frein majeur à l'accès aux soins.

Du fait de leur condition de vie, de leurs problématiques qui entremêlent des questions sociales, médicales et/ou psychologiques, les besoins de ces personnes sont à la fois sanitaires, médico-sociaux et sociaux. La réponse impose donc de coordonner l'action de ces trois champs



d'intervention et requiert en outre des savoir-faire particuliers au regard notamment du fait que ces personnes n'expriment pas toujours leurs besoins.

Dans ce contexte, et en l'absence de prise en charge adaptée par d'autres structures sanitaires et sociales, des dispositifs médico-sociaux permettant d'assurer conjointement un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique, ainsi qu'un accompagnement social, en un mot une intervention globale reposant sur l'action pluridisciplinaire, concomitante et coordonnée des professionnels des champs concernés, ont été mis en place à destination de ces publics : il s'agit des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), des Lits Haltes Soins Santé (LHSS), et plus récemment à titre expérimental des Lits d'Accueil Médicalisés (LAM).

Les personnes en difficultés spécifiques concernées par le SROMS sont des personnes malades, quelque soit leur situation administrative, en situation de précarité et de vulnérabilité ayant besoin de soins et d'un accompagnement médico-social. Si leur pathologie ou leur état de santé ne justifie pas ou plus une prise en charge hospitalière, ils nécessitent des prestations adaptées et coordonnées, comprenant un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, un suivi thérapeutique et un accompagnement social.

FOCUS et liens inter schémas : les personnes vieillissantes à la rue et la précarité des personnes âgées.

Il n'est pas possible de chiffrer précisément la part de cette population parmi l'ensemble de la population sans abri mais elle représente une partie non négligeable des personnes accueillies sur longues périodes dans les LHSS. L'évaluation du dispositif LHSS effectuée en 2009 montrait que les plus de 60 ans représentent 15.7% des personnes accueillies et les plus de 65 ans environ 8%.

Face aux alertes lancées par différents observateurs faisant état d'une précarisation croissante des seniors, la MIPES (Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale) a mis en place un groupe de travail portant sur la précarité des seniors. Un rapport présentant l'ensemble des réflexions de ce groupe de travail doit être publié. Le groupe de travail a notamment choisi de recentrer ses recherches sur les migrants âgés compte tenu de leur précarisation croissante du fait du vieillissement de cette population et de leur présence significative en Ile-de-France.



1.4.4 Etat des lieux de l'offre en addictologie

- L'offre de prévention, de réduction des risques, de prise en charge et de soins des addictions s'est structurée dans la région au cours des dernières années sous l'effet notamment des plans nationaux (plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011) et des schémas d'organisation médico-sociale et sanitaire (schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2013, volet prise en charge des addictions du SROS 2009-2013).

Elle couvre l'ensemble de la filière de la prévention à la réduction des risques, l'accompagnement médico-social et la prise en charge hospitalière.

- Le dispositif francilien de prévention, de réduction des risques, de prise en charge et de soins en addictologie présente un certain nombre d'atouts, de points forts lui permettant d'être opérationnel, efficace, mais qui rencontre aussi des difficultés et/ou manques tendant à le fragiliser et à rendre son action difficile, insuffisante et complexe :

Forces et atouts :

- Une offre globale, diversifiée regroupant, au sein du périmètre régional, l'ensemble des ressources et des compétences (tous secteurs : prévention, médico-social, sanitaire, médecine de ville) ;
- Une aptitude à l'innovation animée par un souci permanent de réponses adaptées aux besoins et aux évolutions des profils des usagers, des modes de consommation, des produits, etc. ;
- Une volonté d'inscrire l'action au sein d'un réseau local partenarial : ainsi, par exemple, les structures médico-sociales CSAPA, CAARUD ont développé des partenariats avec les services et dispositifs sociaux, sanitaires, les autres établissements médico-sociaux, les communes d'implantation et d'intervention, des services institutionnels comme la justice, la protection judiciaire de la jeunesse, etc. ;
- Une implication et une réflexion continue, comme en témoignent les échanges (à renforcer), formalisés ou non, sur les savoirs et les pratiques, la participation et la contribution aux groupes de travail régionaux et départementaux, etc. ;

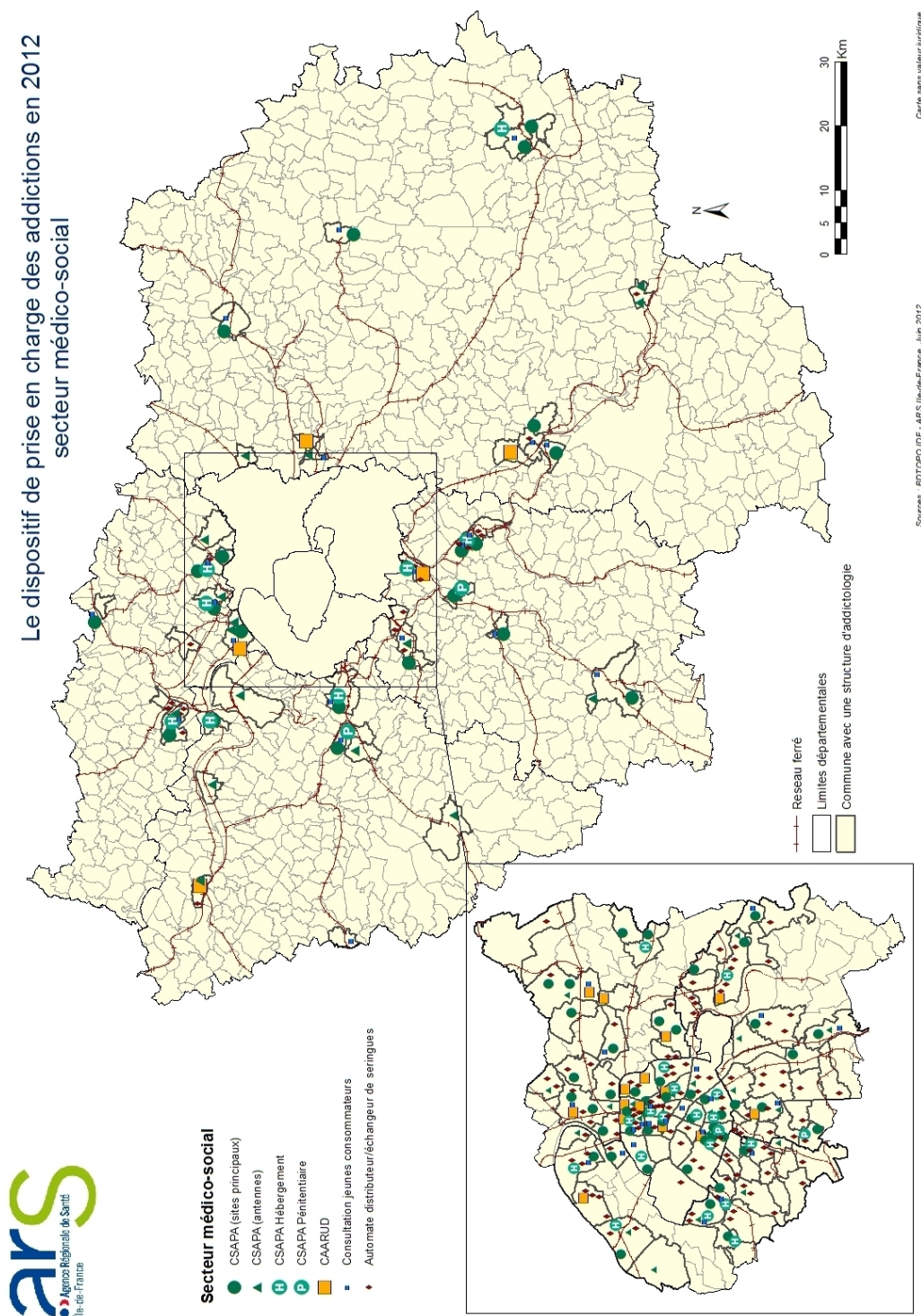
Faiblesses et difficultés :

- Un dispositif hétérogène et réparti inégalement territorialement ;



- Une structuration qui doit intégrer les réalités et particularités territoriales (Paris, petite et grande couronnes) ;
 - Des taux d'équipement inférieurs aux moyennes nationales pour les CAARUD, les CSAPA (ambulatoires et en soins résidentiels) et les consultations jeunes consommateurs, avec des départements très faiblement dotés ;
 - Une prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire à renforcer et une continuité des soins à améliorer ;
 - Une reconnaissance et une valorisation des accompagnements socio-éducatifs à renforcer ;
 - Des réponses adaptées insuffisantes quantitativement et qualitativement pour assurer l'accès aux soins à tous, y compris pour les personnes nécessitant une prise en charge spécifique (jeunes, femmes enceintes et/ou avec enfants, personnes en situation de grande précarité et/ou atteints de troubles psychiatriques, personnes sortant de prison, usagers vieillissants, etc.) ;
 - Une offre en hébergement thérapeutique insuffisante et inégalement répartie au sein de la région ;
 - Une évolution des profils des patients avec des comorbidités psychiatriques associées et des modalités/parcours de prise en charge à définir, à renforcer (addictologie/psychiatrie) ;
 - Des difficultés d'orientation vers le secteur sanitaire, notamment pour les patients atteints de comorbidités psychiatriques sévères et/ou en très grande précarité ;
 - Une offre en sevrage hospitalier qui semble insuffisante au regard des besoins ;
 - Des parcours d'insertion et de réinsertion sociale et professionnelle avec de nombreux obstacles liés notamment aux difficultés d'orientation vers notamment les dispositifs sociaux d'accueil, hébergement et d'insertion ;
 - Des partenaires libéraux (généralistes et spécialisés) impliqués mais dont l'action pourrait être renforcée.
- Une organisation du dispositif francilien de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie qui doit intégrer :
 - Les orientations du dispositif médico-social en termes de prise en charge ambulatoire et d'hébergement thérapeutique ;
 - La nouvelle organisation en trois niveaux du volet sanitaire hospitalier ;
 - Les réseaux de santé en addictologie ;
 - Les possibilités de prise en charge en médecine de ville.

1.4.4.1 Le dispositif médico-social en addictologie





Le secteur médico-social en addictologie assure une offre de proximité permettant un accès simple (inconditionnalité, gratuité, anonymat si demandé) et proche du patient, la précocité et la continuité des interventions, l'accès aux soins et la diversité des prises en charge et de l'accompagnement médical, psychosocial, éducatif, et l'aide à l'insertion et l'accès aux droits sociaux. Ses pratiques professionnelles sont pluridisciplinaires (médicale, psychologique, sociale, éducative) et de durée adaptée. Elles répondent à la pluralité des besoins de la population par une offre ambulatoire et résidentielle qui se déploie au plus près de la vie sociale de la personne.

- **Les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)**

L'approche selon le concept d'addictologie s'est traduite par une transformation de l'offre médico-sociale et la mise en place des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) qui remplacent les CSST et les CCAA en les rassemblant sous un statut juridique commun.

Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psycho actives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance, en particulier le jeu pathologique.

Les CSAPA assurent les missions suivantes (missions obligatoires) : ils doivent en outre accueillir, informer, orienter le patient et son entourage, réaliser son évaluation médicale, psychologique et sociale, assurer sa prise en charge médicale (à ce titre, les CSAPA accueillant des usagers de drogues doivent assurer la prescription de l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés) et psychologique ainsi que sa prise en charge sociale et éducative visant à conquérir ou reconquérir son autonomie. Ils assurent aussi une mission de réduction des risques et des dommages.

Les CSAPA peuvent aussi assurer des missions facultatives, comme les consultations de proximité et de repérage précoce des usages nocifs telles les consultations jeunes consommateurs, des activités de prévention, de formation et de recherche, la prise en charge des addictions sans substances et des interventions en direction des personnes détenues ou sortants de prison. Ces missions sont précisées dans la circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et des schémas régionaux d'addictologie.

Les prestations des CSAPA sont assurées en ambulatoire et/ou en hébergement thérapeutique (centre thérapeutique résidentiel, appartements thérapeutiques, familles d'accueil..).

Au 1^{er} janvier 2012, 70 CSAPA sont autorisés en Ile-de-France, 35 sont « généralistes », 20 sont « spécialisés Alcool » et 15 sont « spécialisés Drogues illicites ».

L'offre francilienne en CSAPA au 1^{er} janvier 2012 :

Département	Spécialité			
	Généraliste	Alcool	Drogues Illicites	Total
75	12	2	5	19
77	2	2	2	6
78	3			3
91	4	3		7
92	6	1		7
93	3	7	3	13
94	3	3	3	9
95	2	2	2	6
Total	35	20	15	70

Avec une offre composée de 70 CSAPA autorisés, l'Ile-de-France est moins bien dotée que la moyenne française en matière de taux d'équipement CSAPA. En effet, il existe au niveau national 423 CSAPA pour une population de 64 304 500 habitants soit 1 CSAPA pour 152 020 habitants et 3.29 CSAPA pour 500 000 habitants. En comparaison, l'Ile-de-France compte 70 CSAPA pour 11 728 240 habitants, soit 1 CSAPA pour 167 546 habitants et 2.98 CSAPA pour 500 000 habitants.

Par ailleurs, la répartition géographique de ces structures au sein de la région demeure inégale : Paris compte un CSAPA (antennes inclus) pour 82 745 habitants contre plus du double dans les Yvelines (178 945 habitants). Le département de l'Essonne apparaît également comparativement sous doté.

Indicateurs de prise en charge et caractéristiques des patients accueillis en CSAPA

Les rapports d'activité de 2009 montrent une surreprésentation masculine parmi les patients. La plupart des patients se rendant dans des CSAPA franciliens ont entre 30 et 39 ans. Le produit à l'origine de la prise en charge reste dans la plupart des cas un opiacé (33 % des cas en 2008 en Île-de-France contre 48 % en 2003), le cannabis atteignant de plus en plus des proportions comparables à celle des opiacés. Les usagers sont souvent polyconsommateurs puisqu'un tiers des patients franciliens cite un troisième produit posant problème.



- **Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)**

La loi du 9 juillet 2004 relative à la politique de santé publique (article L. 3121-5 du CSP) a, pour la première fois, permis une reconnaissance législative de la politique de réduction des risques mise en œuvre, jusque là, par voie de circulaires. Elle vise à définir l'objet de cette politique, à affirmer la responsabilité de l'Etat dans ce domaine et à sécuriser le statut et le financement des structures de réduction des risques intervenant dans ce champ en les inscrivant parmi les établissements médico-sociaux. C'est dans ce contexte qu'a été créée en 2005 une nouvelle catégorie d'établissement médico-social : les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

Les CAARUD s'adressent à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou à celles dont les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs (infections, notamment hépatite C, VIH, accidents, etc.). Leurs missions fixées par l'article R. 3121-33-1 du CSP consistent en l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues, le soutien aux usagers dans l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles), le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections, l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers et le développement d'actions de médiation sociale. Ils peuvent également participer au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. L'accueil des personnes se fait de manière inconditionnelle, sans aucun préalable, de façon anonyme et gratuite.

Avec 21 CAARUD, l'Ile-de-France est moins bien dotée que la moyenne française en matière de taux d'équipement CAARUD. En effet, il existe au niveau national 141 CAARUD pour une population de 64 304 500 habitants soit 1 CAARUD pour 456 060 habitants et 1.1 CAARUD pour 500 000 habitants. En comparaison, l'Ile de France compte 21 CAARUD pour 11 728 240 habitants, soit 1 CAARUD pour 558 488 habitants et 0.89 CAARUD pour 500 000 habitants.

Répartition de l'offre francilienne en CAARUD

L'offre francilienne en CAARUD apparaît insuffisante au regard des besoins. Ainsi, quatre départements (les Yvelines, l'Essonne, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise) ne comptent qu'un CAARUD et trois d'entre eux ne disposent pas d'une unité mobile quand Paris en compte quatre.



	Local principal et antennes	Unité mobile (bus, camion...)
75	9	4
77	2	0
78	1	1
91	1	1
92	1	1
93	6	2
94	2	0
95	1	0
IDF	23	9

Source : Rapports d'activité ASA CAARUD IdF 2010

Indicateurs de prise en charge et caractéristiques des usagers accueillis en CAARUD

(source : rapports d'activité ASA CAARUD 2010)

Local principal et antennes				
	File active	Dont femmes	Dont nouvelles personnes	Nombre de passages/ contacts
75	7 736	1 481	2 194	94 033
77	147	57	76	1 661
78	81	9	51	892
91	162	12	60	1 701
92	136	56	15	4 113
93	941	174	377	5 991
94	272	35	98	765
95	356	65	91	1 319
IDF	9 831	1 889	2 962	110 475

Unité mobile (bus, camion...)				
	File active	Dont femmes	Dont nouvelles personnes	Nombre de passages/ contacts
75	3 485	792	522	21 827
77	0	0	0	0
78	96	9	65	549
91	362	18	252	1 952
92	49	7	11	239
93	498	161	83	3 937
94	0	0	0	0
95	0	0	0	0
IDF	4 490	987	933	28 504

Selon les équipes des CAARUD franciliens, les produits engendrant le plus de problèmes à l'usager sont l'alcool suivi par le cannabis, le crack et la cocaïne.

Matériel de prévention et de réduction des risques distribués en CAARUD

(source : rapports d'activité ASA CAARUD 2010)

	Trousses d'injection délivrées	Seringues distribuées à l'unité (hors kit d'injection)	Jetons distribués	Seringues souillées récupérées	Récupérateurs de seringues mis à disposition
75	9 305	206 128	13 732	69 071	675
77	251	7 289	0	6 355	54
78	3 014	10 094	511	310	168
91	1 391	1 775	7 505	1 485	27
92	4 635	5 125	1 302	6 787	25
93	10 102	12 163	4 991	5 985	389
94	1 800	24	0	5 878	140
95	4 240	180	0	10	0
IDF	34 738	242 778	28 041	95 881	1 478



- **Les Consultations jeunes consommateurs (CJC).**

En 2004/2005, face à l'augmentation de la consommation de cannabis chez les jeunes, des Consultations Jeunes Consommateurs ont été mises en place. Il s'agit d'un réseau de consultations gratuites et anonymes destinées aux jeunes consommateurs et à leur famille.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 prévoit le renforcement du dispositif, l'objectif étant de passer de 40 000 personnes reçues annuellement à 120 000.

La région Ile-de-France est partie prenante du dispositif Consultations Jeunes Consommateurs depuis sa création.

En effet, en 2004, lors de la mise en place des Consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille (circulaire DGS/DHOS/DSS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004), 34 consultations ont alors été créées dans le respect du cahier des charges et portées par des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) (principalement), des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ou encore rattachées à des services hospitaliers.

Elles ont alors permis de répondre à la forte croissance de cannabis, et pris très vite aussi les autres substances psychoactives et pour certaines d'entre elles les addictions sans produit (notamment internet, jeux vidéo).

Gratuites et anonymes (si les personnes le demandent), elles devaient (selon les termes du cahier des charges) « permettre une meilleure prise en compte des demandes des jeunes et de leur entourage en difficulté avec cette consommation et en facilitant l'accès à des professionnels, favoriser une évaluation de leur situation et les aider, en particulier à adopter des comportements plus favorables à leur santé et à leur bien-être ».

Le dispositif francilien Consultations Jeunes Consommateurs s'est ensuite renforcé, développé année après année, par le biais des mesures nouvelles allouées et des deux appels à projets conduits par la MILDT et la DGS en 2009 et 2010. Les projets retenus dans ce cadre ont ainsi abouti au renforcement et à la création de 12 Consultations Jeunes Consommateurs, permettant ainsi d'une part de mieux doter l'offre francilienne au départ inférieure à celle nationale (en 2007, l'Ile-de-France compte 33 consultations pour 1 000 000 habitants âgés de 15 à 25 ans contre 35 en France), et d'autre part de développer des consultations avancées dans des lieux d'accueil de jeunes que ce soit les Points Accueil Ecoute Jeunes PAEJ) ou les structures d'accueil relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ou encore la mise en œuvre du programme expérimental de prise en charge spécifique des jeunes au sein d'une structure PJJ intégrant l'approche thérapeutique MultiDimensional Family Therapy (MDFT) (programme soutenu par la MILDT, la DGS et l'ARS).

Avec la mise en place des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les Consultations Jeunes Consommateurs sont devenues une des



missions facultatives des CSAPA (annexe 1 de la Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie).

Tenant compte des éléments du premier bilan des Consultations Jeunes Consommateurs réalisé par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanes (OFDT) en 2007, intégrant les évolutions nécessaires à leurs objectifs, à leurs missions, à leur fonctionnement, un nouveau cadre a ainsi été posé.

Les Consultations Jeunes Consommateurs d'Ile-de-France, rattachées aux CSAPA ou incluses dans les consultations hospitalières d'addictologie, ont intégré ce nouveau cadre, s'adressant aux jeunes consommateurs, y compris les mineurs, qui ressentent, sont en difficultés avec leur consommation de substances psychoactives.

L'objectif des Consultations Jeunes Consommateurs est bien d'agir dès les premiers stades de la consommation (usage, usage nocif).

Elles accueillent les usagers, leur entourage, qui se présentent spontanément ou adressés par un tiers (famille, professionnel de santé, milieu scolaire, justice).

Au 1^{er} janvier 2012, le dispositif francilien de Consultations Jeunes Consommateurs compte 40 CJC rattachés à un CSAPA, 23 rattachées à un établissement de santé, et ce qui représentent plus d'une soixantaine de « points » de consultations jeunes consommateurs.

La région est toutefois globalement moins bien dotée que le reste de la France avec 33 consultations pour un million d'habitants de 15 à 24 ans contre 35 pour la France, et avec une moyenne d'ouverture par mois de 57 heures contre 62 heures au niveau national. Les structures franciliennes voient, en moyenne, 19 personnes par mois (14 consommateurs). Ce nombre est en baisse, il était de 23 personnes en 2005 (17 consommateurs).

En 2007, en moyenne, 21 personnes ont été vues par mois et par structure dans ces consultations. Le délai moyen de rendez-vous a diminué passant de 6,2 jours en 2005 à 5,4 jours en 2007.

1.4.4.2 L'offre hospitalière (cf SROS)

L'offre hospitalière en addictologie est constituée en filière, dispositif de soins couvrant l'intégralité du parcours des personnes ayant une conduite addictive. La filière s'inscrit dans une dynamique d'organisation territoriale et s'appuie sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation. Le dispositif hospitalier est organisé autour de façon graduée autour de trois niveaux :



- Niveau 1 de proximité : présence d'une équipe de liaison et de soins (ELSA) dans chaque établissement de santé disposant d'un service d'urgence ou de maternité. Les consultations externes d'addictologie font partie du niveau 1 ;
- Niveau 2 de recours : il comprend les lits de sevrages complexes pour 500 000 habitants, un hôpital de jour et un service de soins de suite et de réadaptation ;
- Niveau 3 de recours régional : en plus des missions 2, ces structures assurent des missions d'enseignement et de formation, de recherche, de coordination régionale. A terme, une structure de ce type doit être envisagée dans chaque CHU.

L'articulation entre les différents acteurs médico-sociaux et sanitaires (hospitalier, médecine de ville) sur un territoire de proximité est indispensable.

NB : Les données présentées ci-dessous sont issues Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) volet prise en charge des addictions, établi pour l'Ile-de-France pour la période 2009-2013. Elles devront être mises à jour à l'occasion de la révision de ce volet, à partir de 2013.

- **Les équipes de liaison et de soins en addictologie**

Les ELSA ou les ECIMUD sont des équipes mobiles et pluridisciplinaires qui se déplacent à la demande des différents services hospitaliers pour prendre en charge les usagers de drogues. Ces équipes favorisent l'accès aux soins des patients présentant une addiction à un ou plusieurs produits licites ou illicites.

Dans le cadre de bonnes pratiques professionnelles, les ELSA établissent des coopérations avec les CAARUD et CSAPA d'un même territoire.

- **Les consultations en addictologie.**

En 2011, la région Ile de France compte 86 établissements de santé impliqués dans la prise en charge des addictions. L'offre de soins en addictologie se concentre plus particulièrement sur Paris, les Hauts de Seine et le Val de Marne.



Etablissements de santé impliqués dans la prise en charge des addictions en 2009 (MCO, psychiatrie, SSR)	Nombre total d'établissements en 2009*
Paris	14
Seine et Marne	5
Yvelines	8
Essonne	9
Hauts de Seine	17
Seine-Saint-Denis	9
Val de Marne	14
Val d'Oise	10
Total Ile-de-France	86

* Données fournies par les DDASS et l'enquête DHOS/ARHIF 2009

En 2009, 76 établissements de santé franciliens étaient impliqués dans la prise en charge des addictions, 74 exerçaient une activité d'addictologie en court séjour et 8 une activité de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle.

Parmi les 74 établissements de santé de court séjour, 6 établissements réalisent également leur activité d'addictologie en soins de suite et de réadaptation. Ainsi, les activités d'addictologie sont prises en charge exclusivement en court séjour par 68 établissements de santé.

Les établissements de santé de la région francilienne ont réalisé en 2009 un volume de 68 942 journées de sevrages complexes déclarées quelque soit la forme et la nature de la prise en charge (médecine, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation).

Par ailleurs, on dénombre sur l'ensemble de la région un total de 12 réseaux orientés dans la prise en charge des addictions.



1.4.4.3 La prise en charge en médecine de ville

Le médecin généraliste constitue un interlocuteur de première ligne dans la prévention et la prise en charge des problèmes liés au tabac, à l'alcool, et aux drogues illicites. Il peut favoriser la réalisation d'un dépistage du VIH ou du VHC et orienter les usagers vers une prise en charge de leurs consommations de substances psychoactives tant licites qu'illicites. Certains médecins sont organisés en réseau centré sur la toxicomanie afin de mettre en œuvre une prise en charge concertée des addictions sur le plan médico-psycho-social. Le médecin de ville peut développer des actions de prévention secondaire (le RPIB pour les usagers d'alcool, le conseil minimal ou l'utilisation du CO-testeur pour les personnes dépendantes du tabac). Il peut également prescrire un traitement de substitution nicotinique ou aux opiacés.

- **Le tabagisme**

Les médecins généralistes peuvent aider efficacement à l'arrêt du tabac³³ et des actions peuvent être réalisées au sein même des consultations. Ainsi, le médecin peut utiliser le conseil minimal qui consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il veut arrêter de fumer. Il a la possibilité de proposer des brochures, d'aider et de soutenir le fumeur dans ses démarches de prise en charge. Il peut également prescrire des traitements adaptés aux dépendances pour que le patient réduise ou arrête sa consommation de tabac.

Actuellement, quatre traitements sont recommandés : les substituts nicotiniques, le bupropion³⁴ (commercialisé sous les marques Zyban® et Wellbutrin®) prescrit en tant qu'aide au sevrage tabagique, la varénicline³⁵ (commercialisée en France depuis le 12 février 2007 sous la marque Champix®) et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)³⁶.

Le médecin peut utiliser le CO-testeur (mesure du monoxyde de carbone expiré) afin d'évaluer le niveau de consommation du patient. Ces méthodes sont reconnues pour augmenter

³³ A. Stoeber-Delbarre, F. Letourmy, H. Sancho-Garnier, « Rôles et actions efficaces des médecins généralistes dans le sevrage tabagique », *BEH*, Numéro thématique Journée mondiale sans tabac, 2005

³⁴ Le bupropion fait partie de la famille des antidépresseurs, mais n'est pas utilisé pour ses propriétés antidépressives. Il diminue les symptômes du sevrage tabagique, sans que son mécanisme d'action dans cette indication soit connu avec précision [extrait du Vidal].

³⁵ La varénicline se fixe sur les récepteurs à la nicotine présents dans le cerveau. Elle aide à soulager les symptômes de manque et permet de réduire les effets de plaisir liés au tabagisme [extrait du Vidal].

³⁶ TCC : Technique de soins basée sur l'analyse, l'évaluation et la modification des facteurs individuels et environnementaux qui influent sur les comportements, les manifestations physiologiques et les schémas de pensées d'un individu. Elle vise à remplacer par le biais d'un apprentissage, un comportement pathologique, notamment une conduite de dépendance, par un autre comportement dont la définition aura fait l'objet d'un contrat entre le patient et le thérapeute. (Source : Dictionnaire des drogues et des dépendances, Larousse, Paris, 2004)



significativement les sevrages tabagiques réussis³⁷ et « multiplient par 1,5 à 2 les chances d'arrêter de fumer »³⁸.

- **La consommation abusive d'alcool et l'alcool-dépendance**

L'intervention des médecins généralistes en matière de prise en charge des consommateurs rencontrant un problème avec l'alcool s'effectue souvent en liaison avec un centre spécialisé. « En France, 30 % des personnes qui consultent en médecine de ville ont une consommation d'alcool qui dépasse les niveaux de risques définis par l'OMS³⁹ »⁴⁰.

Il n'existe pas de données actualisées sur la prise en charge de la consommation d'alcool par la médecine de ville. Toutefois, d'après le Baromètre santé médecins/pharmaciens de 2003, la moitié des médecins interrogés (51 %) déclare avoir vu au moins un patient consultant pour un sevrage alcoolique dans les sept jours précédant l'enquête. Pour 68 % des généralistes la prise en charge de ces patients se fait en liaison avec une structure et pour 20 % elle s'effectue seule.

- **L'usage des drogues illicites**

A l'heure actuelle, le médecin de ville joue un rôle non négligeable dans la prise en charge des usagers de drogues illicites et continue à être prescripteur de traitement de substitution, notamment de la BHD.

Les données issues du Baromètre santé médecins/pharmaciens de 2003 n'ont pas été actualisées. Cependant, rappelons qu'en 2003, « 85 % des médecins généralistes déclarent être concernés par la prise en charge des patients toxicomanes dans le cadre de leurs consultations. Parmi l'ensemble des médecins interrogés, un tiers déclare prescrire un traitement de substitution. ».

³⁷ MC. Fiore, WC. Bailey, SJ. Cohen, "Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services. A Public Health Service report". May, 2000. http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf

³⁸ C. Silagy, T. Lancaster, L. Stead, D. Mant, G. Fowler, "Nicotine Replacement therapy for smoking cessation". Cochrane database Syst Rec 2004, p.3

³⁹ Moins de 21 verres par semaine chez l'homme, moins de 14 verres par semaine chez la femme et pas plus de 4 verres par occasion.

⁴⁰ Drees, « Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins », *Études et résultats* n°405, 2005



En France, en dix ans, le nombre d'usagers de drogues sous substitution a fortement augmenté mais cette croissance s'est ralentie depuis 2005.

Deux médicaments sont utilisés dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés : la méthadone, dont la prescription ne peut être initiée que dans les CSAPA et les établissements de soins, et la BHD commercialisée sous le nom de Subutex® ou sa forme générique qui peut être initiée par tout médecin. Depuis sa mise sur le marché en 1996, la BHD est devenue très rapidement, en termes quantitatif, le premier traitement de la dépendance aux opiacés en France.

Baisse des ventes de traitements de substitution en officine de ville

Entre 2006 et 2009, le nombre de boîtes vendues de traitements de substitution a globalement diminué en Île-de-France comme en France. Le nombre de boîtes vendues pour 100 habitants de 20 à 49 ans à l'échelle régionale est inférieur à l'échelle nationale. En 2009, en Ile de France, selon les données du dispositif Siamois qui comptabilise les ventes en pharmacie de ville, 314 992 boîtes de Stéribox® ont été vendues, soit une moyenne de 9 boîtes pour 100 habitants de 20 à 39 ans (contre 14,6 boîtes en moyenne sur l'ensemble du territoire). Les ventes de Stéribox® sont en baisse de 10,6% par rapport à 2008 dans la région.

	2009	Ventes de Stéribox® pour 100 habitants de 20 à 39 ans
Paris	93 734	12,0
Seine-et-Marne	24 906	6,9
Yvelines	39 993	10,6
Essonne	22 226	6,6
Hauts-de-Seine	34 078	7,0
Seine-St-Denis	49 625	10,9
Val-de-Marne	27 111	7,0
Val-d'Oise	23 319	7,1
Ile-de-France	314 992	9,0
France	2 425 114	14,6

Ventes de Stéribox®, en nombre de boîtes, par département francilien

Pour la méthadone, 599 366 boîtes ont été vendues dans la région en 2009 soit 17,1 boîtes pour 100 habitants de 20 à 39 ans contre 44,4 boîtes en moyenne en France. Les ventes de Méthadone ont connu une baisse de plus de 23% par rapport à 2008.



Ces chiffres peuvent être expliqués par le fait qu'une minorité de pharmacies franciliennes délivrent des seringues et des produits de substitution. L'enquête PHARMACUD réalisée par l'association SAFE en 2010 auprès de pharmaciens parisiens montre ainsi que seuls 53% des pharmacies parisiennes vendent du STERIBOX et 29% délivrent de la Méthadone.

1.4.4.4 L'offre en automates distributeurs de seringues

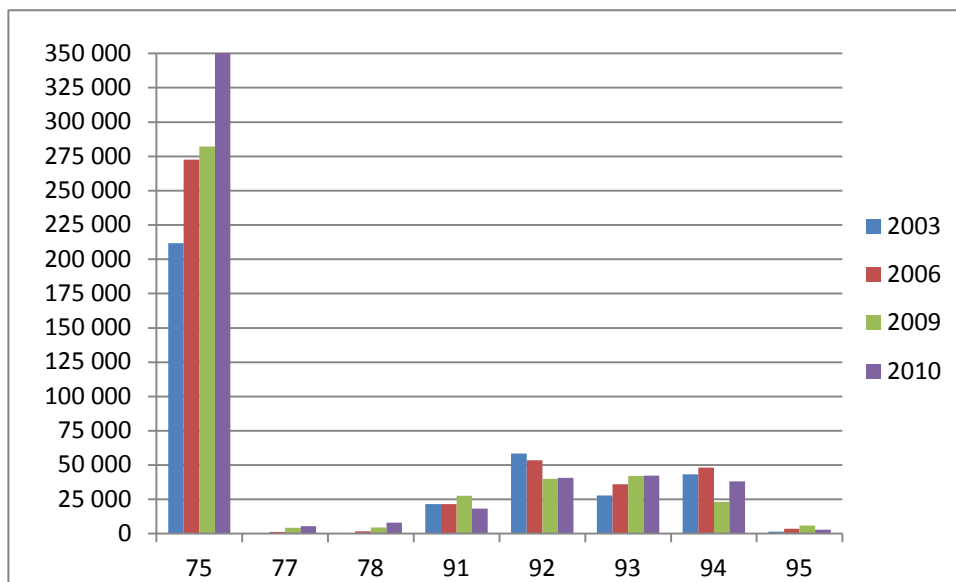
Depuis 2006, sur l'ensemble du territoire francilien, le nombre global d'automates implantés est constant (134 automates) mais le nombre d'automates opérationnels a diminué. En 2011, 131 sites sont opérationnels.

Depuis 2004, tous les départements franciliens sont dotés d'au moins un automate de réduction des risques. Cependant, la couverture territoriale reste encore très hétérogène et insuffisante sur certains secteurs géographiques. Par ailleurs, certains automates fonctionnent peu, ce qui interroge sur la pertinence de leurs implantations et sur les mesures à envisager pour optimiser leur usage. L'évolution du parc d'automates ne suit pas l'évolution des pratiques sur le plan régional. Ainsi, en 2009, le département des Yvelines ne dispose que d'un seul automate alors que les données Siamois montrent qu'il existe dans ce département une demande de la part des usagers de drogues. En effet, en 2009 près de 40 000 boîtes de Stéribox® ont été vendues dans les pharmacies du département.



Evolution du nombre de seringues distribuées par les automates et par département entre 2003 et 2010

(Données association SAFE).



Evolution du nombre de seringues distribuées par les automates et par département entre 2003 et 2010 - Focus Hors Paris (Données association SAFE).

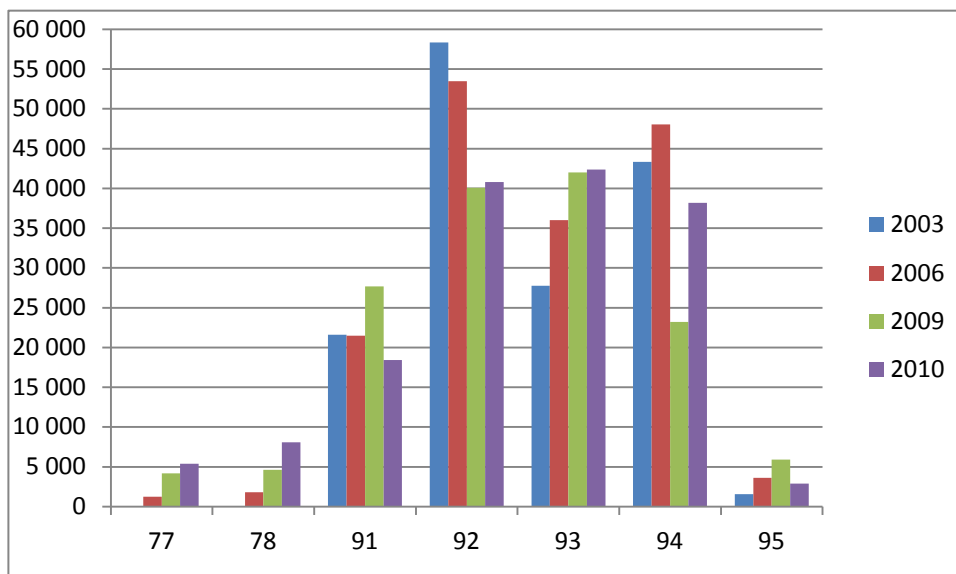




Schéma d'organisation médico-sociale

Dpt	Nombre de sites d'implantation d'automates en fonctionnement (2012)	Distribution de seringues par département 2003	Distribution de seringues par département 2006	Distribution de seringues par département 2009	Distribution de seringues par département 2010	Soit une évolution de ...% depuis 2006
75	34	211 738	272 594	282 202	350 926	28,74%
77	2	0	1 236	4 190	5 384	435,60%
78	1	0	1 800	4 642	8 066	448,10%
91	10	21 616	21 466	27 690	18 410	-14,24%
92	29	58 354	53 500	40 090	40 804	-23,73%
93	16	27 780	36 034	42 004	42 388	17,63%
94	30	43 336	48 064	23 214	38 196	-20,53%
95	6	1 584	3 622	5 924	2 890	-20,21%
TOTAL IDF :	128	364 408	438 316	429 956	507 064	106,42%

L'évolution moyenne régionale est fortement influencée par les données de Seine et Marne et des Yvelines.

Dans le détail, on constate une évolution très hétérogène. Cette hétérogénéité s'explique notamment, outre l'évolution des comportements et des pratiques, par l'évolution du parc d'automates au sein des départements (restructuration du par cet automates hors-services notamment).

1.4.5 Le dispositif francilien d'accompagnement médico-social des personnes malades en situation de précarité et de vulnérabilité



Accompagnement médico-social et hébergement des personnes malades ayant des besoins spécifiques en Ile-de-France

Nombre de places LHSS :
Lits Halte Soins Santé



LAM et LHSS SAMU Social de Paris implanté dans le Val-de-Marne

▲ 24 places

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

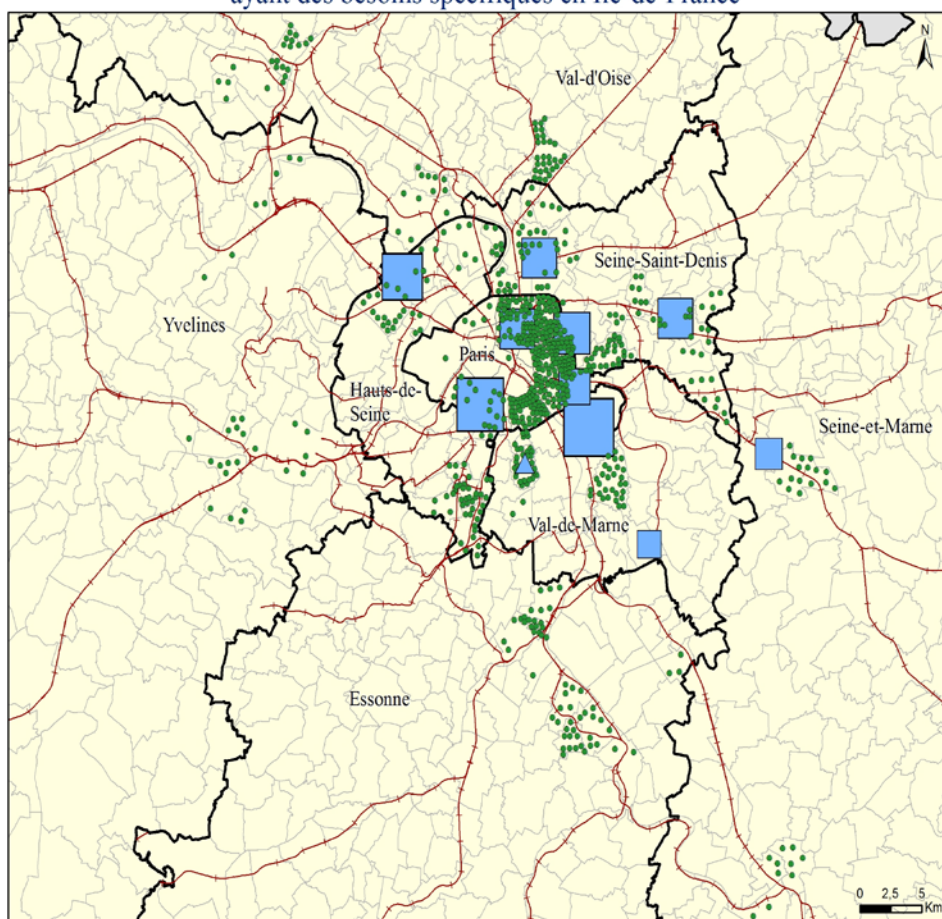
● ACT : 1 point = 1 place installée
(Points placés aléatoirement au sein de la commune)

— Voie ferrée

— Limites départementales

— Limites communales

Source : IGN, ARS Ile-de-France 2012
Traitement : ARS Ile-de-France Novembre 2012
Carte sans valeur juridique





- **Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)**

La loi du n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale a permis de pérenniser le dispositif des Appartements de Coordination Thérapeutique en mettant fin au statut expérimental en vigueur depuis 1994 et en l'intégrant dans le cadre des établissements sociaux et médico-sociaux financés par l'Assurance Maladie. Les ACT fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Initialement conçus pour accueillir des personnes atteintes du VIH, ils sont désormais destinés à accueillir des personnes atteintes de pathologies chroniques sévères (cancers, hépatites chroniques évolutives).

Au 1^{er} janvier 2012, l'Ile-de-France compte 687 places installées. La répartition territoriale de cette offre apparaît inégale. En effet, Paris compte plus de 260 places soit une place pour 8593 personnes environ, il est le département le mieux doté. A l'inverse, la Seine-et-Marne compte seulement 26 places soit une place pour environ 50 516 personnes.

L'évolution des ACT (profil des patients accueillis, nouveaux besoins, etc.) rend nécessaire une réflexion concertée et partagée quant à la structuration du dispositif francilien.

- **Les Lits Halte Soins Santé (LHSS)**

Créés en 2005, les Lits Halte Soins Santé (LHSS) sont des structures médico-sociales assurant un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, un suivi thérapeutique, un accompagnement social et des prestations d'éducation à la santé auprès d'usagers en grande précarité. Leur mission est d'offrir une suite ou une alternative à l'hospitalisation aux personnes vivant à la rue.

Les LHSS permettent de faire le lien entre l'hospitalisation et les structures sociales qui ne sont pas pourvues de moyens médico-sociaux adaptés.

Le public accueilli en LHSS est essentiellement masculin, isolé, âgé (15,70 % des bénéficiaires ont plus de 60 ans, problématique du vieillissement prématuré des personnes ayant connu un long parcours de rue) et atteint d'affections dont la gravité apparaît variable mais dont plus de 30 % sont des pathologies de longue durée.

Au 1^{er} décembre 2012, l'Ile-de-France compte de 385 LHSS.



Répartition de l'offre francilienne en LHSS

département	Nombre de places
Paris	210
Seine-et-Marne	25
Hauts-de-Seine	50
Seine-Saint-Denis	80
Val-de-Marne	20
Total LHSS Ile de France :	385

- **Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)**

Des lits d'accueil médicalisés, plus adaptés et accueillant ce public plus âgé et atteint de pathologies lourdes, sont expérimentés depuis 2009 à Lille, Troyes et Paris (24 places).

D'une durée de trois ans, cette expérimentation devra notamment permettre d'identifier les parcours des personnes accueillies, leurs pathologies et les raisons qui expliquent leur difficulté à accéder aux structures de droit commun. L'évaluation du dispositif permettra également de déterminer s'il répond ou non aux besoins de ces personnes, d'en identifier les raisons et dans l'affirmative, de définir les conditions optimales de son fonctionnement.



1.4.6 Les enjeux et les objectifs du SROMS au service des personnes en difficultés spécifiques

1.4.6.1 Les enjeux

1.4.6.1.1 Concernant le dispositif de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie

Face à l'augmentation des usages problématiques et/ou pathologiques associant des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, face à des polyconsommations de plus en plus nombreuses et complexes, et au regard de la précarité d'une majorité d'usagers, il est nécessaire d'élaborer des **stratégies d'intervention adaptées, pluridisciplinaires, globales et coordonnées, qui vont de la prévention aux soins et à l'accompagnement médico-social et social.**

Pour mémoire, le dispositif médico-social en addictologie s'est construit à partir de structures de prise en charge de la dépendance à des produits (d'abord l'alcool, les drogues illicites depuis une quarantaine d'années, le tabac depuis une vingtaine d'années et plus récemment le cannabis, le crack, la cocaïne...), d'opportunités locales, de possibilités financières, etc.

La mise en place récente des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) consacre la reconnaissance du concept d'addictologie et contribue à consolider la place de ce secteur médico-social dit « spécialisé » situé au carrefour et en complémentarité des acteurs sociaux, hospitaliers et de la médecine de ville.

Pour autant, le dispositif médico-social en addictologie doit poursuivre sa structuration, tant au niveau de son organisation, que de son implantation territoriale afin que toute personne confrontée à un problème d'addiction ou son entourage puisse trouver une réponse adaptée, de proximité, pluridisciplinaire, et ce quel que soit sa situation (personnelle, administrative, sociale, sanitaire, etc.), et le moment de son parcours de vie et de soins.

La mise en œuvre de ce principe requiert une **approche graduée, cohérente, décloisonnée et articulée du système d'accompagnement et de soins pour s'assurer de la continuité de prise en charge entre les dispositifs médico-sociaux, sociaux, sanitaires et la médecine de ville.**

Un premier pas dans la planification a été franchi avec l'élaboration du Schéma Régional d'Addictologie (SRA), visant notamment, à la lumière des constats et des éléments de



diagnostic, à l'organisation du dispositif régional de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie.

Ce travail de planification se poursuit avec le SROMS, qui intègre le SRA tout en le révisant à l'aune des objectifs stratégiques que s'est assignée l'ARS dans la perspective de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, d'améliorer la qualité du service rendu et l'efficience de l'organisation.

La question des addictions doit ainsi être traitée de manière transversale dans le PRS (PSRS, SRP, SROS, SROMS, PRAPS) et en lien avec les autres partenaires de l'ARS (institutions, collectivités territoriales, associations, etc.).

1.4.6.1.2 Concernant les dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes malades en situation de précarité et de vulnérabilité

Les personnes en situation de précarité, résidant dans un logement ou un hébergement précaire ou sans abri présentent souvent des problématiques sanitaires complexes résultant du fait qu'elles recourent peu ou pas aux services de médecine ou de prévention, l'absence de logement constituant un frein majeur à l'accès aux soins.

Du fait de leurs conditions de vie, de leurs problèmes qui entremêlent des questions sociales, médicales et/ou psychologiques, les besoins de ces personnes sont à la fois sanitaires, médico-sociaux et sociaux. La réponse impose donc de coordonner l'action de ces trois champs d'intervention et requiert en outre des savoirs faire particuliers au regard notamment du fait que ces personnes n'expriment que peu leurs besoins.

Les ACT, les LHSS et les LAM, créés, en l'absence de prise en charge adaptée par d'autres structures sanitaires et sociales, assurent ainsi conjointement un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique, ainsi qu'un accompagnement social, en un mot une intervention globale reposant sur l'action pluridisciplinaire, concomitante et coordonnée des professionnels des champs concernés.

Ces dispositifs s'inscrivent dans un système dont l'objectif est de permettre aux personnes de recouvrer pleinement l'exercice de leurs droits fondamentaux que sont le logement, la santé et la citoyenneté.

Dans ce cadre, les structures qui relèvent de l'accueil et de l'accompagnement des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, sont conçues comme des passerelles vers l'accès à ces droits fondamentaux.

Or, la sortie de ces structures est souvent freinée par le manque de coordination entre dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ou par des dispositifs ou des pratiques professionnelles



peu ou mal adaptés, équipés pour répondre à certaines problématiques ou pathologies lourdes (addictions, comorbidités psychiatriques, etc.).

Aussi, ces dispositifs doivent donc être organisés en articulation avec :

- les dispositifs relevant du SROS (aussi bien en tant que structures d'amont que d'accompagnement ponctuel du type intervention d'équipes de psychiatrie en ACT ou LHSS) ;
- les dispositifs d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes en situation de précarité qui relèvent de l'Etat ainsi qu'avec ceux des collectivités territoriales, et notamment ceux des conseils généraux, chef de file de l'action sociale dans les départements ;
- les autres dispositifs médico-sociaux relevant du SROMS (EHPAD, MAS, FAM..).

Ainsi, le SROMS est porteur de transversalité dans l'accueil et l'accompagnement des personnes malades en situation de précarité et de vulnérabilité, avec :

- les autres volets du SROMS (personnes âgées et personnes handicapées) ;
- les autres schémas et programmes régionaux constituant le PRS : PSRS, SRP, SROS, PRAPS ;
- les autres politiques publiques notamment celles intervenant dans le secteur social.

1.4.6.2 Les objectifs

1.4.6.2.1 *Concernant le dispositif de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie*

Trois objectifs fondamentaux visant à assurer les conditions et l'organisation d'une prise en charge continue, adaptée et de proximité peuvent être identifiés.

1/ L'égalité d'accès aux soins : l'égalité des soins suppose une implantation territoriale équilibrée des dispositifs de prévention, de prise en charge et de soins (offre ambulatoire, médico-sociale et hospitalière), un maillage entre ces dispositifs et intervenants permettant de répartir les services et les prestations (prise en charge ambulatoire, accompagnement, soins, prévention, intervention précoce, réduction des risques et des dommages, hébergement thérapeutique individuel ou collectif, etc.) à rendre à la population, ainsi qu'une définition claire des niveaux de soins et des interventions/responsabilités respectives des divers acteurs, y compris des professionnels de santé libéraux.

Au delà de l'acception géographique, l'accès aux soins renvoie aussi à :

- l'accès à l'information, à la prévention, à l'intervention précoce, à la réduction des risques et aux soins de toutes les personnes ayant des conduites addictives,



- la prise en compte des populations « vulnérables », des populations nécessitant un accueil et une prise en charge spécifiques (jeunes, femmes enceintes et/ou avec enfants, personnes en situation de précarité, patients chroniques et/ou en perte d'autonomie et/ou atteints de troubles psychiatriques, « vieux consommateurs », personnes détenues ou sortant de prisons, personnes placées sous main de justice, usagers de crack, etc.).

2/ La qualité de l'accompagnement, de la prise en charge et des soins, qui intègre à la fois les préoccupations de sécurité et d'expertise des prise en charge et des soins, l'amélioration des pratiques professionnelles, la diversité des modes de prise en charge mais également l'accompagnement de la personne ;

3/ La continuité de la prise en charge et des soins, c'est-à-dire la coordination du parcours du patient, de la prévention à l'insertion/réinsertion sociale et professionnelle, en incluant l'éducation pour la santé, le repérage, l'intervention précoce, la réduction des risques, le diagnostic, la prise en charge médicale et psychologique/psychiatrique, la prescription et le suivi des traitements de substitution, la prise en charge sociale et éducative.

La mise en œuvre de ce principe requiert une **approche graduée, cohérente, décroisée et articulée** du système de prise en charge et de soins pour s'assurer de la continuité de prise en charge entre les dispositifs médico-sociaux, sanitaires et les soins en ville.

L'organisation graduée coordonnée entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux au sein de la région et dans chacun des territoires de proximité, la recherche de la cohérence et de la **complémentarité entre les missions des différents acteurs contribueront ainsi à la définition, sur chaque territoire, de filières de soins globales cohérentes et lisibles.**

Les stratégies d'intervention et les actions retenues par le SROMS (cf. annexe : fiches actions), déclinaison opérationnelle de ces objectifs fondamentaux, viseront à :

- Développer et organiser la prévention des conduites addictives, en lien avec le schéma régional de prévention :
 - o Identifier, promouvoir et développer des actions, individuelles et collectives, intégrant des approches diversifiées (promotion de la santé, éducation à la santé, intervention précoce) et adaptées aux publics concernés.
- Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages :
 - o Développer une méthodologie clinique de la réduction des risques en CSAPA et en CAARUD, observant et prenant en compte les pratiques réelles des usagers



- o Développer des actions visant à réduire la prévalence des maladies infectieuses (VHC, VIH) chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et inhalées.
- Assurer une prise en charge adaptée, continue et de proximité pour toutes les personnes ayant des conduites addictives :
 - o Organiser et répartir l'offre médico-sociale en addictologie en veillant à garantir à tous la possibilité d'un recours aux dispositifs (CSAPA ambulatoires et résidentiels, CAARUD) quel que soit le territoire, l'accessibilité et les problèmes rencontrés par les personnes
 - o Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social, sanitaire pour assurer la fluidité des parcours entre les différents dispositifs
 - o Améliorer les prises en charge conjointes en cas de comorbidités induites ou concomitantes, particulièrement avec la psychiatrie
 - o Améliorer la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire : s'assurer de la continuité des soins à l'arrivée, en détention, dans le cadre de transferts et à la sortie du milieu carcéral.

1.4.6.2 Concernant les dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes malades en situation de précarité et de vulnérabilité

Plusieurs objectifs doivent être posés :

- Assurer aux personnes en logement/hébergement précaire ou sans domicile et malades une prise en charge globale associant un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique, ainsi qu'un accompagnement social ;
- Améliorer la qualité des prestations en garantissant un accueil adapté aux évolutions des besoins et à la diversité des publics (jeunes, femmes/familles, personnes sortant de prison, pathologies chroniques sévères, résidents vieillissants, pratiques addictives etc.) ;
- Favoriser la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes en situation de précarité et vulnérabilité sociale et/ou psychologiques en organisant les coopérations entre les différents secteurs d'intervention (hôpital, médecine de ville, médico-social, social).

Avec la nécessité de parvenir à :

- Garantir l'accès à la prévention et aux soins aux personnes en situation de précarité, sans domicile, et présentant des besoins spécifiques ;



Schéma d'organisation médico-sociale

- Améliorer les sorties du dispositif médico-social dédié aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques vers les autres dispositifs sociaux, médico-sociaux ou le logement par un accompagnement adapté ;
- Organiser la complémentarité des acteurs sur le territoire et améliorer la lisibilité du dispositif.



2 ORIENTATIONS ET RECOMMANDATIONS

2.1 Orientations régionales

A la lumière des éléments saillants de l'état de santé de la population francilienne et de l'identification des principales tendances et des attentes des personnes fragiles, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a retenu des principes qui ont vocation à guider son action dans le cadre de la mise en œuvre de son projet régional de santé dont deux sont particulièrement pertinents par rapport aux populations concernées par le schéma régional d'organisation médico-sociale. Il s'agit des principes suivants :

- la réduction des inégalités territoriales et la structuration de l'offre médico-sociale en fonction de la réalité des besoins de la population francilienne,
- l'importance donnée à une approche intégrée des parcours de santé des populations couvertes par le schéma partagés entre prévention, soins et accompagnement.

Dans ce contexte, deux axes stratégiques fondamentaux ont vocation à présider aux objectifs du schéma régional d'organisation médico-sociale pour les cinq prochaines années. Il s'agit des objectifs suivants :

- organiser une offre médico-sociale adaptée et de proximité,
- améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes.

La nécessaire transversalité qu'il convient de promouvoir dans l'accompagnement et la prise en charge des populations concernées par le schéma a conduit à retenir, pour chacun de ces deux axes stratégiques, des objectifs opérationnels communs aux trois populations (personnes âgées, personnes handicapées, personnes en difficultés spécifiques).

Parmi les actions proposées dans le schéma, on peut distinguer trois situations :

- les actions pour lesquelles l'ARS dispose de leviers directs pour créer une dynamique d'évolution,
- celles pour lesquelles les compétences et les responsabilités sont partagées avec les conseils généraux, le SROMS s'articulant avec les schémas élaborés par les départements auxquels le rôle de chef de file de l'action sociale permet d'intégrer l'ensemble des dimensions sociales et médico-sociales,



Schéma d'organisation médico-sociale

- les situations où l'ARS est davantage en posture d'incitation des partenaires avec lesquels il importe d'organiser des rapprochements et des coopérations pour mettre en œuvre les actions du schéma.

Les actions pour lesquelles l'ARS dispose de leviers directs constituent logiquement la priorité et pourront se traduire, au moins pour partie, dans le Schéma lui-même et dans le programme de mise en œuvre du Schéma que constitue le PRIAC, en termes d'objectifs quantifiés.



2.1.1 Organiser une offre médico-sociale adaptée et de proximité

Le schéma régional d'organisation de l'offre médico-sociale d'Ile-de-France doit structurer l'offre médico-sociale de telle sorte que celle-ci soit **adaptée** aux besoins des personnes et **accessible** à l'ensemble des franciliens, aussi bien géographiquement qu'économiquement.

La question de la proximité est essentielle dans le champ médico-social du fait des besoins d'une population cible importante et en augmentation. De même, la nature des prestations délivrées implique un caractère de proximité marqué car le recours aux services qui constitue un objectif en tant que tel est fréquent, voire quotidien - que les personnes se déplacent ou que la prise en charge s'exerce au domicile. Le choix des solutions de prise en charge les mieux adaptées ne doit également pas être entravé par des questions économiques, ce qui fait du reste à charge un enjeu majeur en termes de répartition de l'offre, notamment pour les personnes âgées dépendantes.

Or, le diagnostic régional met en évidence une inadaptation de l'offre médico-sociale disponible au regard des évolutions démographiques (évolution des déficiences, vieillissement de la population, augmentation des pratiques addictives à risques) et des besoins exprimés par les personnes, ainsi que les profonds déséquilibres existants en termes de répartition de l'offre médico-sociale, notamment entre le centre (Paris et la petite couronne) et la périphérie (grande couronne). Ces déséquilibres ne peuvent être analysés au regard des seuls taux d'équipements bruts. D'importants flux interdépartementaux entre le centre et la grande couronne attestent que des patients du centre trouvent des réponses à leurs besoins en périphérie de l'agglomération parisienne, et qu'une part importante des capacités de la grande couronne n'est pas disponible pour les personnes qui y habitent. Une analyse fine et inter-départementale de l'accessibilité réelle aux établissements pour les populations de chaque territoire est donc nécessaire pour assurer une programmation pertinente des capacités médico-sociales.

Pour répondre à cet enjeu, trois objectifs opérationnels ont été retenus :

- réduire les inégalités territoriales pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux par une diversification de l'offre et une création de places dans les territoires sous dotés,
- restructurer l'offre pour suivre l'évolution démographique et les aspirations nouvelles des populations,
- renforcer une logique d'efficience du système.

2.1.1.1 Réduire les inégalités territoriales pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux par une diversification de l'offre et une création de places dans les territoires sous dotés.

Globalement les capacités de l'offre médico-sociale de la région Ile-de-France sont en deçà du niveau national au regard des taux d'équipement. Malgré des efforts importants de création de places ces dernières années dans le cadre du PRIAC, il n'est pas toujours facile pour la personne fragile ou son entourage de trouver une solution d'accompagnement adaptée et de proximité. Ainsi, le taux d'équipement en places installées pour enfants handicapés est de 7 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans quand la moyenne nationale est de 8 places et le taux d'équipement en EHPAD en hébergement complet est de 76 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus contre environ 90 au niveau national.

La région Ile-de-France a donc encore besoin de **créer** des places nouvelles pour répondre aux besoins, sachant que leur nombre dépendra des moyens nouveaux éventuels qui seront alloués par la CNSA.

Par ailleurs, les inégalités en termes de taux d'équipement entre les départements franciliens sont fortes et l'accessibilité économique n'est pas garantie de manière équitable selon les territoires. Ainsi, si 90% des Seine-et-Marnais trouvent une place en EHPAD dans leur département, seuls 45% des Parisiens y parviennent, pour des raisons de capacités mais aussi pour des raisons de tarification. De même, la répartition des structures pour enfants et adultes polyhandicapés est disparate, avec une offre particulièrement faible à Paris et relativement développée dans le Val-de-Marne. L'offre en addictologie est elle aussi inégalement répartie : si l'Essonne compte dix sites d'implantation des automates distributeurs échangeurs de seringues, un seul site est comptabilisé dans les Yvelines.

Il convient dès lors de corriger ces déséquilibres par une **diversification** et une **réorganisation** de l'offre médico-sociale existante dans la région afin de garantir une offre accessible et de proximité à l'ensemble des franciliens.

Dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées, les actions visent en premier lieu à conforter et diversifier l'offre médico-sociale tant en établissements (hébergement complet en EHPAD) qu'en structures alternatives de soutien à domicile (SSIAD, accueil de jour, hébergement temporaire). Par ailleurs, il convient de développer l'offre au bénéfice des territoires les moins équipés, en structures alternatives et si possible aussi en hébergement complet, en fonction des ressources nouvelles disponibles. Enfin, il est essentiel d'adapter l'offre existante dans chaque département en facilitant les opérations de rénovation, de restructuration et de redéploiement de capacités afin d'améliorer les conditions d'accessibilité territoriale et économique et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.



L'accompagnement des personnes âgées dépendantes souffrant de troubles du comportement, les malades Alzheimer et apparentés, s'inscrit dans cette même priorité de développement et de renforcement de l'offre avec l'ensemble des mesures relevant du plan Alzheimer (PASA en EHPAD, UHR en EHPAD et USLD, équipes spécialisées Alzheimer en SSIAD, autres mesures portant sur la création de plates-formes de répit ou de MAIA) dont il faudra assurer le suivi et l'adaptation au regard de l'évaluation qui en sera faite tout au long de la période couverte par le Schéma.

Pour le volet prise en charge des personnes en difficultés spécifiques, l'égalité des soins suppose une implantation territoriale équilibrée des établissements médico-sociaux (CAARUD, CSAPA, ACT, LHSS) et des dispositifs de prévention. Un maillage entre ces établissements doit permettre de répartir les services et les prestations à rendre à la population, ainsi qu'une définition claire des niveaux de soins et des interventions/responsabilités respectives des divers acteurs, y compris des professionnels de santé libéraux.

Au delà de l'acception géographique, l'accès aux soins renvoie également à l'accès à l'information, à la prévention, à l'intervention précoce, à la réduction des risques et aux soins de toutes les personnes ayant des conduites addictives. Il convient en outre de prendre en compte les spécificités sociodémographiques des départements franciliens, et en particulier la surreprésentation de populations vulnérables nécessitant une prise en charge spécifiques (jeunes, femmes enceintes et/ou avec enfants, personnes en situation de précarité, « vieux consommateurs », personnes détenues ou sortant de prisons, personnes placées sous main de justice, , etc.) au sein de certains départements franciliens afin de diversifier et de renforcer l'offre médico-sociale qui leur est destinée dans ces départements.



2.1.1.2 Restructurer l'offre pour suivre l'évolution démographique et les aspirations nouvelles des populations.

Les progrès de la médecine ainsi que les aspirations nouvelles des personnes fragiles conduisent à une évolution sensible des besoins de prise en charge médico-sociale. La prévalence de certains handicaps diminue tandis que d'autres troubles progressent ; le choix d'un accompagnement à domicile est opéré par un nombre croissant de personnes âgées ; le concept d'addictologie se répand et redessine l'offre de soins proposée aux personnes confrontées à des addictions... Il importe donc de prendre en compte ces évolutions et de **restructurer** sur cette base l'offre médico-sociale disponible dans la région. Cette restructuration de l'offre médico-sociale doit se fixer pour objectif une absence de ruptures dans les parcours de santé, c'est-à-dire une meilleure coordination entre tous les acteurs des champs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Le contexte financièrement contraint dans lequel cette réorganisation sera mise en œuvre suppose de dégager en parallèle des marges de manœuvre, qu'elles soient internes au champ médico-social ou en lien avec le champ sanitaire ou ambulatoire. Les moyens qui seront dégagés seront alors **redéployés** vers de nouveaux dispositifs et structures répondant aux nouveaux besoins des populations. Les EHPAD existants doivent s'adapter et se transformer pour tenir compte du vieillissement de la population grâce notamment à une plus forte médicalisation des structures et à une prise en charge adaptée des personnes âgées présentant des troubles du comportement. Par ailleurs, il convient par priorité de renforcer la prise en charge à domicile afin de répondre aux attentes des personnes âgées.

La proposition de maintien à domicile mérite d'être soumise en premier lieu à la personne en situation de handicap ou âgée ainsi qu'à sa famille. On ne peut cependant pas perdre de vue la nécessité d'une orientation en établissement pour certains types ou degré de handicap.

Lorsque le maintien à domicile est demandé, il doit pouvoir se faire en lien avec une offre de services diversifiée. Des solutions alternatives proposant à la fois une accessibilité optimale des logements pour une meilleure autonomie (domotique), une présence nocturne sécurisante, un accès aux soins, des activités sociales et culturelles, un encadrement éducatif, et un accès à la formation doivent pouvoir être envisagées. Ces services pourraient prendre la forme d'accueil de jour ponctuel ou temporaire, mais aussi de logements proposant un accueil durable.

Depuis une vingtaine d'années, on constate une évolution différenciée des déficiences, marquée d'une part par la diminution de la prévalence de certains handicaps (division par deux environ du nombre de naissances d'enfants trisomiques en 15 ans), la transformation de l'incidence que certains handicaps peuvent avoir dans la vie courante (recours très large aux implants cochléaires par exemple) et d'autre part par la progression de certains troubles (augmentation de



la prévalence des troubles envahissants du développement ou du polyhandicap générée par les progrès de la néonatalogie).

Il convient de restructurer et de diversifier l'offre en faveur des personnes handicapées en fonction de la fluctuation des besoins et des aspirations de la personne. On citera par exemple, l'augmentation pour le secteur de la petite enfance des files actives de CAMSP, où des délais d'attente pour l'obtention d'un premier rendez-vous démontrent des capacités d'accueil insuffisantes dans ce secteur. Les évolutions sociétales et légales qui traduisent les aspirations des familles à la scolarisation dans les écoles, les collèges et les lycées des enfants handicapés nécessitent de repenser et de réorganiser les dispositifs d'accompagnement (SESSAD) et de prise en charge (IME) en développant autour du projet personnalisé de scolarisation (PPS) et du projet individualisé d'accompagnement (PIA) médico-éducatif de chaque enfant porteur de handicap, les partenariats nécessaires entre les dispositifs de l'Education nationale (CLIS, ULIS) et les structures d'accompagnement de prise en charge du secteur médico-social (SESSAD, IME). Enfin, une diversification de l'offre est nécessaire pour faciliter le maintien à domicile et offrir des solutions de répit aux aidants.

Ces quelques exemples ne sont bien sûr pas exhaustifs de l'ensemble des actions à mener pour avoir une offre en totale adéquation avec les besoins des franciliens.

Enfin, le dispositif médico-social en addictologie doit poursuivre sa structuration, tant au niveau de son organisation que de son implantation territoriale afin que toute personne confrontée à un problème d'addiction ou son entourage puisse trouver une réponse adaptée, de proximité, pluridisciplinaire, et ce quels que soient la situation personnelle, administrative, sociale, sanitaire et le moment de son parcours de vie et de soins. La mise en œuvre de ce principe requiert une approche graduée, cohérente, décloisonnée et articulée du système d'accompagnement et de soins pour s'assurer de la continuité de prise en charge entre les dispositifs médico-sociaux, sociaux, sanitaires et la médecine de ville.

Etre attentif aux besoins des personnes nécessite par ailleurs une constante évolution des structures qui est un gage de dynamisme de l'offre. Dans cette perspective, il convient donc de favoriser les actions innovantes afin d'accompagner les personnes fragiles dans les meilleures conditions. Ainsi, dans le domaine de la prise en charge des personnes handicapées par exemple, les travaux conduits pour la préparation du Schéma ont permis d'échanger sur les différentes expériences menées en Ile-de-France pour prendre en charge les enfants ou adultes handicapés de façon différente ou de faire émerger des conceptions nouvelles d'accompagnement. Ces actions innovantes seront promues par l'ARS (développement des modes d'accueil permettant une mixité des populations ou mise en place de studios expérimentaux médicalisés dans les foyers de vie avec un éducateur référent).



2.1.1.3 Renforcer une logique d'efficacité du système

Le contexte financier contraint dans lequel va s'opérer la restructuration de l'offre médico-sociale impose de développer et de renforcer une **logique d'efficacité** afin de dégager des marges en termes d'efficacité et de productivité et d'éviter toute dépense inutile. Cette logique d'efficacité au regard de la pertinence des actions ne peut se réaliser que dans l'objectif plus large de coordination de tous les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées : services à domicile, soins, alternatives à l'institutionnalisation, réseaux, établissements, etc.

Cette démarche a pour but de toujours mieux servir l'utilisateur et de gérer de manière optimale les deniers publics. Dans la recherche d'efficacité, il importe donc d'évaluer la pertinence des actions, leur qualité, l'optimisation de l'allocation des ressources et la performance globale du système.

Dans cette perspective, la coopération entre établissements est une nécessité impérieuse afin de mutualiser les ressources et d'éviter les ruptures de soins coûteuses, inefficaces et préjudiciables aux personnes fragiles.

Pour répondre à ces objectifs la logique d'efficacité doit s'entendre de deux façons complémentaires :

- l'efficacité budgétaire dans la gestion des ressources publiques (bon usage des moyens et équilibre budgétaire),
- l'efficacité dans le positionnement de l'établissement eu égard aux missions qui lui sont imparties en participant notamment à la fluidité du parcours de soins (lutte contre les hospitalisations évitables, continuité des soins...).



2.1.2 Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes

Les populations concernées par le Schéma ont en commun d'être particulièrement fragiles et vulnérables. Elles nécessitent un accompagnement de qualité qui réponde à leurs aspirations et leur assure une prise en charge adaptée et globale. L'offre médico-sociale se situe en effet en complémentarité des offres existantes dans le champ social, sanitaire et ambulatoire. Elle se caractérise notamment par les notions de proximité, de pluridisciplinarité et d'accompagnement au long cours.

C'est donc un **parcours de vie et de soins** qu'il convient d'organiser autour des personnes fragiles, permettant une **approche intégrée** entre la prévention, le soin et la prise en charge médico-sociale.

Pour ce faire, le Schéma a retenu plusieurs objectifs phares concourant à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, handicapées et confrontées à des difficultés spécifiques.

2.1.2.1 Organiser et renforcer la prévention tout au long du parcours de vie

Bien que l'espérance de vie en France soit parmi les plus longues d'Europe (la plus longue pour les femmes), l'espérance de vie sans incapacité, c'est-à-dire le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé sans limitations d'activité, est inférieure de cinq ans à celle des pays les mieux classés en Europe sur cet indicateur. Cette situation paradoxale révèle notamment la faiblesse de la prise en compte de la logique préventive par les politiques publiques de santé en France.

Les démarches de prévention et de promotion de la santé constituent un rempart face aux risques de dégradation de l'autonomie : la lutte contre la perte d'autonomie appelle en effet une **approche intégrée** d'une situation de santé, selon le triptyque prévention / prise en charge / accompagnement. Il importe de promouvoir tout au long de la vie des **actions de prévention** destinées à favoriser le « bien vieillir » et l'autonomie des personnes le plus longtemps possible.

Afin que ces deux objectifs soient atteints, les campagnes devront être accessibles à tous, dans une démarche de transversalité, y compris dans les services et établissements médico-sociaux.



Les professionnels devront être attentifs afin que les lieux d'accueil et les matériels utilisés soient adaptés aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées.

A ce titre, le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé fait de la capacité d'autonomie de chacun l'une des finalités de la politique nationale de santé des quinze prochaines années⁴¹ en précisant que « *la capacité à vivre et agir sans être dépendant d'autrui est à la fois une aspiration légitime et largement partagée, la marque d'un certain « niveau de santé » mais aussi un facteur qui peut concourir, en lui-même, au maintien dans la meilleure situation de santé possible* ».

La prévention de la perte d'autonomie doit être une préoccupation tout au long de la vie et être renforcée au grand âge. La perte d'autonomie des personnes âgées résulte d'une déficience liée à une ou plusieurs pathologies et en même temps de la dynamique positive ou négative entre cette déficience et l'environnement qui peut la réduire ou la compenser. La multiplicité des acteurs et des financeurs (caisses de retraite, départements, assurance maladie, ARS,...) ne facilite pas la mise en place d'actions transversales et globales de prévention au service d'une prise en compte globale du vieillissement dans les politiques publiques. Il faut donc mener des actions de prévention diversifiées et complémentaires aussi bien pour les personnes âgées à domicile que pour celles accueillies en établissement.

La prévention de la perte d'autonomie ne peut se limiter à la réponse apportée en termes de soins médicaux même si les médecins généralistes et les autres professionnels de santé ont un rôle majeur à jouer en matière de prévention. La prévention de la perte d'autonomie doit être tournée vers deux autres dimensions capitales : une dimension sociale et une dimension environnementale. On sait que l'isolement social constitue sans conteste un facteur de fragilité et de vulnérabilité et, par conséquent, un risque de perte d'autonomie.

L'autonomie s'acquiert, mais peut aussi être réduite par différents événements (maladies, accidents, qu'ils soient ou non liés à la vie professionnelle de la personne...) qui la limitent de façon provisoire ou définitive, partiellement ou totalement.

Dans le domaine du handicap, un des enjeux majeurs consiste à prêter une attention toute particulière à l'évaluation des besoins de personnes handicapées. Afin d'être toujours au plus près de leurs besoins et qu'elles ne restent pas dans une structure devenue inadaptée compte tenu de l'évolution de leur état de santé ou de leur handicap, il est souhaitable de réévaluer leur

⁴¹ *Eléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025*, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé-Document de travail (Avril 2011)



situation régulièrement et autant de fois que nécessaire. La maison départementale des personnes handicapées a sur ces questions un rôle pivot à jouer.

Le renforcement du rôle du médecin traitant, notamment par le biais d'une meilleure formation au handicap, la construction d'outils d'aide à l'évaluation constitue à cet égard un enjeu de premier ordre.

La prévention « générale » à laquelle chacun peut prétendre doit être assurée et la prévention secondaire du handicap lui-même être développée, par la mise en œuvre de programmes de sensibilisation, d'éducation et de dépistage précoce spécifiques aux pathologies fréquemment associés à certains handicaps (épilepsie chez les personnes autistes et polyhandicapées, problèmes nutritionnels liés à la trisomie 21, escarres iatrogènes...).

Les données franciliennes sur les consommations problématiques ainsi que les éléments du diagnostic partagé montrent une région caractérisée principalement par des consommations d'alcool problématiques pour certains publics (jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité, etc.), fortement concernée par les consommations de tabac et de drogues illicites (cannabis, cocaïne, crack, héroïne, etc.) et par le développement des consommations à risques parmi les jeunes populations (ivresses répétées, usage de cannabis et d'autres drogues illicites, âges des premières expérimentations en baisse). La prévention concerne l'ensemble des consommations de substances psychoactives et des addictions sans substance. Enjeu majeur pour la santé publique, la prévention doit permettre d'intervenir précocement sur les facteurs d'aggravation des risques, que sont la précocité de la primo consommation (plus on consomme jeune, plus les dégâts sur la santé sont importants), l'association à des conduites d'excès et à des prises de risques, particulièrement fréquentes à l'adolescence, l'association à des circonstances particulières (grossesse, conduite d'engins, périodes d'apprentissages, etc.), les contextes de vulnérabilité psychologiques et de difficultés (familiales, professionnelles, etc.), les contextes de désocialisation et de marginalisation (échec scolaire, rupture des liens sociaux et familiaux, inactivité sociale, etc.).

Il convient dès lors d'identifier, de promouvoir et de développer des actions individuelles et collectives, intégrant des approches diversifiées (promotion de la santé, éducation à la santé, intervention précoce) et adaptées aux publics concernés. Par ailleurs, la réduction des inégalités territoriales en termes de consommation de produits à risques passe par l'amélioration, la structuration et le renforcement de l'offre et des réponses en matière de prévention.



2.1.2.2 Favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs concernés (ambulatoire, hospitalier, social, médico-social) pour une prise en charge globale et sans rupture des personnes

Le caractère fréquemment souligné comme « non linéaire » des parcours de vie et de soins des personnes fragiles, faits de crises ou décompensations, de rétablissements, de rechutes, mais aussi de stabilisations voire de consolidations requiert une coopération et/ou une coordination étroite entre les différents acteurs qui concourent à la prise en charge des patients, afin de garantir la fluidité du dispositif (ambulatoire, hospitalier, social, médico-social).

Or, il apparaît que la complexité du parcours de la personne handicapée (du diagnostic à la multiplicité des prises en charges adaptées) comme de la personne âgée (des différents signes annonciateurs d'une maladie ou d'une perte d'autonomie à l'accompagnement entre des structures de soins et médico-sociale et le domicile) ou confrontée à des difficultés spécifiques (des ruptures de prise en charge renforcées par des difficultés d'accès à l'hébergement ou des personnes souffrant de co-morbidités somatiques et psychiatriques complexes) engendre trop souvent des ruptures.

La coopération entre tous les acteurs constitue donc une priorité pour l'organisation des prises en charge médico-sociales, coopération qu'il appartient à l'ARS (en lien avec ses partenaires au premier rang desquels les départements) de promouvoir notamment au travers de différents outils que constituent les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) ou les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec les gestionnaires d'établissements et de services. L'adhésion à des groupements de coopération sanitaire peut également constituer un outil de cette coopération, notamment avec les établissements de santé. Cela suppose une véritable coordination entre les réseaux, les maisons de santé et centres de santé, l'HAD, les SSIAD, le secteur hospitalier, les autres établissements et services médico-sociaux, les centres de références et centres de ressources régionaux. Des projets régionaux innovants favorisant l'articulation entre le secteur sanitaire, social et médico-social doivent pouvoir être encouragés, les initiatives existantes devant pour leur part être valorisées et renforcées.

Les coopérations et/ou coordinations doivent non seulement être favorisées entre les établissements et services médico-sociaux mais également entre les structures médico-sociales et les acteurs ambulatoires, hospitaliers et sociaux afin de proposer aux personnes fragiles **une prise en charge globale, coordonnée et sans rupture**.

Le volet « personnes âgées » du Schéma comporte notamment un objectif opérationnel qui est central : favoriser la continuité et la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes âgées. Sa mise en œuvre relève de façon conjointe du SROMS, du schéma régional de l'organisation des soins (SROS) et également des schémas gérontologiques des départements. Les actions



proposées pour décloisonner et coordonner les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social mettent l'accent sur la coordination et la coopération des acteurs. Elles concernent les filières gériatriques au premier chef et les dispositifs et organisations à même de rendre effective la fluidité recherchée (équipes mobiles intervenant à l'intérieur des établissements sanitaires et aussi en externe, à domicile et dans les établissements médico-sociaux, réseaux. Pour favoriser les coopérations entre établissements, l'ARS entend notamment promouvoir l'utilisation d'outils communs et partagés (dossier unique de pré-admission...). Ces outils pourront être utilement complétés par les outils de la coordination gérontologique (annuaires fonctionnels, fiches de liaison, etc.).

En addictologie, le schéma, porte l'ambition de proposer une articulation forte entre les différents secteurs (prévention, éducation à la santé, intervention précoce, médecine de ville, social, médico-social, sanitaire) en vue d'assurer aux personnes ayant une conduite addictive une continuité de prise en charge. L'un des enjeux du schéma réside alors dans la mise en œuvre d'une démarche réellement intégrée avec les orientations définies dans le cadre des autres schémas du PRS. L'organisation des acteurs sur un territoire en fonction de sa pertinence et de sa proximité d'actions devra au maximum être formalisée pour notamment asseoir sa pérennité, s'inscrire véritablement dans le temps au-delà des personnes qui la soutiennent.

De manière générale, les coopérations entre les acteurs devront être soutenues dès lors qu'elles permettent une amélioration de la prise en charge des usagers.

Par ailleurs, il convient d'améliorer les sorties du dispositif médico-social en faveur des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (ACT, LHSS, LAM) vers les autres dispositifs sociaux, médico-sociaux ou le logement, par un accompagnement adapté. La sortie de ces dispositifs est en effet trop souvent freinée par le manque de coordination entre dispositifs ou par la difficulté d'adapter les pratiques des professionnels des structures d'aval à ce type de public.

Aussi, ces dispositifs doivent donc être organisés en articulation avec les établissements sanitaires, les autres dispositifs médico-sociaux (EHPAD, MAS, FAM) ainsi qu'avec les dispositifs d'accueil et d'hébergement des personnes en situation de précarité qui relèvent de l'Etat (CHRS, résidences sociales, maisons relais, etc.) ou des collectivités territoriales (notamment les dispositifs relevant des conseils généraux, chefs de file de l'action sociale dans les départements).

2.1.2.3 Favoriser l'accès et le maintien au logement des personnes

Faciliter le maintien des personnes en perte d'autonomie dans leur cadre de vie habituel suppose que les logements aient un maximum de fonctionnalités pour faire face aux situations



de handicap et qu'ils soient adaptables et personnalisables en fonction des besoins de chacun. Il convient à cet égard d'organiser la concertation entre les responsables des politiques de l'habitat et du logement et l'ARS.

Plus largement, la question de l'habitat soulève celle de l'**accessibilité** : ce sont tous les aspects de la vie en société qui doivent être rendus accessibles à tous, l'architecture et les transports bien sûr, mais aussi la communication, les services, l'éducation et la formation, l'emploi. Ces aspects sont importants à préserver et à mettre en œuvre quels que soient l'âge des personnes concernées et leur projet de vie.

Pour répondre à cette exigence, il convient de rendre accessible les lieux d'accueil aux personnes à mobilité réduite, de faciliter les déplacements des personnes dans leur environnement extérieur afin de maintenir le lien social.

L'accessibilité doit être abordée dans une perspective large, visant à l'intégration des personnes âgées, handicapées et en difficultés au sein de la société. A cet égard, l'emploi des personnes handicapées est un sujet de préoccupation majeur reconnu par la loi du 11 février 2005 comme un élément de la citoyenneté des personnes handicapées. L'évaluation des capacités de la personne handicapée peut faire apparaître une capacité de travail réelle mais très réduite et des besoins d'accompagnement divers. Dans ce contexte, l'enjeu de l'ARS est de mobiliser les acteurs de l'insertion (DIRECCTE, Conseil régional, Pôle Emploi, Cap Emploi, AGEFIPH) et les entreprises en développant l'articulation entre les politiques de l'emploi et les politiques du handicap dans le cadre notamment du PRITH. La priorité essentielle sera donc donnée à toutes les actions facilitant l'orientation, la prévention de la désinsertion et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées ainsi qu'à l'identification des freins à l'insertion professionnelle des personnes les plus lourdement handicapées.

L'hébergement en EHPAD ne représente qu'une partie des services en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie qui y recourent de plus en plus tardivement (en 2007 l'âge moyen d'entrée est de 80 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes) et avec des durées de séjours de plus en plus courtes (3 ans et 4 mois en 2007). Les entrées en institution sont donc moins motivées par le désir de vie collective que par les difficultés rencontrées par ces personnes dans les actes de la vie quotidienne rendant impossible la vie à domicile. La grande majorité des personnes vieillissantes et de leurs familles déclarent ainsi vouloir vieillir à domicile, ce que les progrès techniques et organisationnels rendent possible de plus en plus fréquemment. Ainsi, 85% des plus de 90 ans vivent aujourd'hui chez eux.

La question de l'habitat et de l'adaptation de ce dernier aux besoins des personnes en perte d'autonomie est devenue un enjeu essentiel pour assurer un accompagnement de qualité.

L'objectif de faire de l'habitat l'un des facteurs de prévention des risques liés au vieillissement pour un maintien prolongé des capacités d'autonomie est partagé par l'ensemble des pays développés et s'inscrit dans les priorités de la Commission Européenne en 2011 et dans le



programme européen « 2012, année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations ».

En corollaire, il convient de favoriser l'accès à l'offre de santé de premier recours de droit commun des personnes âgées, pour permettre leur maintien à domicile dans de bonnes conditions de prise en charge et ainsi éviter un recours inadapté à l'hospitalisation ou aux urgences.

2.1.2.4 Améliorer la qualité des prestations pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins et à la diversité des publics

La loi du 2 janvier 2002 exhorte les établissements et services médico-sociaux à « évaluer la qualité de leurs activités et des prestations qu'ils délivrent ». De nombreuses actions sont menées dans ce sens afin d'apporter à la population fragile que le secteur médico-social accompagne un service efficace et adapté

La grande diversité et la spécificité des structures médico-sociales rendent difficiles une définition uniforme de la qualité. Cette notion intègre une double approche : celle des moyens mis en œuvre pour atteindre un niveau optimal du service rendu et celle du résultat attendu et perçu par le bénéficiaire.

Afin de tendre vers une prise en charge de qualité, le code de l'action sociale et des familles dispose que les établissements et services « *procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références, et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, validées* ».

Il est prévu deux types d'évaluation : l'évaluation interne menée par l'établissement, dont les résultats sont transmis, tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation et l'évaluation externe réalisée par un organisme habilité (tous les sept ans) dont les résultats conditionnent, tous les quinze ans les modalités de renouvellement de l'autorisation. Le système de l'évaluation interne et externe des établissements et services vise à chercher de manière continue à améliorer la qualité de l'accompagnement des usagers. L'évaluation de la qualité des prestations délivrées sera le critère premier du renouvellement des autorisations et de l'évolution de l'offre.

La qualité de l'accompagnement, de la prise en charge et des soins, intègre à la fois les préoccupations de sécurité et d'expertise des prises en charge et des soins, l'amélioration des pratiques professionnelles, la diversité des modes de prise en charge mais également l'accompagnement de la personne. A cet égard, la continuité de la prise en charge et des soins, c'est-à-dire le respect du parcours du patient, de la prévention à l'insertion/réinsertion sociale et professionnelle, en incluant l'éducation pour la santé, le repérage, l'intervention précoce, la



réduction des risques, le diagnostic, la prise en charge médicale et psychologique/psychiatrique, la prescription et le suivi des traitements, la prise en charge sociale et éducative est un gage de qualité. La mise en œuvre de ce principe requiert une approche coordonnée et transversale du système de prise en charge et de soins pour s'assurer de la continuité de prise en charge entre les dispositifs médico-sociaux, sanitaires et les soins en ville.

A titre d'exemple, les EHPAD sont de plus en plus confrontés au très grand âge avec une entrée à l'âge moyen supérieur à 83 ans de personnes lourdement dépendantes, atteintes de pathologies multiples ainsi que de pathologies cognitives telles que la maladie d'Alzheimer. Le besoin de soin et de médicalisation s'accroît mais il ne faut pas oublier que les EHPAD ont une double dimension de lieu de vie et de lieu de soin, et il convient de préserver au maximum la dimension de lieu de vie et donc de rechercher le bon équilibre entre les deux.

Afin d'améliorer la prise en charge dans les EHPAD, il convient notamment de renforcer la médicalisation des EHPAD dans le cadre du calcul de la dotation soins au GMPS et le passage au tarif global, en fonction des moyens alloués à l'ARS Ile-de-France, d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes la nuit en EHPAD par la présence d'une infirmière de nuit ou encore d'utiliser pleinement les conventions tripartites comme levier de négociation et de définition de mesures d'amélioration de la prise en charge. Ajoutons que l'évaluation de la qualité du service rendu ne peut être envisagée sans intégrer l'avis des usagers, personnes âgées et leur famille. Tous les outils ou expériences dans ce domaine seront encouragés.

2.1.2.5 Développer une démarche de bientraitance

La démarche de bientraitance vise à rendre « les organisations plus respectueuses des besoins et des attentes des personnes, à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance »⁴². La volonté d'offrir aux personnes fragiles et à leurs proches des pratiques professionnelles de qualité, une prise en charge respectueuse de leurs besoins, de leur singularité et de leurs attentes est au cœur des politiques publiques et des dispositifs d'évaluation et d'amélioration du secteur médico-social.

La démarche de bientraitance est une dynamique que les professionnels d'un établissement ou d'un service doivent s'approprier, selon leurs modalités propres. Comme rappelé par l'ANESM, la « posture professionnelle de bientraitance est une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus ».

⁴² « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. Août 2008.



L'article 118 de la loi HPST dispose que les agences régionales de santé contribuent avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux. La circulaire du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux précise que les ARS doivent veiller à ce que les EHPAD mettent en œuvre les mesures destinées à améliorer le déploiement de la démarche de bientraitance (mise en place effective des conseils de la vie sociale dans l'ensemble des EHPAD, amélioration des procédures de signalement des dysfonctionnements constatés par les résidents, leurs familles ou les personnels des structures développement des formations à la bientraitance dans les EHPAD).

Pour répondre à ces exigences, il convient de **développer une culture de la bientraitance** et d'en faire un sujet de préoccupation majeur des structures médico-sociales de la région (diffusion de bonnes pratiques, des actions de sensibilisation et de formation des personnels). Une démarche dans le même sens doit être entreprise pour l'ensemble des personnes vivant à domicile.

Il convient par ailleurs de **prévenir et de lutter contre la maltraitance**, notamment en désignant dans chaque délégation territoriale un correspondant maltraitance, en veillant avec les conseils généraux à l'harmonisation du suivi et du traitement des plaintes au sein des établissements et en étant attentif au suivi des recommandations formulées aux établissements dans le cadre d'inspections et à l'application des injonctions et/ou sanctions émises à l'encontre des établissements ou services en cas de manquements graves..



2.1.2.6 Améliorer le soutien aux aidants (formation, reconnaissance de leur action, prise en compte de leur santé)

La perte d'autonomie, qu'elle soit partielle ou totale, temporaire ou permanente nécessite une prise en charge et un accompagnement adaptés pour l'accomplissement des gestes de la vie courante et le maintien de la plus grande qualité de vie possible. A contrario, l'absence d'accompagnement d'une personne présentant des signes de perte d'autonomie menace d'aggraver son état de santé déjà fragile ou déficient.

A ce titre, l'entourage (aidants familiaux, amis, voisins..) a un rôle indispensable et primordial à jouer dans l'accompagnement et le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie, rôle qui est appelé à se renforcer en lien avec l'augmentation des prises en charge à domicile. Les aidants apportent en effet aux personnes vulnérables une aide et un soutien irremplaçables dans la vie quotidienne et représentent des interlocuteurs privilégiés des professionnels du soin et de l'aide.

La **prise en compte de la santé des aidants** est désormais une priorité de santé publique :

- L'accompagnement et le soutien offert à la personne fragile sera d'autant plus efficace et de qualité que l'aidant sera en bonne santé.
- Il est aujourd'hui démontré que le rôle d'aidant, sans soutien adéquat, a des conséquences négatives sur la santé, voir sur la mortalité, en raison notamment de la charge de travail et du sentiment d'isolement ressenti par ces personnes. L'amélioration du soutien aux aidants est donc un enjeu fort en termes d'espérance de vie.

L'amélioration de la santé des aidants passe par différentes actions visant d'une part à les soutenir et les accompagner (formations, plateformes de répit, accueils de jour) et d'autre part à renforcer le lien aidants-professionnels pour une approche continue et globale de la personne fragile.

Il s'agit en premier lieu d'apporter aux aidants les connaissances nécessaires pour comprendre les effets de certaines pathologies et/ou handicaps et leur présenter les possibilités d'aides existantes (exemple d'action : Finaliser et diffuser largement auprès du grand public le guide d'aide à l'orientation des malades d'Alzheimer et de leur famille.). Par ailleurs, il convient de faire appel aux professionnels intervenant dans le cadre du soutien à domicile pour les informer et mettre en œuvre des actions de formation de proximité. Il appartient en outre aux intervenants professionnels de veiller à inscrire leur action de façon complémentaire et continue avec celle des aidants familiaux. Les aidants professionnels doivent eux aussi être soutenus par des



actions d'échanges de pratiques et être sensibilisés aux dispositifs de prévention de la maltraitance sur lesquels ils doivent pouvoir s'appuyer.

2.1.2.7 Valoriser les métiers du médico-social

Pour assurer un accompagnement et une prise en charge de qualité des personnes en perte d'autonomie tant à domicile qu'en établissement, il faut pouvoir disposer de professionnels **compétents et en nombre suffisant**.

Ces personnels (médecins, professionnels paramédicaux sociaux et éducatifs) exercent leur activité en secteur libéral, dans les établissements de santé et en secteur médico-social, ce dernier n'étant pas le plus attractif en termes de conditions d'exercice et de rémunération.

La situation de l'Ile-de-France est paradoxale : si la région dispose d'un appareil de formation conséquent (IDE, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens,...), la pénurie de professionnels (notamment du secteur médico-social) est forte. Ainsi, une part importante de jeunes diplômés quitte la région peu après leur formation, ce qui fragilise les établissements et services qui se retrouvent confrontés à des problèmes de recrutement, de turn-over et de postes vacants.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que le nombre de professionnels paramédicaux et sociaux en charge de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes est appelé à croître à un rythme soutenu du fait des créations de postes dans les établissements et services médico-sociaux, notamment dans le cadre des mesures du Plan Alzheimer. Dynamiser le recrutement de nouveaux professionnels paramédicaux et sociaux constitue donc une priorité impérieuse, indispensable pour offrir une prise en charge de qualité aux personnes.

Dans cette perspective, il convient d'avoir une vision d'ensemble en matière de démographie et de formation des professionnels quels que soient leur mode et leur lieu d'exercice, d'apprécier et d'anticiper les besoins de formation et de veiller à ce que les formations dispensées traitent des problématiques du vieillissement et de la prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie.

La valorisation des métiers du médico-social passe par des actions de promotion auprès des instituts de formation en soins infirmiers (I.F.S.I) et d'autres professionnels paramédicaux, les instituts régionaux de travail social (I.R.T.S) la diversification des parcours professionnels.



2.2 Orientations territoriales

2.2.1 Paris

2.2.1.1 Eléments cartographiques

2.2.1.1.1 PERSONNES AGEES



Coordination gériatrique et dispositifs d'intégration MAIA

PARIS

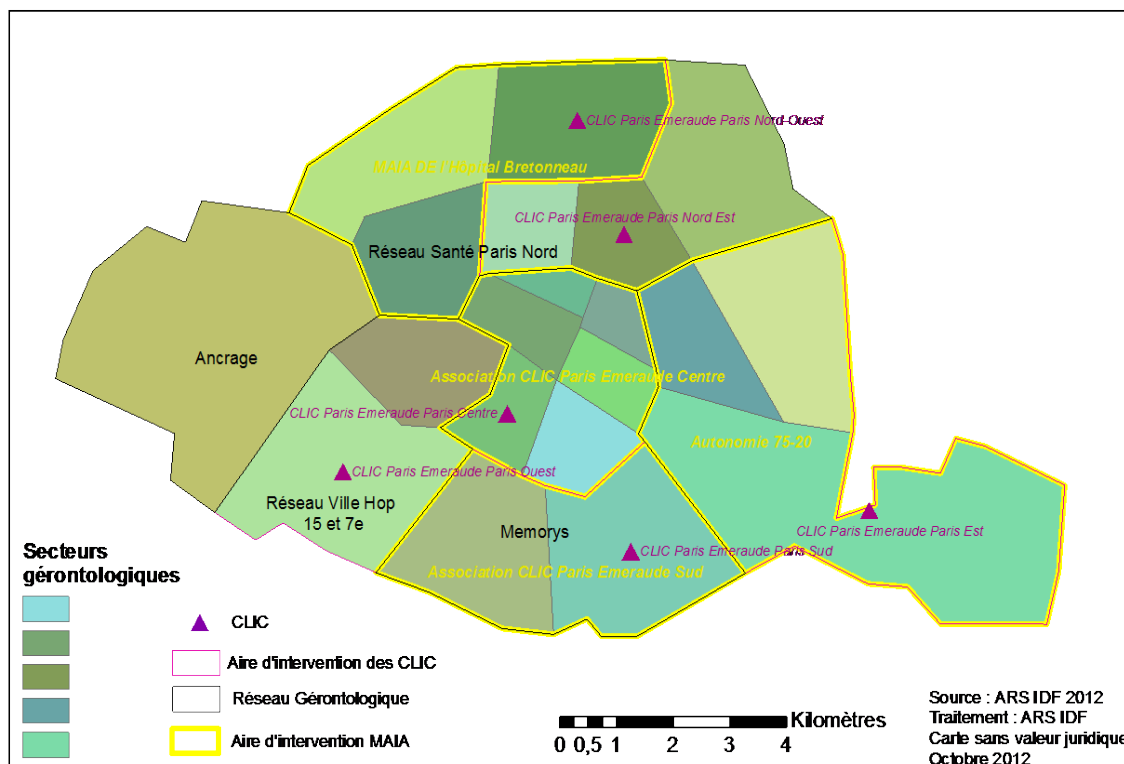
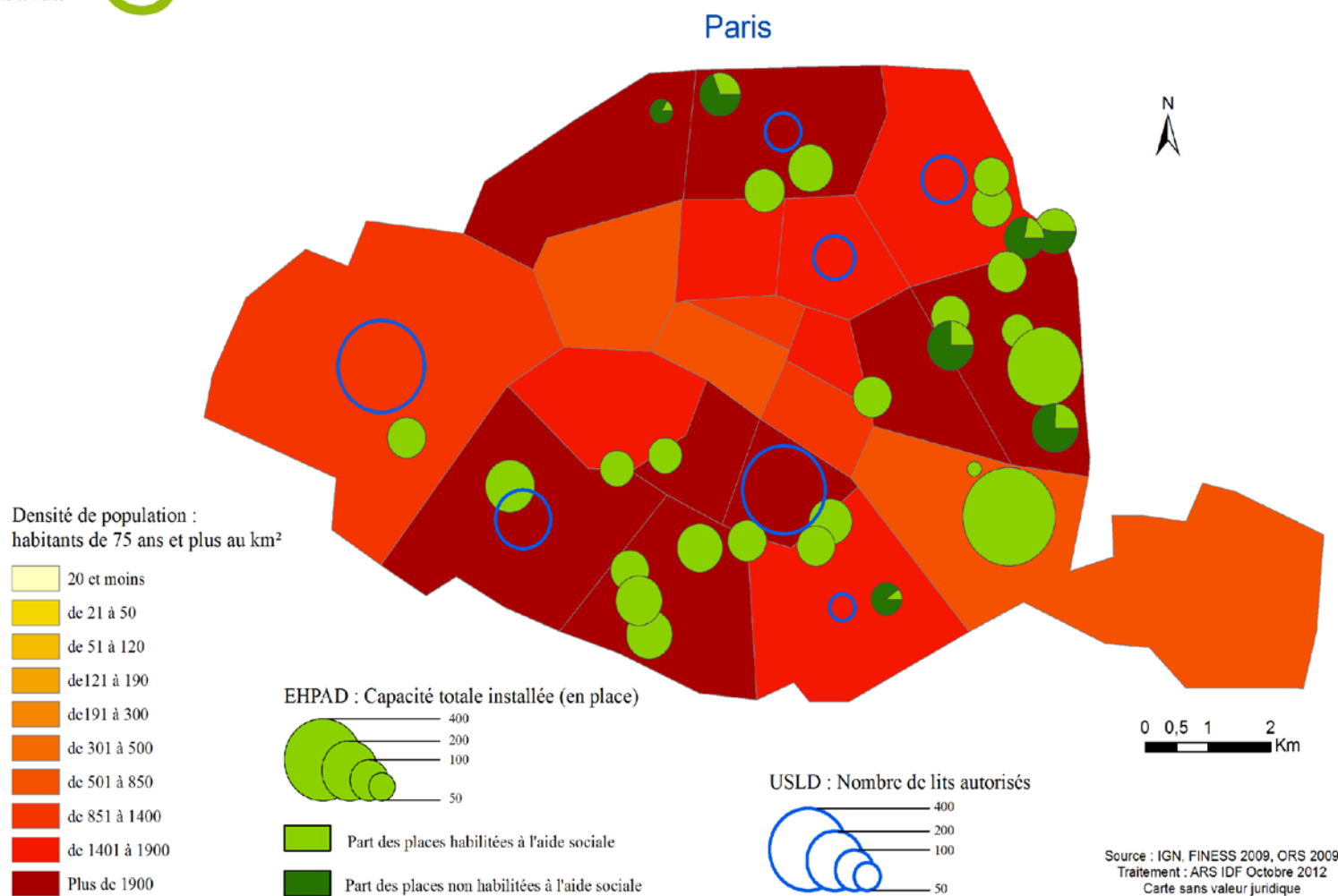




Schéma d'organisation médico-sociale



Hebergement en unité de soins longue durée (USLD) et en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)





Dispositifs pour malades Alzheimer en établissement :

PARIS

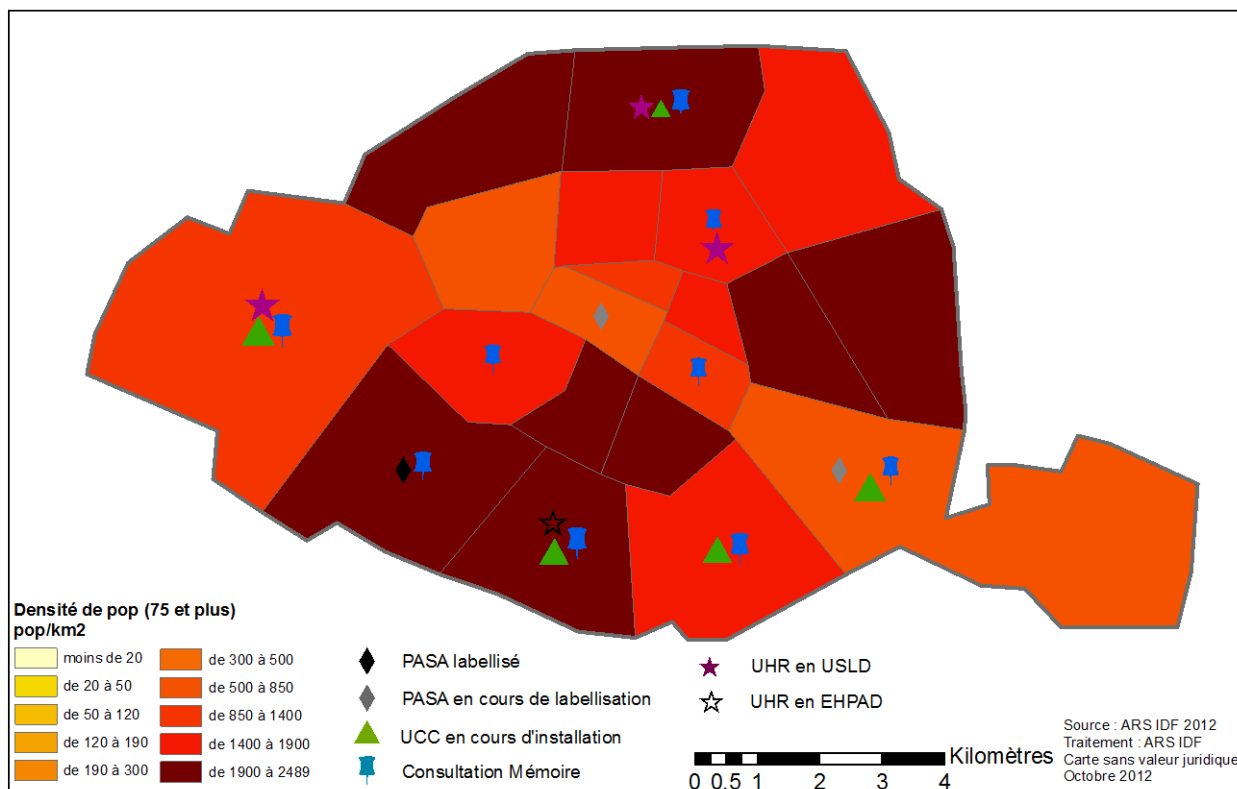


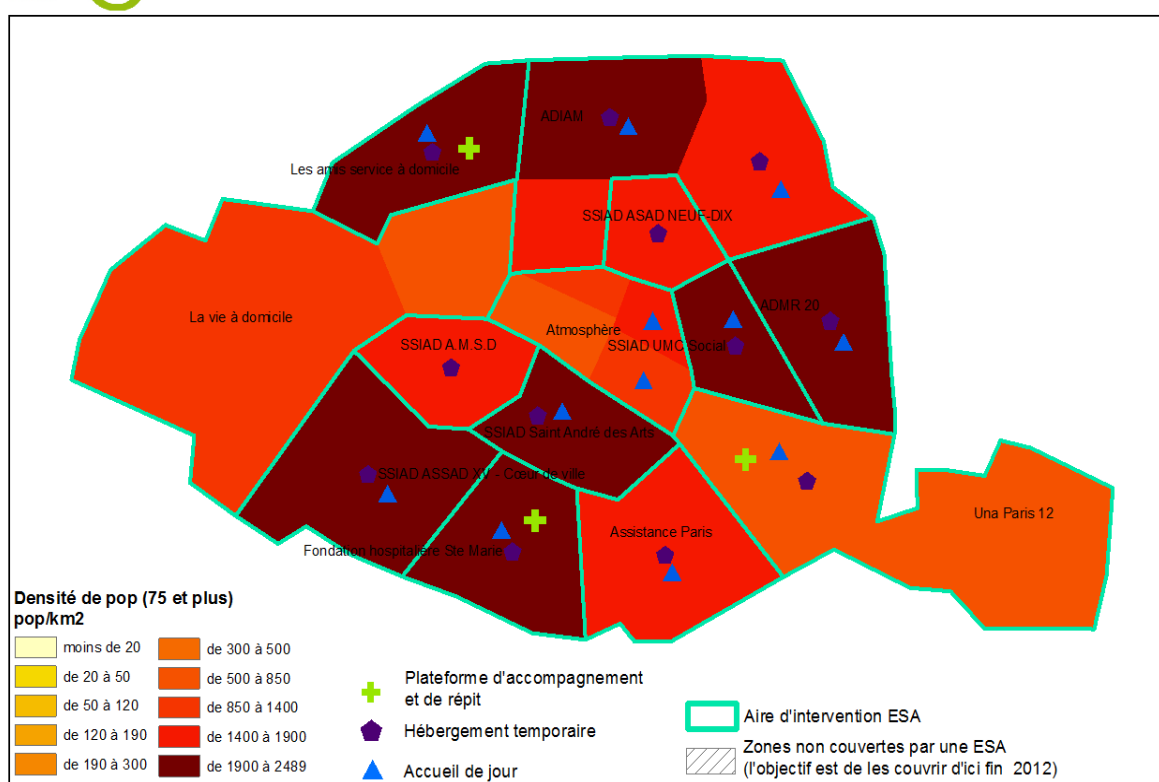


Schéma d'organisation médico-sociale



Dispositif facilitant la vie à domicile des malades d'Alzheimer

PARIS

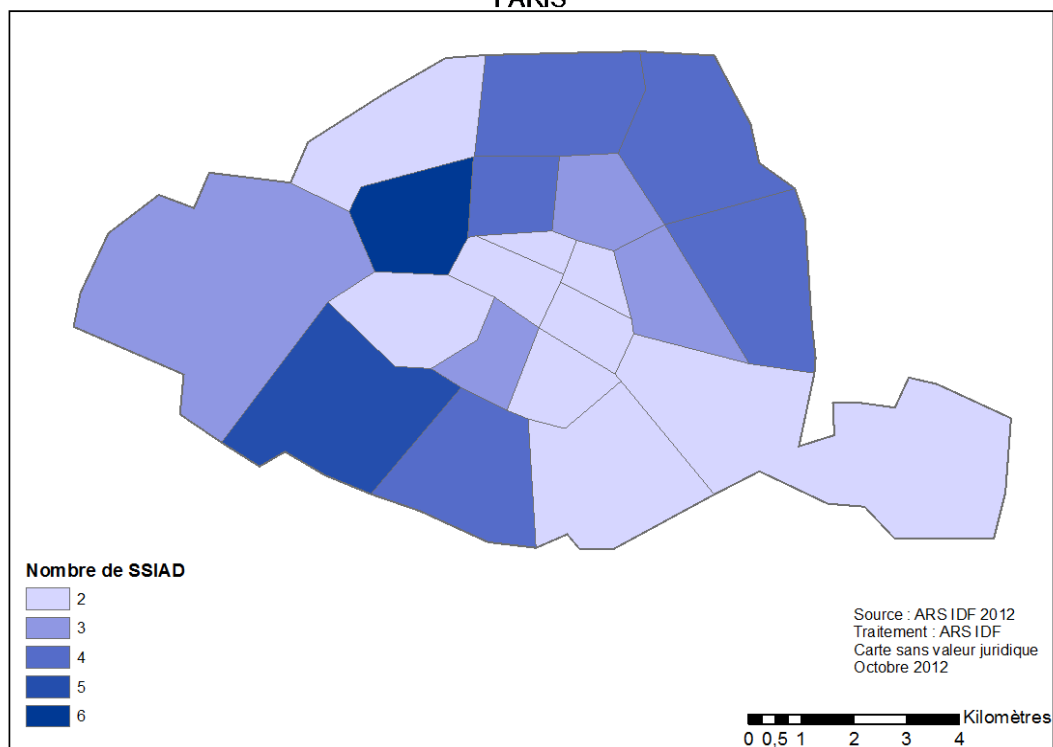


0 0,5 1 2 3 4 Kilomètres

Source : ARS IDF 2012
 Traitement : ARS IDF
 Carte sans valeur juridique
 Octobre 2012



Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour personnes âgées PARIS



2.2.1.1.2 PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES



Le dispositif de prise en charge des addictions en 2012 à Paris

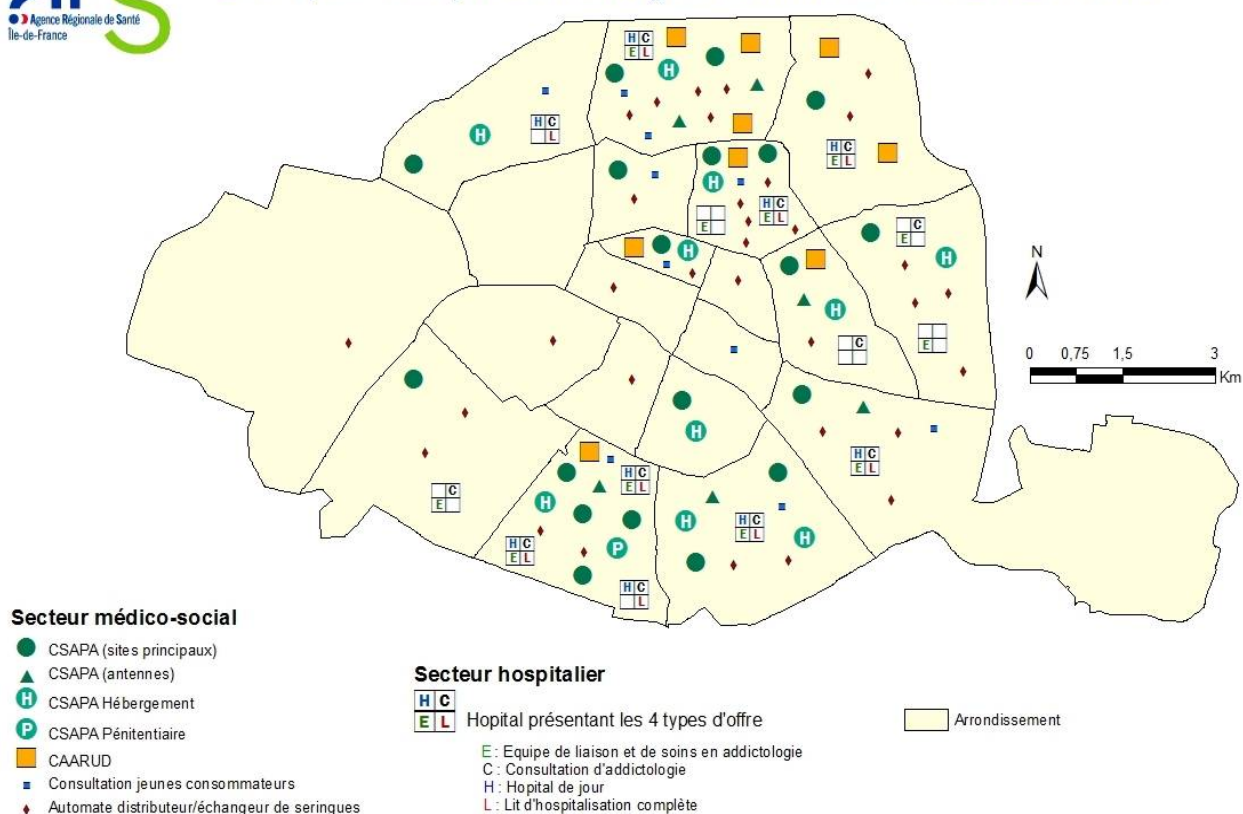




Schéma d'organisation médico-sociale



Accompagnement médico-social et hébergement des personnes malades ayant des besoins spécifiques dans Paris

Nombre de places LHSS :

Lits Halte Soins Santé



→ rattachement

LAM et LHSS SAMU Social de Paris implanté dans le Val-de-Marne

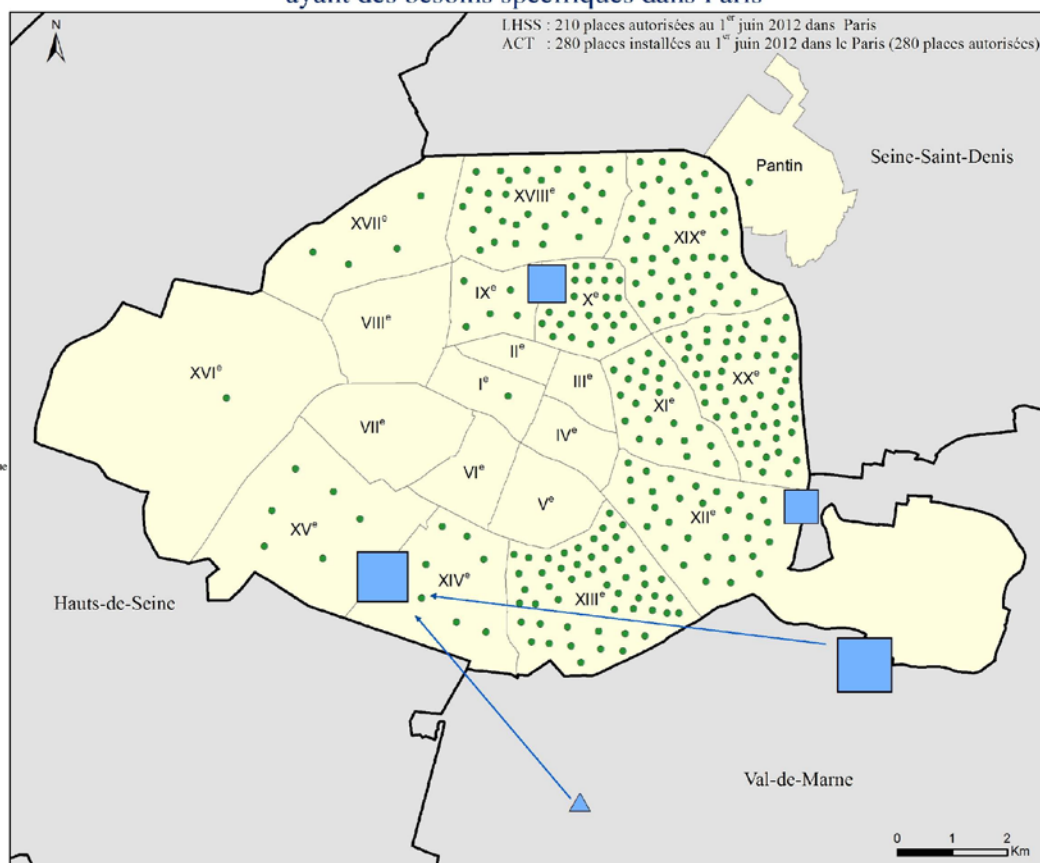
▲ 24 places

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

● ACT : 1 point = 1 place installée
(Points placés aléatoirement au sein de la commune)

■ Départements limitrophes
■ Arrondissement

Source : IGN, ARS Ile-de-France 2012
Traitement : ARS Ile-de-France Novembre 2012
Carte sans valeur juridique





2.2.1.2 Les aspects sociaux et démographiques du département

Au 1er janvier 2012, la population parisienne était estimée par l'INSEE à 2.257.981 personnes, correspondant à une densité de 21.000 habitants aux km², l'une des plus élevées d'Europe. L'arrondissement le plus peuplé est le 15e (238.914 h) tandis que les 5 arrondissements du Nord-Est (10e, 11e, 18e, 19e, 20e) représentent 37% de la population de la capitale. Cette population est en moyenne un peu plus âgée qu'en Île-de-France, avec un taux de natalité plus bas (14,6 p. mille contre 15,5 p. mille) et un taux brut de mortalité sensiblement plus élevé (7,1 p. mille contre 6,74 p. mille). La croissance de la population parisienne est moindre qu'en Île-de-France (variation annuelle moyenne de 4% contre 7%).

Le niveau de vie des parisiens est plus élevé que dans le reste du pays : en 2008, le revenu fiscal médian par unité de consommation s'élevait à 24.298 €, la moyenne régionale étant de 21.234 € et la moyenne nationale de 18.129 €. Mais c'est aussi un lieu où la précarité est significative : 2,3% de la population parisienne percevait le RMI en 2008, soit nettement plus que dans le reste du pays (1,6%) et qu'en Île-de-France (1,7%). Le taux de bénéficiaires de la CMU est deux fois plus élevé à Paris (4%) qu'à l'échelle nationale ou régionale. Cette différence est moindre pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire (7,5% à Paris, 5,6% en Île-de-France, 6,1% en France).

Pour Paris, l'étude Practhis 43 indique que les personnes en situation de handicap sont légèrement surreprésentées dans les 19ème et 20ème arrondissements par rapport au nombre total d'habitants. Les parisiens en situation de handicap sont âgés en moyenne de 52 ans. Plus de la moitié des personnes sont âgées de plus de 50 ans.

Paris compte une forte représentation des bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH), soit 12,2 bénéficiaires pour 1000 personnes de moins de 20 ans à Paris contre 10,8 ‰ en Ile-de-France. Ce qui représentait en 2009, 5 166 enfants parisiens.

Les deux tiers des enfants parisiens handicapés sont scolarisés en milieu ordinaire.

Une représentation des bénéficiaires de l'Allocation adultes handicapés (AAH) nettement inférieure à Paris par rapport au niveau national malgré les évolutions constatées ces dernières années soit 18,6 bénéficiaires pour 1000 personnes ayant entre 20 et 59 ans à Paris contre 26,7 ‰ en Ile-de-France, soit pour 2009, 24 082 parisiens âgés de plus de 20 ans. L'étude Practhis

⁴³ Etude de 2010 de l'Observatoire parisien des personnes en situation de handicap sur un échantillon de 111 243 dossiers de personnes ayant fait une demande à la COTOREP entre 1994 et 2008.



révèle une forte présence de personnes sans conjoint ni enfant à charge parmi les allocataires de l'AAH.

Mais l'évaluation de cette population reste très difficile, car il y a trois situations qui s'entrecroisent entre les personnes en situation de handicap reconnu, ressentie et/ou identifiée. L'observatoire parisien des situations de handicap, estimait, dans son rapport d'octobre 2010, qu'1 parisien sur 10, âgé de 20 à 59 ans était en situation de handicap.

Le nombre de parisiens de plus 75 ans est de 165 416 en 2010, soit 7% de la population.

Selon l'étude APUR de février 2012, la situation parisienne à l'horizon 2030 se singularise par un **moindre vieillissement** et donc une moindre progression des personnes âgées de 75 ans et plus par rapport à la population en France et dans le reste de la région.

A Paris, la part des personnes âgées de 75 ans ou plus a diminué depuis le début des années 1990 alors qu'elle a augmenté dans le reste de l'Ile-de-France et en province. En 2020 la croissance de la population dépendante serait moins importante à Paris que dans la région et en France. Ainsi si le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans de 2010 à 2020 croît de 6 % sur Paris, le nombre de personnes âgées **dépendantes** de plus de 75 ans augmente de **12,4 % entre 2007 à 2020** alors que cette croissance est de **32 %** en petite couronne et de **42 %** en grande couronne sur cette même période.

Le nombre de parisiens dépendants à domicile augmenterait de 5 800 personnes entre 2007 et 2030 c'est-à-dire que 79% des personnes dépendantes de 75 ans et plus vivraient à domicile contre 77% en 2007.

La tendance au maintien à domicile des parisiens âgés et dépendants va donc être accentuée et le besoin d'aide familial et/ou professionnel accru.



Les personnes âgées à Paris

Chiffres-clés

	Source de la donnée	Paris	Ile-de-France
Nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en 2010	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	165 416	763 678
Part des 75 ans et plus dans la population générale	INSEE, RP2009, exploitation principale	7,4 %	6 %
Projection : évolutions démographiques de 2010 à 2020			
- des 75 ans et plus	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	+ 6 %	+ 14 %
- des 85 ans et plus		+ 20 %	+ 41 %
- des personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus (2007 à 2020)		+ 12 %	+ 32 %



2.2.1.3 Le diagnostic

2.2.1.3.1 LES PERSONNES AGEES

L'offre médico-sociale départementale

Capacités au 31 décembre 2010 et taux d'équipement par dispositifs calculés sur la population des plus de 75 ans en 2010 (165 416)

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES	TAUX D'EQUIPEMENT 75	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
EHPAD (hébergement complet)	6 900	42 ‰	77 ‰
Accueil de jour / Hébergement temporaire	390	2 ‰	3 ‰
SSIAD	4 900	30 ‰	21 ‰

Sources : FINESS/BREX et Direction régionale de l'INSEE IDF

Les points forts et points faibles du département

Les points forts

L'offre de services, pour les parisiens vivant à domicile, est plus développée que dans le reste de la région, avec 45 SSIAD pour une capacité de 4 900 places dont 170 au titre d'équipes spécialisées Alzheimer à domicile.

Les points faibles

Paris reste cependant sous doté en lits d'unités de soins de longue durée (USLD), même s'il est le département le mieux pourvu en places d'USLD de la région (1391 lits dans 8 USLD), ainsi qu'en EHPAD (6 909 lits dans 62 EHPAD). Par ailleurs son taux d'équipement en USLD + EHPAD en 2011 est plutôt faible avec moins de 50 lits pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans.



2.2.1.3.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

L'offre médico-sociale par handicap

Enfants (en places, hors CAMSP et CMPP)

Taux d'équipement par déficiences hors CMPP et CAMSP

calculé sur la population des enfants de 0 à 19 ans de 419 231 personnes

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 31/12/2010	TAUX D'EQUIPEMENT 75	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	829	1,98	3,30
Autisme/TED/Déf communication	286	0,68	0,44
Troubles du caractère et comportement	223	0,53	0,72
Déficiences motrices	315	0,75	0,83
Polyhandicapés	200	0,48	0,63
Troubles spécifiques du langage	91	0,22	0,05
Déficiences visuelles	319	0,76	0,33
Déficiences auditives	510	1,22	0,63
Toutes déficiences*	55	0,13	0,10
TOTAL	2828	6,75	7,04

*Epilepsie, VIH, VHC

Paris = 13,84 % des 0-19 ans franciliens et 13,26 % de l'offre médico-sociale régionale



enfants

Adultes

Taux d'équipement par déficiences hors foyers et services gérés par le Conseil Général calculé sur la population des adultes de 20 à 59 ans de 1 286 219 personnes en 2010

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 31/12/2010	TAUX D'EQUIPEMENT 75	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	80	0,06	0,19
Autisme	122	0,09	0,10
Déficience psychique	81	0,06	0,19
Déficiences motrices	217	0,17	0,16
Polyhandicapés	64	0,05	0,30
Déficience sensorielle	322	0,25	0,08
Toutes déficiences	3378	2,63	3,04
Cérébro-lésés	64	0,05	0,06
PHV		0,00	0,01
TOTAL	4328	3,36	4,13

Paris = 19,84% des 20-59 ans franciliens et 16,16 % de l'offre médico-sociale régionale adulte

Les points forts et les points faibles du département

Parmi les départements d'Ile-de-France, Paris est le plus souvent le moins bien équipé avec un retard plus important dans le domaine des adultes handicapés. La création de filières nouvelles pour la prise en charge des enfants handicapés, comme dans le domaine de l'autisme, crée par la suite un besoin d'équipement pour la prise en charge des adolescents et des adultes.

La rareté et le coût des disponibilités foncières sur le territoire du département est un facteur explicatif essentiel de ce phénomène.



Ce constat global doit être nuancé par une approche par catégorie de déficience car si Paris est un département déficitaire en équipement pour certaines déficiences (polyhandicap, psychiques, autisme) ce n'est pas le cas dans le domaine de la déficience sensorielle tant visuelle qu'auditive.

Une **étude réalisée par le CEDIAS-CREAH** de novembre 2011 sur les **enfants dits « sans solution à domicile »** fait état d'un chiffre de 39 jeunes de 0 à 18 ans et plus, bénéficiant d'une orientation médico-sociale sans être accueillis dans une structure médico-sociale.

L'étude montre que :

- près de la moitié (18) souffrent d'un autisme ou de troubles envahissants du développement
- Cinq présentent un polyhandicap.
- Onze jeunes souffrent au moins d'une déficience intellectuelle. Pour 7 d'entre eux, elle est associée à une déficience du psychisme.
- Cinq jeunes ont un profil plus « atypique » : trois souffrent d'une déficience du psychisme (avec déficience sensorielle associée pour deux d'entre eux). Les deux autres jeunes souffrent principalement d'une déficience motrice (pour l'un associé à un retard mental moyen).

Une étude a également été réalisée par le CEDIAS-CREAH sur les enfants et adultes franciliens placés en Belgique. Sur 139 enfants, 23 (17%) sont parisiens et sur 214 personnes âgées de plus de 20 ans, 34 (16%) sont originaires de Paris. Parmi ces 57 personnes, il est recensé 20 personnes, soit 35%, souffrant d'autisme.

Enfin, les premiers éléments recueillis à partir de ES 2010 données brutes, permettent de constater en ce qui concerne les flux des enfants accueillis dans les établissements pour enfants à Paris, que 30% de la population considérée n'est pas originaire du département. A contrario, 21% des enfants et adolescents parisiens sont orientés vers d'autres départements de la région.

S'agissant des adultes handicapés accueillis dans l'ensemble des structures pour adultes (MAS, foyer occupationnel, foyer de vie, établissement d'accueil temporaire, FAM, SAVS et SAMSAH) les résultats bruts de ES 2010 font apparaître que les structures implantées à Paris reçoivent 177 adultes venant de province (soit 5 %) et 1222 (soit 36%) venant d'autres départements franciliens.

De même, 36% des parisiens sont accueillis hors de leur département d'origine.



2.2.1.3.3 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

L'offre départementale en addictologie :

Le dispositif de prise en charge en addictologie à Paris se compose en 2011 de :

- 9 CAARUD (centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) plutôt concentrés dans le Nord-Est Parisien ;
- 19 CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) « généralistes », « spécialisés alcool » ou « drogues illicites », en ambulatoire et pour certaines aussi en résidentiel (avec 82 places en appartements thérapeutiques et 42 places en centre thérapeutique résidentiel) ;
- 11 Consultations Jeunes Consommateurs dont 9 sont rattachées à des CSAPA.

L'offre en réduction des risques est complétée par 33 sites d'implantation d'automates distributeurs échangeurs de seringues.

- L'offre en CSAPA

Dpt	Population	Nombre de CSAPA	Nombre d'antennes	File Active départementale
75	2 246 995	19	8	16 750

Population / Nombre de CSAPA	Population / Nombre de CSAPA + antennes	File Active départementale en % de la population du département
118 263	83 222	0,75%



CSAPA à gestion associative	CSAPA à gestion hospitalière	CSAPA pénitentiaire
13	5	1

- L'offre en consultations jeunes consommateurs (2012)

	Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs Rattachées à des CSAPA	Population âgés de 15 à 24 ans / Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs	Pourcentage des 15 à 24 ans dans la population du département
Paris	11	28.185	13.8%
Ile de France	40	39.277	13.3%

- L'offre en réduction des risques

CAARUD (2012)

	Nombre de CAARUD	Population âgés de 20 à 49 ans / Nombre de CAARUD
Paris	9	120 892
Ile de France	21	246 655
France	141	181 062



Programmes d'échanges de seringues :Ventes de Steribox à Paris, en Ile-de-France et en France en 2009 pour 100 habitants de 20 à 39 ans (sources Siamois/INVS, Insee, OFDT)

Paris	Ile de France	France
12.0	9.0	14.6

Nombre de site d'implantations des automates et de distributeurs de seringues à Paris et en Ile-de-France, en 2011 (source Association SAFE)

	Nombres de sites d'implantation	% des installations régionales
Paris	33	26.2%
Ile-de-France	126	100%

L'offre médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

La prise en charge des personnes malades en situation de fragilité sociale et/ou psychologique, sans domicile mais dont la pathologie ou l'état de santé nécessite des prestations coordonnées et adaptées de soins, un suivi médical et un accompagnement social est mise en œuvre au travers trois dispositifs les ACT (280 places), les LHSS (210 lits) et les LAM (24 lits).

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES au 01 06 2012	TAUX D'EQUIPEMENT 75 / total IDF
ACT	276	38.8%
LHSS	210	54.5%
LAM	24	100%



2.2.1.4 Les priorités et les perspectives à 5 ans

2.2.1.4.1 LES PERSONNES AGEES

Le développement de l'offre

Les dispositifs de coordination tant des filières que des réseaux, ont pour objectifs à l'horizon 2017, de développer des outils communs et partagés d'évaluation de la prise en charge et des instances de travail départementales ou inter filières et/ou réseaux et de s'articuler avec les autres dispositifs (MAIA, CLIC). Pour les MAIA l'objectif est la couverture du territoire parisien d'ici 2014 afin de favoriser les conditions d'un travail collaboratif entre les acteurs (table ronde stratégique départementale).

S'agissant des EHPAD, il convient de poursuivre le développement de l'offre en places d'hébergement de ce type en y intégrant des formes d'accueil spécifiques (hébergement temporaire, accueil de nuit, PASA, UHR) et en veillant à l'accessibilité économique de ces établissements pour les résidents. Il en est de même pour les SSIAD, il convient de poursuivre le développement des SSIAD sur Paris (61 places en AAP en 2012) avec les formes expérimentales que sont les SSIAD renforcés, les SSIAD de nuit et les ESA. Il conviendra de s'assurer de l'inscription de chaque SSIAD dans la filière gériatrique du territoire et de procéder à l'évaluation des expérimentations. Il faudra également développer l'offre en centres d'accueil de jour et poursuivre leur inscription dans le réseau des dispositifs existants (lien avec les plateformes de répit).

Les innovations et les expérimentations

Dans le cadre de l'expérimentation du parcours de santé des personnes âgées sur le Nord Est parisien avec l'ANAP il convient, après la phase de diagnostic, de construire la gouvernance et de signer un contrat de territoire. Il faudra mettre en œuvre le projet Bretonneau/AMSAV au titre de l'expérimentation de l'article 70 de la loi de finances de sécurité sociale de 2012.

2.2.1.4.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

Les objectifs sont :

- favoriser l'accessibilité géographique de tous
- rattraper autant que possible les retards d'équipements en établissements d'hébergement pour les personnes en situation de handicap



- développer des parcours de santé pour tous et notamment une continuité d'offre entre enfants et adultes handicapés
- garantir la qualité, l'efficacité et la pérennité des établissements et structures
- renforcer les partenariats et l'inscription des structures dans leur environnement local

La restructuration de l'offre

Il est prévu, pour la déficience intellectuelle de :

- poursuivre en priorité la création ou transformation d'établissements pour Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV)
- mettre en adéquation la réalité du public accueilli dans les structures et l'autorisation des établissements. Il s'agit notamment de réactualiser les agréments des établissements non spécifiques pour autistes en créant des unités pour cette population avec une prise en charge adaptée.

Le développement de l'offre

Un effort soutenu sera mis en œuvre en faveur de la création d'équipements pour adultes autistes en priorité et pour enfants autistes en seconde priorité (par des extensions), ainsi que pour les personnes en situation de polyhandicap. Il est ainsi prévu des appels à projets pour la création de 2 FAM pour personnes souffrant d'autisme et de TED (respectivement de 30 et 40 places) en 2012 et 2013. Par ailleurs un appel à projets en faveur de la création d'un FAM de 40 places pour adultes souffrant de polyhandicap est envisagé en 2012.

Concernant les enfants souffrant de troubles de la conduite et du comportement (TCC), il est envisagé :

- la création de capacités de prise en charge des adolescents en internat et/ou services par extension des capacités existantes ou modalités innovantes;
- la conduite d'une réflexion avec le département sur la réponse aux besoins des jeunes de l'ASE souffrant de TCC

Il est ainsi envisagé la création de 20 places d'ITEP.

Les innovations et les expérimentations



Le soutien aux aidants est un axe fort du schéma. Un appel à projets est prévu pour la création d'un accueil de jour expérimental de 12 places de répit pour tous handicaps, enfants et adultes.

Les perspectives à l'horizon 2017

Un des axes forts est le développement des partenariats et l'inscription dans le tissu local. Il s'agit plus particulièrement de poursuivre et évaluer les partenariats avec le dispositif sanitaire expérimental des UMI et USIDATU, de travailler sur l'articulation et la complémentarité avec les secteurs de psychiatrie et avec la future communauté hospitalière psychiatrique (CHT) parisienne et pour les enfants souffrant de troubles de la conduite et du comportement, de favoriser l'articulation et la complémentarité avec les secteurs de pédopsychiatrie.

2.2.1.4.3 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Les axes prioritaires dans le champ de l'addictologie

- Consolider le dispositif médico-social en addictologie ;
- Développer les compétences en addictologie ;
- Améliorer l'articulation avec la psychiatrie (création de circuits courts) ;
- Améliorer l'articulation avec le secteur sanitaire prenant en charge les comorbidités (création de circuits courts) ;
- Améliorer l'articulation avec les autres acteurs et dispositifs intervenant notamment auprès des jeunes et des femmes seules, avec ou sans enfant (création de circuits courts, complémentarité d'intervention) ;
- Poursuivre les actions menées pour la prise en charge conjointe des publics précaires ayant un problème d'addiction ;
- Conserver le dynamisme du dispositif par le soutien et la mise en œuvre de projets utiles, cohérents et innovants.

Les axes prioritaires dans le domaine de la précarité

- Poursuivre la mise en place de « passerelles » entre les services hospitaliers et les services ambulatoires pour éviter le passage systématique par l'hôpital des personnes en situation de précarité ; favoriser l'accès au droit commun pour les personnes bénéficiaires de l'AME et de la CMU (travail à mettre en place avec les centres de santé) ;

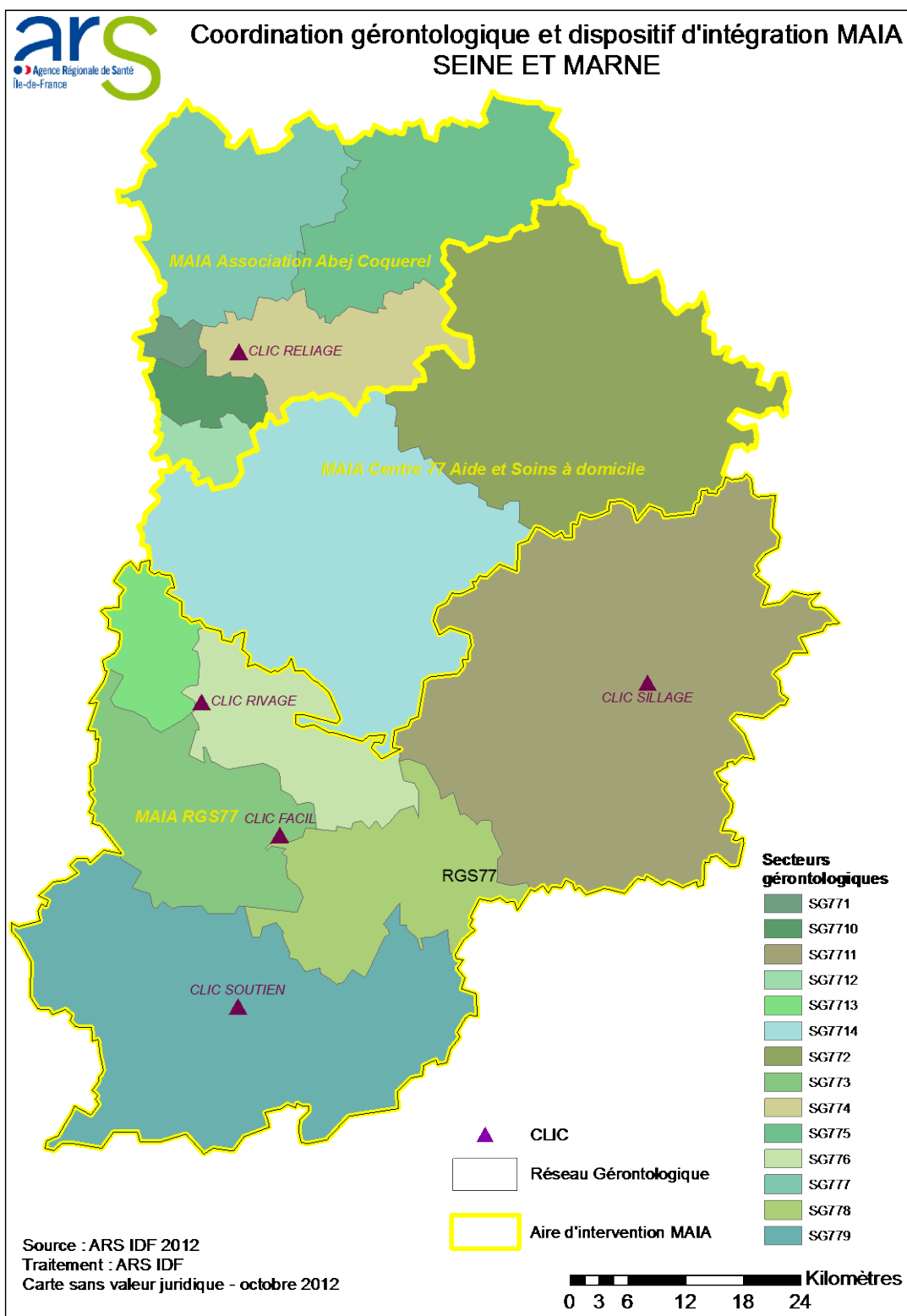


- Organiser la complémentarité des acteurs sur le territoire et la lisibilité du dispositif.

2.2.2 Seine-et-Marne

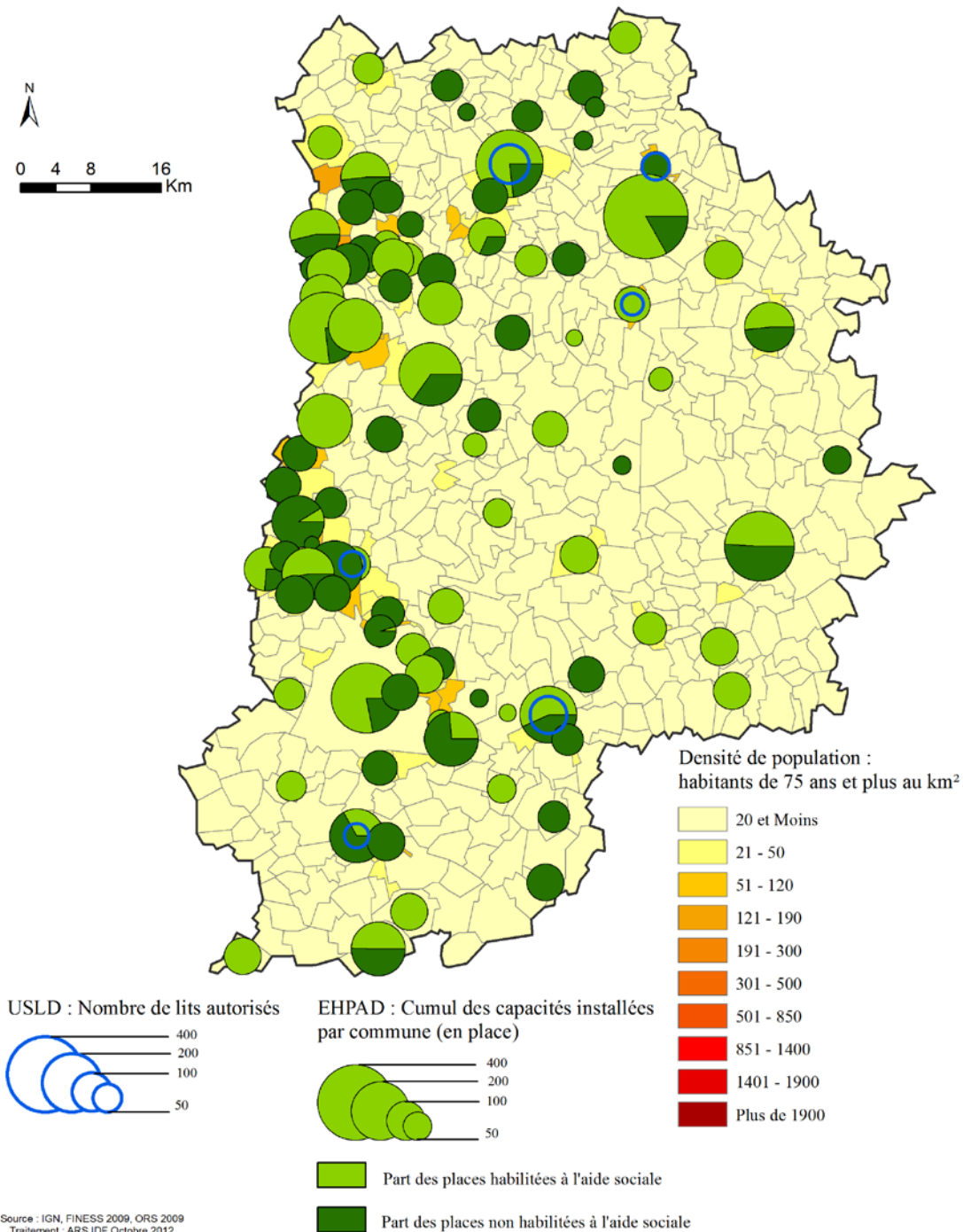
2.2.2.1 Eléments cartographiques

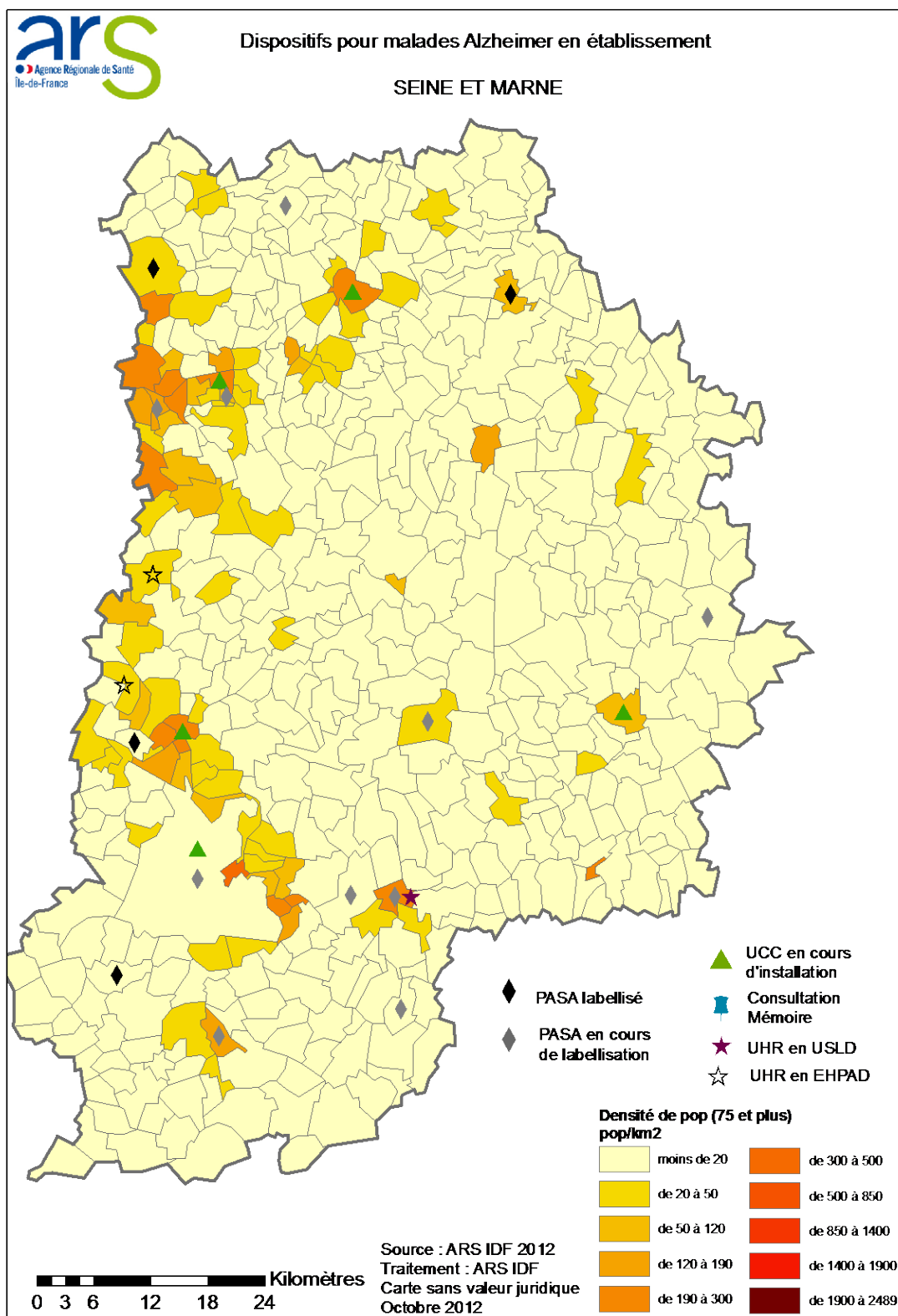
2.2.2.1.1 *LES PERSONNES AGEES*

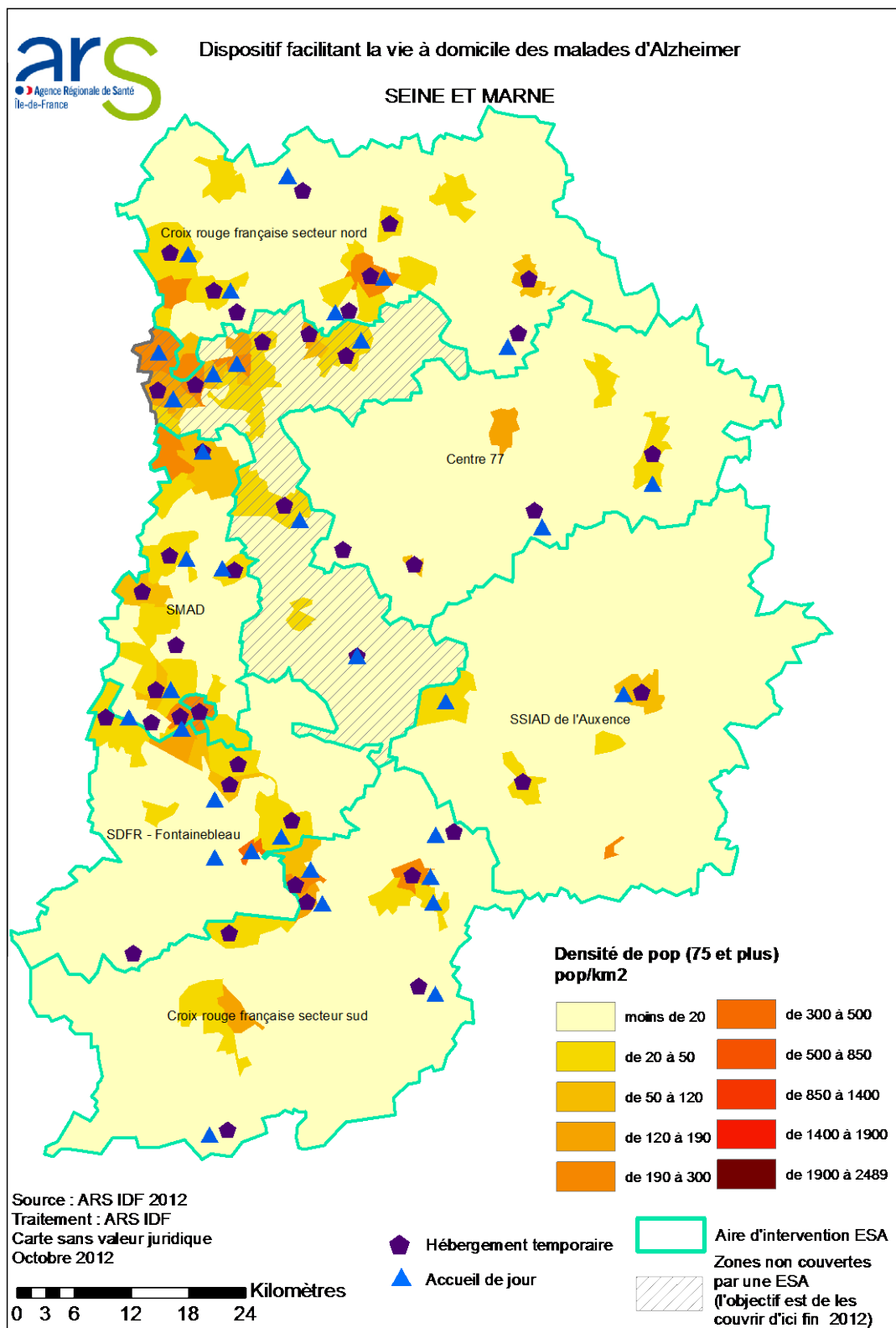


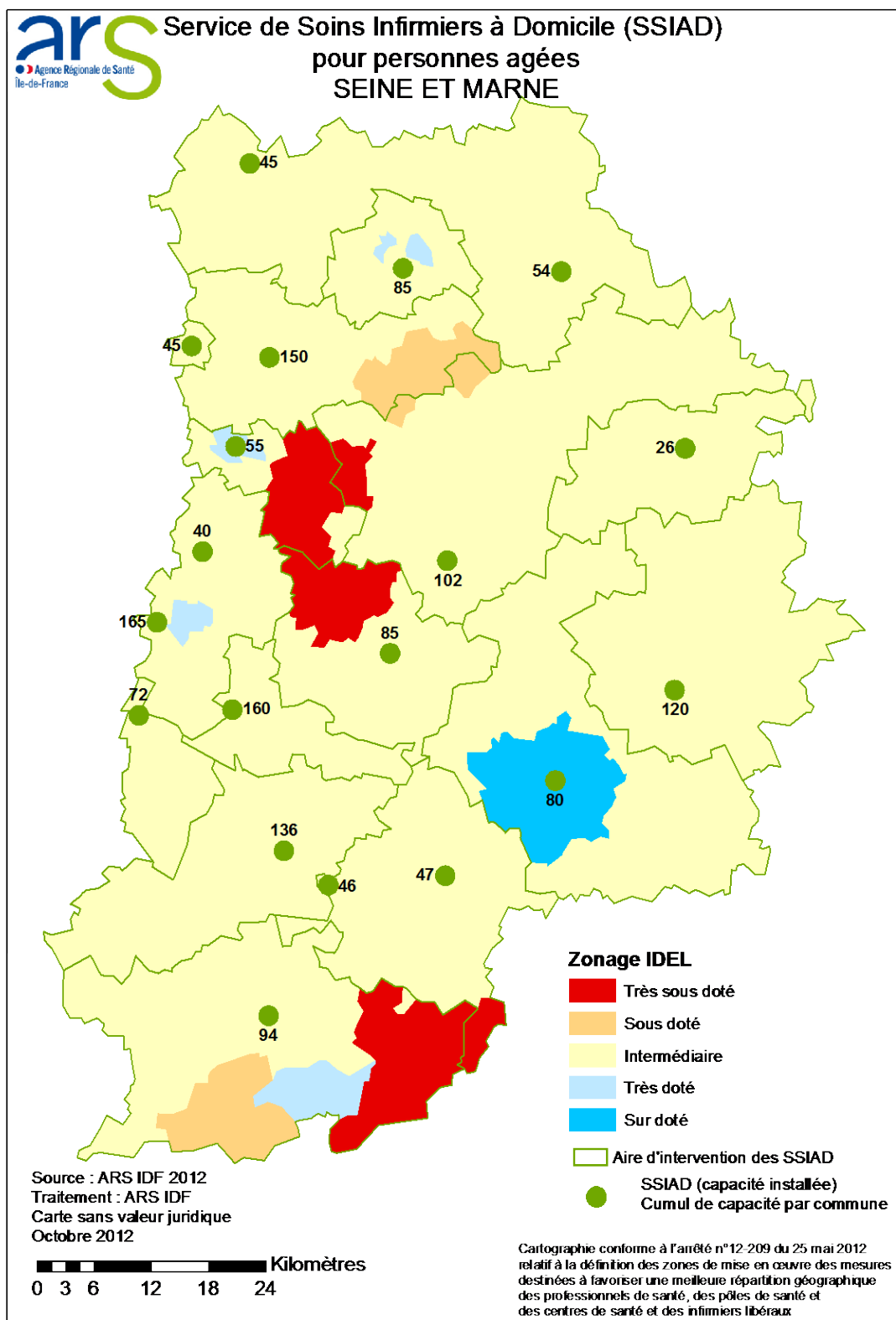
Hebergement en unité de soins longue durée (USLD) et en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Seine-et-Marne





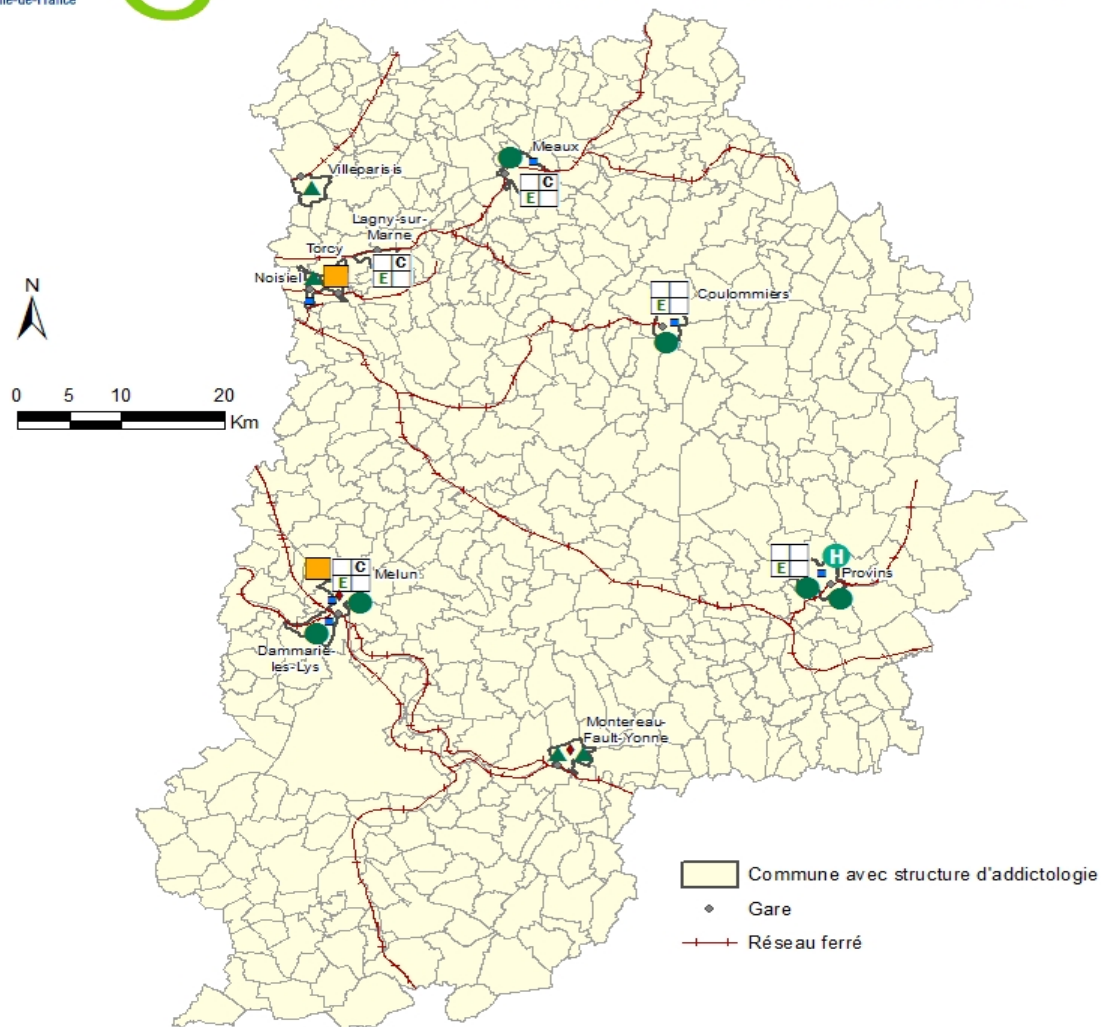






2.2.2.1.2 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Le dispositif de prise en charge des addictions en 2012 en Seine-et-Marne



Secteur médico-social

- CSAPA (sites principaux)
- ▲ CSAPA (antennes)
- CSAPA Hébergement
- CAARUD
- Consultation jeunes consommateurs
- ◆ Automate distributeur/échangeur de seringues

Secteur hospitalier



Hopital présentant les 4 types d'offre

- E : Equipe de liaison et de soins en addictologie
- C : Consultation d'addictologie
- H : Hopital de jour
- L : Lit d'hospitalisation complète





2.2.2.2 Les aspects sociaux et démographiques du département

La population Seine et Marnaise va connaître une forte augmentation de sa population puisque cette dernière va progresser de 9,47 % entre 2010 et 2020.

Les personnes âgées de plus de 75 ans sont en 2010 au nombre de 74 000, soit 9,7 % des personnes de cette tranche d'âge de la région et 5,6 % de la population générale du département.

Avec plus de 20 % d'augmentation des personnes âgées de plus de 75 ans et 35 % en ce qui concerne les personnes âgées dépendantes, la Seine-et-Marne fait partie des départements qui vont connaître un des plus fort vieillissement de leur population à l'horizon 2020.

Le département de Seine-et-Marne est un territoire contrasté avec une concentration de la population dans sa partie Ouest touchant les départements de la « première couronne » et des zones très rurales à densité beaucoup plus faible dans les autres parties (frange nord sud à l'est: 75% des communes recensent moins de 2 000 habitants).

Dépourvu de CHU, ce département connaît d'importantes inégalités de santé et territoriales : **espérance de vie à la naissance hommes et femmes et espérance de vie à 60 ans hommes et femmes la plus faible de la région**; taux de suicide pour les hommes et les femmes supérieur à la moyenne régionale; **des pathologies psychologiques** pour les hommes supérieures à la moyenne régionale et **pour les femmes le plus élevé de la région**.

Concernant les infirmiers libéraux, deux zones sous dotées selon la Mission régionale de santé (2009): Crécy-la-Chapelle et Moissy-Cramayel. A contrario, les zones sur-dotées sont Roissy-en-Brie, Vaires-sur-Marne et Le-Châtelet-en-Brie



Les personnes âgées en Seine-et-Marne

Chiffres-clés

	Source de la donnée	Seine-et-Marne	Ile-de-France
Nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en 2010	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	74 159	763 678
Part des 75 ans et plus dans la population générale	INSEE, RP2009, exploitation principale	5,6 %	6 %
Projection : évolutions démographiques de 2010 à 2020			
- des 75 ans et plus	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	+ 20 %	+ 14 %
- des 85 ans et plus		+ 43 %	+ 41 %
- des personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus (2007 à 2020)		+ 35 %	+ 32 %



2.2.2.3 Le diagnostic

2.2.2.3.1 LES PERSONNES AGEES

L'offre médico-sociale départementale

Capacités au 31 décembre 2010 et taux d'équipement par dispositifs calculés sur la population des plus de 75 ans en 2010 (74 159)

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES	TAUX D'EQUIPEMENT 77	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
EHPAD (hébergement complet)	6 760	132 ‰	77 ‰
Accueil de jour / Hébergement temporaire	440	6 ‰	3 ‰
SSIAD	1 500	20 ‰	21 ‰

Sources : FINESS/BREX et Direction régionale de l'INSEE IDF

Les points forts et points faibles du département

Les points forts

En matière d'hébergement, le taux d'équipement est satisfaisant. C'est le taux le plus important de l'Ile-de-France avec environ 200 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. Cependant il existe de fortes disparités géographiques et quelques zones sont encore sous-équipées. Les équipements d'hébergement répondent aux besoins des seine-et-marnais mais aussi des personnes âgées provenant d'autres départements pour une part représentant environ 40 % de la capacité totale, jouant ainsi un rôle d'accueil pour les populations franciliennes.

Les points faibles

L'offre en SSIAD et en structures dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer n'est pas satisfaisante.



Les modes d'accueil alternatifs de type accueil de jour, de nuit, temporaire, sont insuffisants. Les structures qui proposent un accueil de jour, rencontrent des difficultés d'accès à ce service en raison notamment des problèmes de transport. De plus il est constaté que des places d'accueil de jour ne sont pas installées.

La vétusté des locaux est préoccupante notamment dans les établissements publics (structures adossées à des centres hospitaliers). Les taux d'encadrement en personnel soignant sont très inégaux d'un établissement à un autre, ils apparaissent sans lien avec le niveau de dépendance des résidents, cette situation induit un risque de maltraitance.

2.2.2.3.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

L'offre médico-sociale par handicap.

Enfants et adolescents

Taux d'équipement par déficiences hors CMPP et CAMSP

calculé sur la population des enfants de 0 à 19 ans de 369 619 personnes

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 31/12/2010	TAUX D'EQUIPEMENT 77	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	1727	4,67	3,30
Autisme/TED/Déf communication	325	0,88	0,44
Troubles du caractère et comportement	244	0,66	0,72
Déficiences motrices	376	1,02	0,83
Polyhandicapés	303	0,82	0,63
Troubles spécifiques du langage		0,00	0,05
Déficiences visuelles	90	0,24	0,33



Schéma d'organisation médico-sociale

Déficiences auditives	117	0,32	0,63
TOTAL	3182	8,61	7,04

**Epilepsie, VIH, VHC*

La Seine et Marne = 12,20 % des 0-19 ans franciliens et 14,92 % de l'offre médico-sociale régionale enfants

Offre importante mais qualitativement perfectible notamment en ce qui concerne les troubles du caractère et du comportement et la déficience auditive.



Adultes

Taux d'équipement par déficiences hors foyers et services gérés par le Conseil Général

calculé sur la population des adultes de 20 à 59 ans de 732248 personnes

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 31/12/2010	TAUX D'EQUIPEMENT 77	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	151	0,21	0,19
Autisme	131	0,18	0,10
Déficiences psychiques	289	0,39	0,19
Déficiences motrices	546	0,75	0,16
Polyhandicapés	327	0,45	0,30
Déficiences sensorielles		0,00	0,08
Toutes déficiences	2029	2,77	3,04
Cérébro-lésés	58	0,08	0,06
PHV		0,00	0,01
TOTAL	3531	4,82	4,13

La Seine et Marne = 11,30% des 20-59 ans franciliens et 13,19 % de l'offre médico-sociale régionale adulte



Les particularités du département

La difficulté historique à créer des places au cœur de l'Île-de-France a conduit les établissements médico-sociaux des départements de grande couronne à jouer un rôle de ressource pour les personnes âgées ou handicapées de la région (c'est le cas de la Seine-et-Marne).

Toutefois malgré des taux d'équipement sur ce département supérieur à la moyenne régionale, la réponse aux besoins pose encore quelques problèmes :

- On constate le maintien de nombreux adultes handicapés dans les établissements pour enfants au titre de l'« amendement Creton ». En octobre 2010, **72 jeunes relèvent de l'amendement creton**.
- Une enquête conduite par le CEDIAS-CREAHl de janvier 2012 sur les enfants et adolescents dits « sans solution » fait état que sur 17 jeunes repérés par l'enquête (jeunes de 0 à 18 ans et plus bénéficiant d'une orientation médico-sociale) 12 avaient une orientation (non suivi d'effet) vers un IME et 5 vers un ITEP.
- Une seconde enquête conduite également par le CEDIAS-CREAHl sur les enfants et adultes accueillis en Belgique recense 16 personnes placées dans un établissement belge (financement assurance maladie) soit 12 adultes et 4 jeunes dont 50% souffrent d'autisme.
- La **population scolaire** est en forte croissance (entre 1500 et 2000 élèves de plus par an).
- On observe un accroissement du nombre d'enfants souffrant de troubles du comportement. La prise en charge de ces enfants est rendue difficile du fait d'un déficit et d'une inégale répartition des structures ITEP (établissements et services). De ce fait les IME sont embolésés, la psychiatrie est sur sollicitée et la prise en charge est assurée par défaut par les enseignants.
- Est à noter également un déséquilibre d'équipement entre l'Est et l'Ouest du département

Enfin, des premiers éléments recueillis à partir de **ES 2010** données brutes, permettent de constater en ce qui concerne les flux des enfants accueillis dans les établissements pour enfants en Seine-et-Marne que 14% de la population considérée n'est pas originaire du département. A contrario, 10% des enfants et adolescents seine et marnais sont orientés vers d'autres départements d'IDF.

S'agissant des adultes handicapés accueillis dans l'ensemble des structures suivantes : MAS, FO et FV, établissement d'accueil temporaire, FAM, SAVS et SAMSAH, les résultats bruts de ES 2010 font apparaître que les structures implantées en Seine-et-Marne reçoivent 261 adultes venant de province (soit 8 %) et 455 (soit 14%) venant d'autres départements franciliens.

A contrario, 13% des Seine et Marnais sont accueillis hors de leur département d'origine.



Ce diagnostic met en évidence une offre qui, si elle semble quantitativement satisfaisante, demeure encore inadaptée en fonction des types de handicaps et en fonction de la répartition sur le territoire.

Les points forts et points faibles du département

Points forts

- Une politique partenariale interinstitutionnelle très soutenue, notamment avec l'Education Nationale et le département de Seine-et-Marne qui a permis notamment la **création de dispositifs innovants** tels que **le DISPEH** (Dispositif d'Insertion Sociale et Professionnelle des Elèves Handicapés).

Ce dispositif permet à des jeunes souffrant de troubles cognitifs ou du comportement accueillis en I.M.E. ou en ULIS, d'accéder à une formation professionnelle en alternance ; en effet après l'organisation de stages "découverte" et "perfectionnement", ils accèdent à un cursus de formation organisé entre les C.F.A. partenaires, les I.M.E. "têtes de réseau" et des stages en entreprise au sein des entreprises adhérentes au "réseau employeur".

- Une offre importante et diversifiée en équipement médico-social.

Points faibles

- Une offre encore inadaptée en fonction des types de handicap et en fonction de la répartition sur le territoire (troubles du comportement et de la communication des TED).
- Une absence d'observatoire (mission MDPH)
- Une gestion chronophage des situations individuelles complexes freinant l'orientation en établissement
- **Un secteur psychiatrique** sous doté en Seine-et-Marne (moins bien doté que la région IDF). Le médico-social permet de rééquilibrer cette offre



2.2.2.3.3 Les Personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

L'offre départementale en addictologie :

Le dispositif de prise en charge en addictologie en Seine-et-Marne se compose de :

- 2 CAARUD (centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) ;
- 6 CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) 2 « généralistes », 2 « spécialisés alcool » et 2 « drogues illicites », en ambulatoire et pour certaines aussi en résidentiel (avec 8 places en appartements thérapeutiques et 13 places en centre thérapeutique résidentiel) ;
- 5 Consultations Jeunes Consommateurs.

L'offre en réduction des risques est complétée par 2 sites d'implantation d'automates distributeurs échangeurs de seringues.

- L'offre en CSAPA

Dpt	Population	Nombre de CSAPA	Nombre d'antennes	File Active départementale
77	1 326 031	6	7	3 900

Population / Nombre de CSAPA	Population / Nombre de CSAPA + antennes	File Active départementale en % de la population du département
221 005	102 002	0,29%

CSAPA à gestion associative	CSAPA à gestion hospitalière	CSAPA pénitentiaire	CSAPA à gestion municipale
2	4	0	0



- L'offre en consultations jeunes consommateurs (2012) :

	Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs rattachées à des CSAPA	Population âgés de 15 à 24 ans / Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs	Pourcentage des 15 à 24 ans dans la population du département
Seine et Marne	5	35 444	13.36%
Ile de France	40	39 277	13.3%

- L'offre en réduction des risques :

CAARUD	Nombre de CAARUD	Population âgés de 20 à 49 ans / Nombre de CAARUD
Seine et Marne	2	279 810
Ile de France	21	246 655
France	141	181 062

Programmes d'échanges de seringues : Ventes de Steribox en Seine et Marne, en Ile-de-France et en France en 2009 pour 100 habitants de 20 à 39 ans (sources Siamois/INVS, Insee, OFDT)

Seine et Marne	Ile de France	France
6.9	9.0	14.6

Nombre de site d'implantations des automates et de distributeurs de seringues en Seine et Marne et en Ile-de-France, en 2011 (source Association SAFE)

	Nombres de sites d'implantation	% des installations régionales
Seine et Marne	2	1.6%
Ile-de-France	126	100%

L'offre médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

La prise en charge des personnes malades en situation de fragilité sociale et/ou psychologique, sans domicile mais dont la pathologie ou l'état de santé nécessite des prestations coordonnées



et adaptées de soins, un suivi médical et un accompagnement social est mise en œuvre au travers des dispositifs ACT (26 places) et LHSS (25 lits).

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES au 01 06 2012	TAUX D'EQUIPEMENT 75 / total IDF
ACT	26	3.6%
LHSS	25	6.5%

2.2.2.4 Les priorités et les perspectives à 5 ans

2.2.2.4.1 LES PERSONNES AGEES

La restructuration de l'offre

Au titre de la restructuration de l'offre l'objectif est de garantir l'offre d'hébergement notamment dans les zones les moins pourvues. Il convient également d'optimiser l'accueil en établissement d'hébergement en favorisant la création et l'extension de places nouvelles plus particulièrement dans les zones les moins pourvues tout en continuant à soutenir l'amélioration et la mise aux normes des structures.

Le développement de l'offre

Il convient de développer l'offre en SSIAD et de promouvoir les modes d'accueil alternatifs (accueil de jour, accueil temporaire, accueil familial) pour familiariser les personnes âgées à la vie en collectivité et pour relayer leur famille en soulageant les aidants. Cette promotion devra s'accompagner d'un soutien aux transports et d'une coordination des différents acteurs gérontologiques.



2.2.2.4.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

La restructuration de l'offre

La priorité majeure consiste en la poursuite de la recomposition de l'offre afin de dégager des places nouvelles permettant l'amélioration de la prise en charge des déficiences suivantes :

- Autisme et Troubles envahissant du développement
- Handicap psychique (adultes et enfants).

Par ailleurs en ce qui concerne les enfants et adolescents, l'effort doit porter sur l'amélioration de la couverture du département en ITEP en augmentant l'offre de dispositif sur la partie du territoire dépourvue, ceci par redéploiement de places d'IME.

Ces redéploiements vont permettre :

- la création de 26 places de SESSAD (à l'EPMS du Provinois, IMED de Claye-Souilly et Dammarie-les-Lys)
- la création de 10 places d'ITEP (Montereau)
- la régularisation de 15 places d'ITEP (Claye-Souilly)

Le développement de l'offre

- Soutenir la création d'un SESSAD étudiant (projet CROIX ROUGE)
- Soutenir la création d'un foyer d'accueil médicalisé à vocation régionale

Les innovations et les expérimentations.

Deux projets sont des priorités du département :

- La poursuite et l'évolution **du dispositif innovant le DISPEH** (Dispositif d'Insertion Sociale et Professionnelle des Elèves Handicapés) est une priorité à conduire en partenariat étroit.

Ce dispositif qui a fonctionné jusqu'à maintenant via des conventions, va être pérennisé par la création d'un G.C.S.M.S. entre les I.M.E. "têtes de réseau".

Un coordonateur médico-social est requis afin de poursuivre la gestion du projet (Financement ARS à compter de 2012 pour 3 ans- dispositif expérimental)



- La mise en place de deux niveaux de réponse dans le cadre de la **gestion des situations individuelles complexes du département**
 - GOLC (Groupements locaux de concertation)
 - Instance territoriale composée des partenaires institutionnels concernés par la problématique

2.2.2.4.3 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

La restructuration de l'offre

Au titre de la restructuration de l'offre, les objectifs visent notamment :

- L'amélioration de l'accès aux dispositifs de prévention, de réduction des risques et des dommages, de prise en charge et de soins pour toutes les personnes ayant des conduites addictives ainsi que leur entourage (approche graduée, coordonnée, articulée et complémentarité d'intervention) ;
- L'amélioration de la qualité des prestations, en développant une approche de proximité, diversifiée, globale, pluridisciplinaire, graduée et cohérente c'est-à-dire articulée avec les autres secteurs concernés (médecine de ville, sanitaire, médico-social, social).

Le développement de l'offre

Au titre du développement de l'offre, les objectifs portent notamment sur :

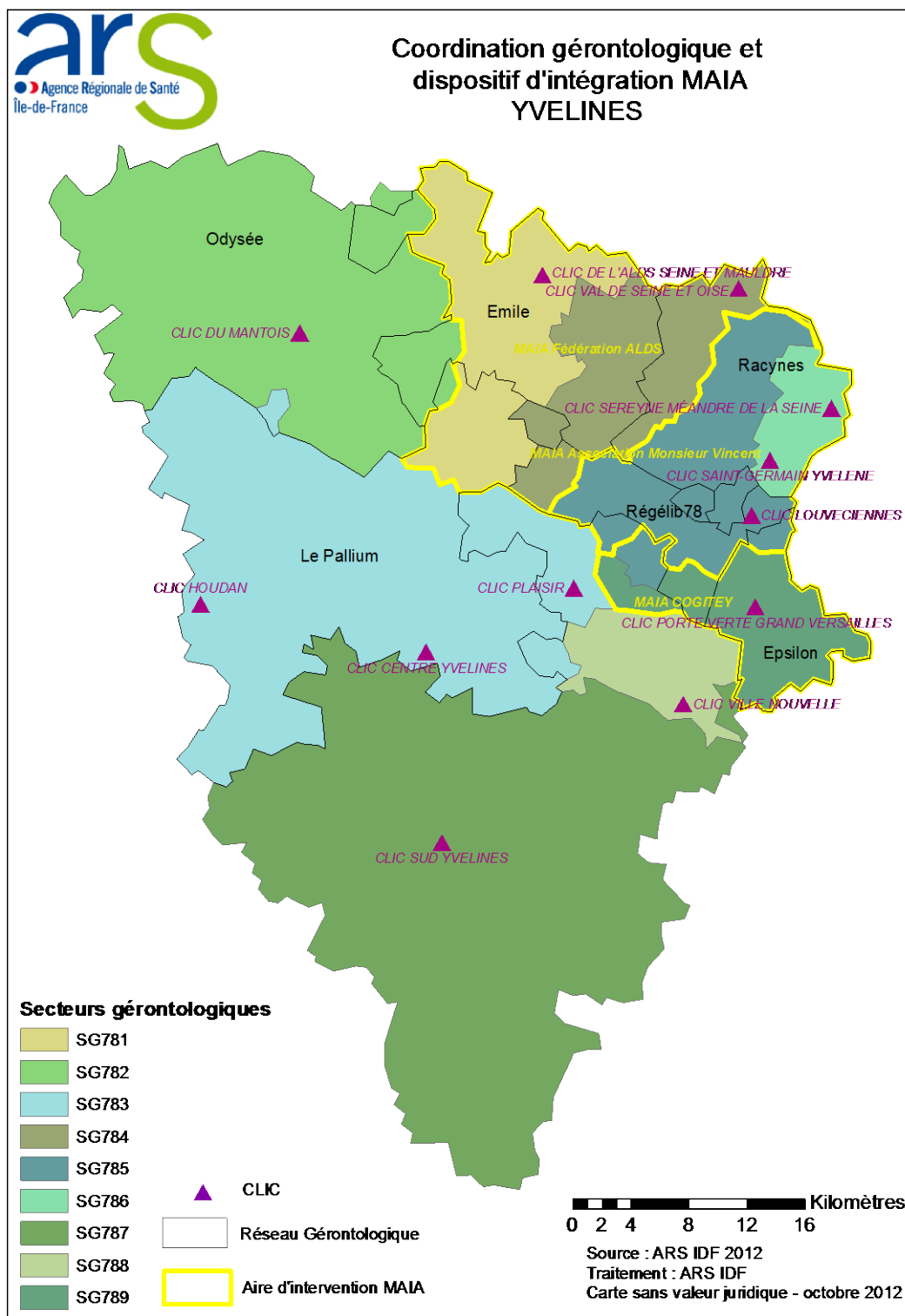
- Le développement du dispositif Consultations Jeunes Consommateurs (notamment territoire nord ouest du département compte tenu de l'importance de la population jeune et plus vulnérable) ;
- Le développement de la politique de réduction des risques et des dommages ;
- L'amélioration de la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire : s'assurer de la continuité des soins à l'arrivée, en détention, dans le cadre des transferts et à la sortie du milieu carcéral. ;
- Le renforcement du dispositif ACT ;
- Le renforcement du dispositif LHSS.



2.2.3 Yvelines

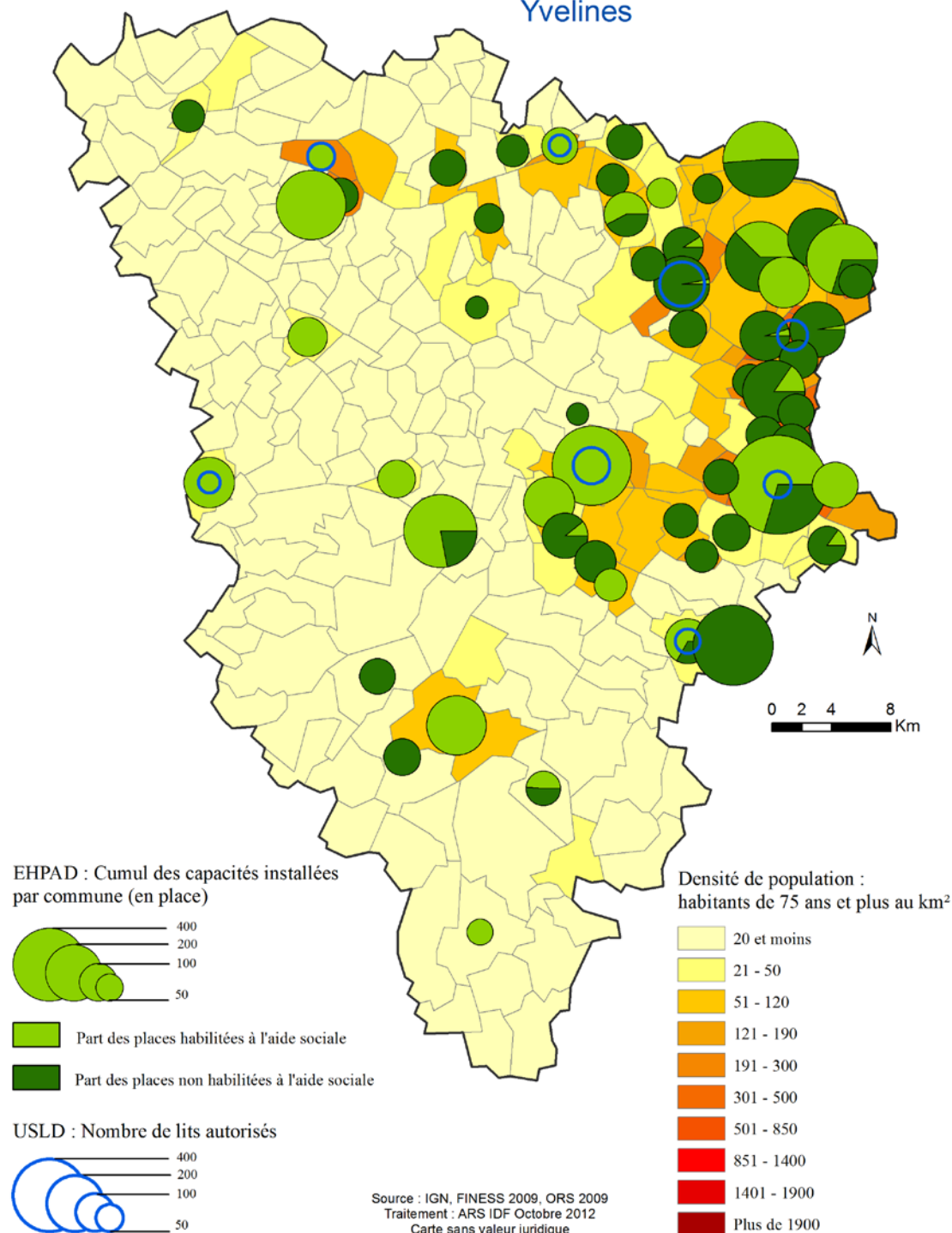
2.2.3.1 Eléments cartographiques

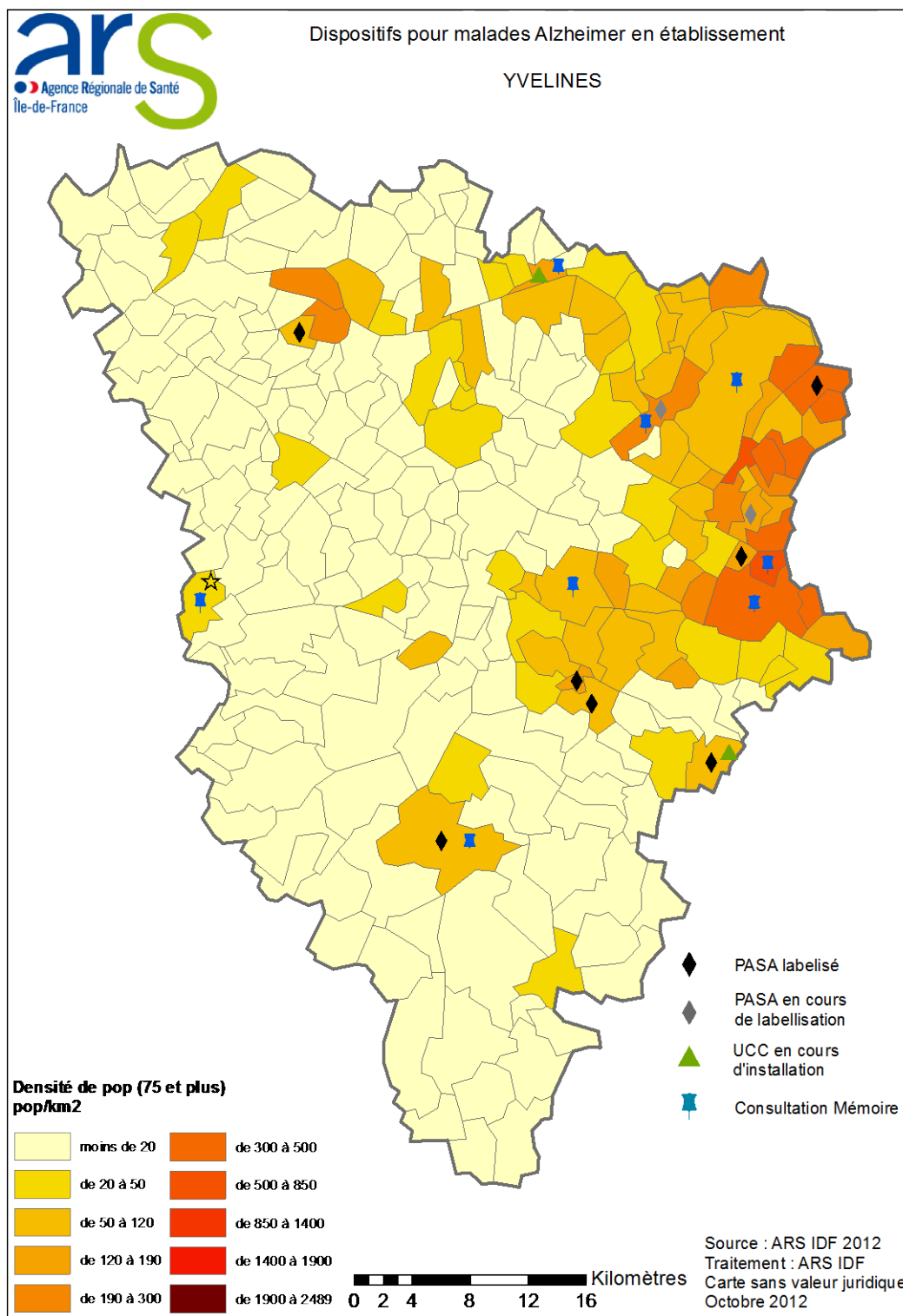
2.2.3.1.1 *LES PERSONNES AGEES*

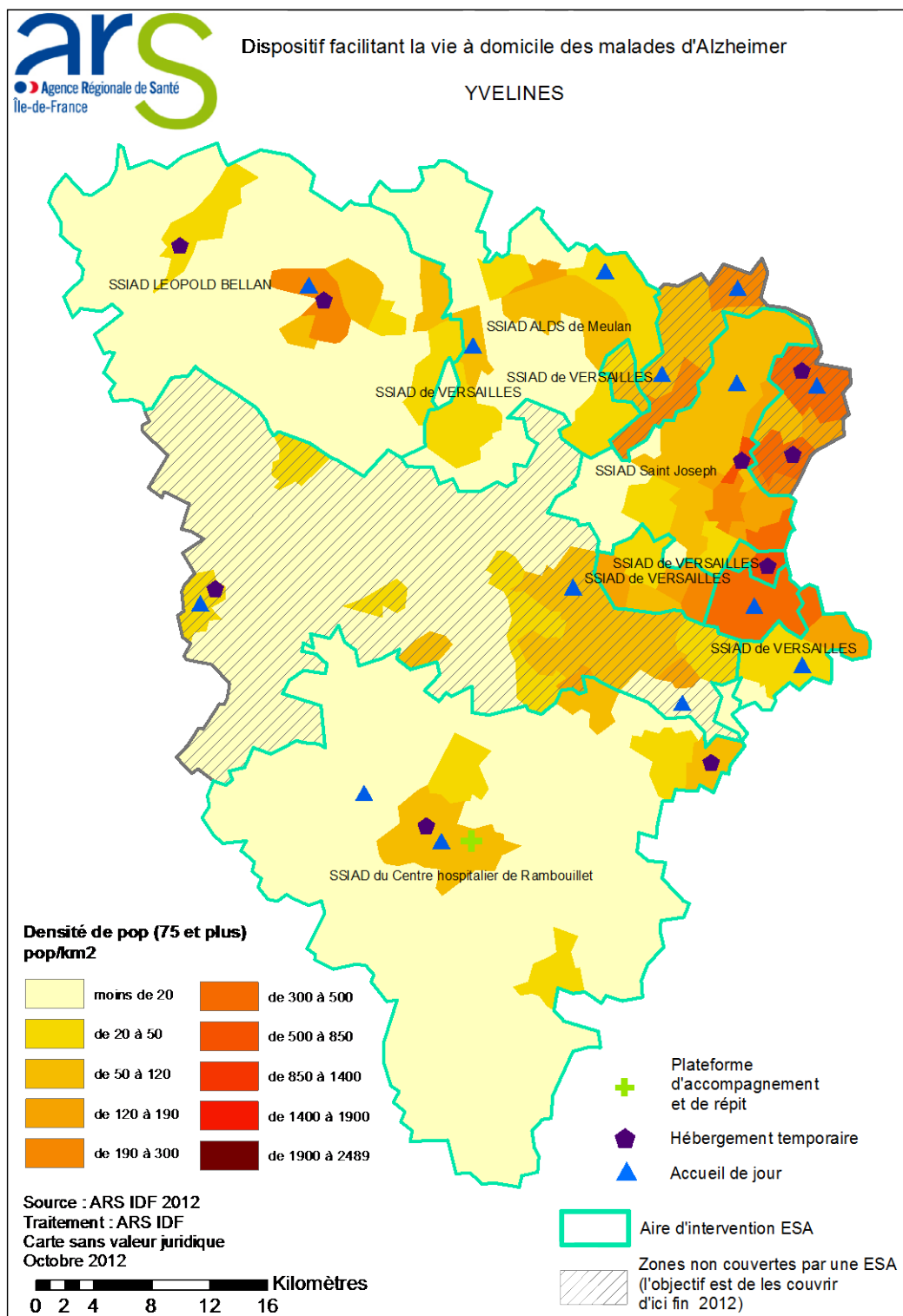


Hebergement en unité de soins longue durée (USLD) et en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Yvelines

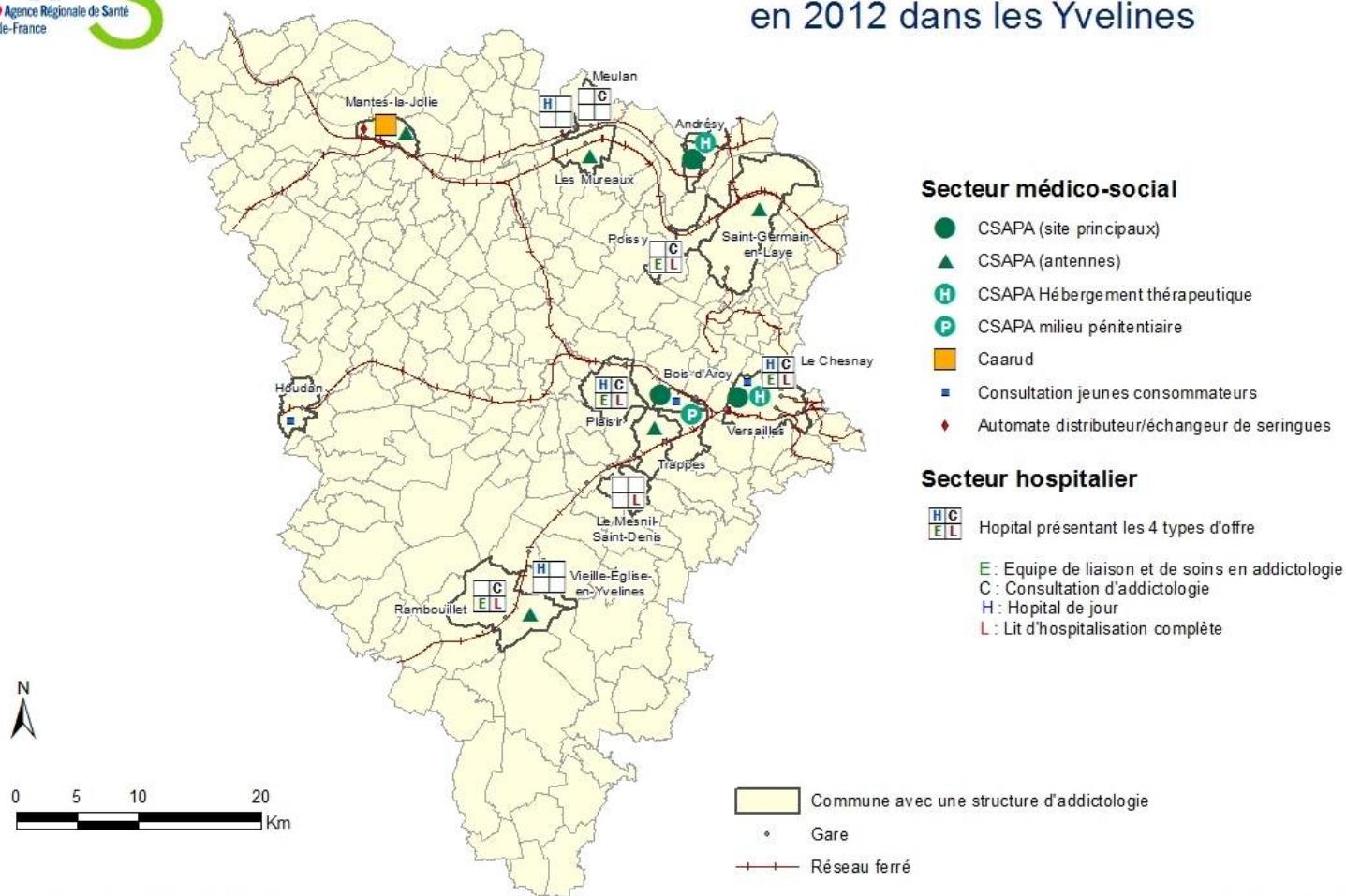


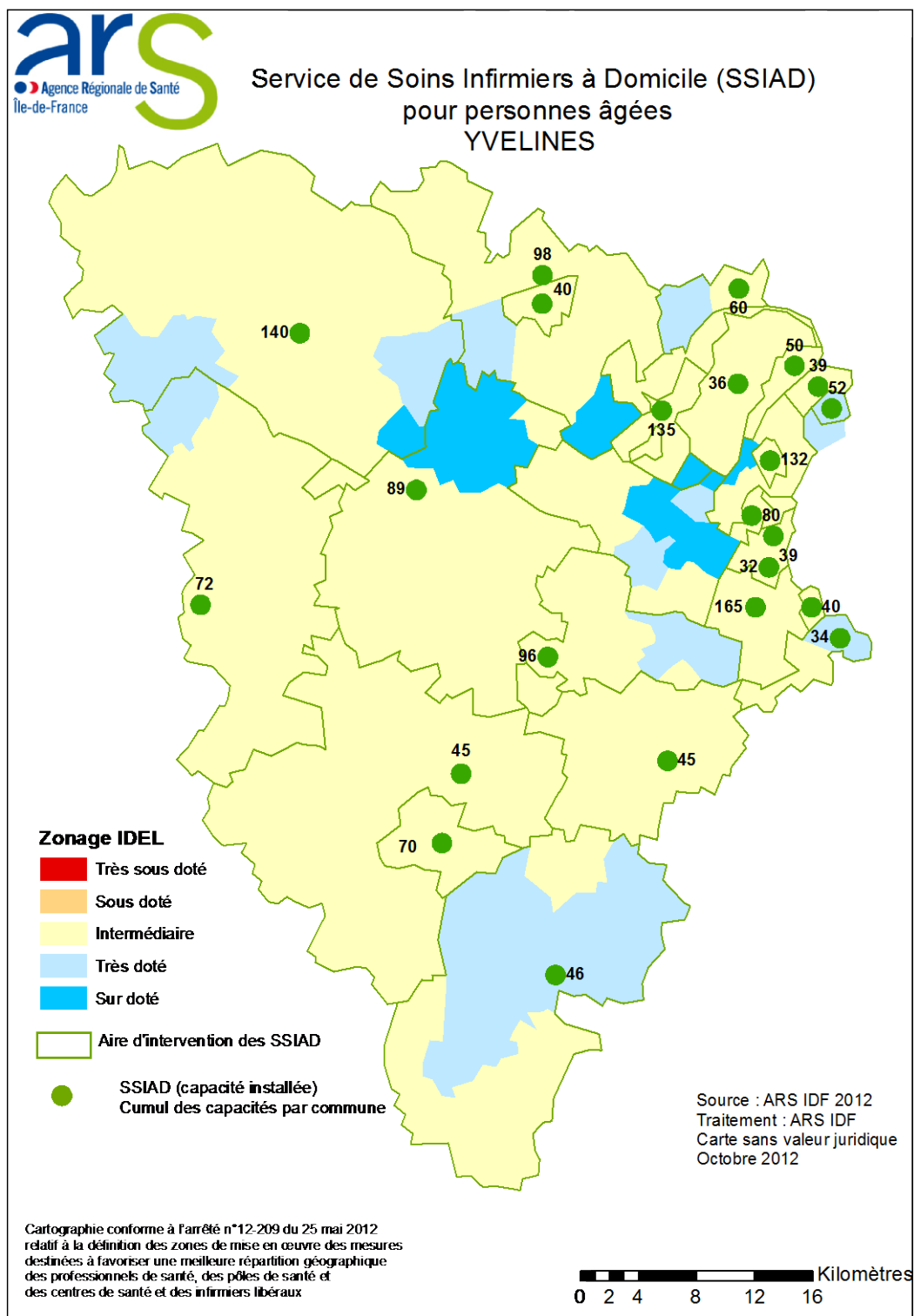




2.2.3.1.2 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Le dispositif de prise en charge des addictions en 2012 dans les Yvelines









2.2.3.2 Les aspects sociaux et démographiques du département

Département le plus peuplé de la grande couronne.

Une population estimée au 1^{er} janvier 2012 à près de 1 433 447 personnes, avec une évolution non homogène et un ralentissement de son accroissement depuis les années 2000.

La densité de la population est de 611 hab. /km² ; c'est la plus faible de la région après la Seine-et-Marne (215 hab. /km²). Sur les 262 communes qui composent le département, près de la moitié compte moins de 1 000 habitants.

Un taux de mortalité à 6 ‰ en 2009 (soit identique au taux régional), 3^{ème} de la région.

Un taux de natalité en diminution légère à 14,1‰ en 2009, 2^{ème} département francilien.

28% de la population a moins de 20 ans contre 25,2% en moyenne dans la région IDF (soit 12,67 % des franciliens âgés de 0-19 ans résident dans les Yvelines); population jeune plutôt située dans les communes au sud-est et au nord-ouest du département.

Niveau de vie particulièrement élevé avec un taux de pauvreté parmi les plus faibles, inférieur à 8%, de la métropole

Un département globalement plus favorisé que la moyenne mais qui présente des disparités territoriales.

Le département compte 92 906 personnes de 75 ans et plus 6 % dans la population totale en 2008 Ile-de-France : 6 % en France : 9 % (Source : Insee, RP2008) et se classe premier des départements de la grande couronne avec, principalement dans les communes de grande taille et pour la plupart limitrophes au département des Hauts-de-Seine

En 2030 la quasi totalité de la croissance régionale serait absorbée par les départements de la grande couronne. Selon le scénario central de l'INSEE, en 2030, «les Yvelines et l'Essonne compteraient la même proportion de personnes âgées que Paris».



Les personnes âgées dans les Yvelines

Chiffres-clés

	Source de la donnée	Yvelines	Ile-de-France
Nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en 2010	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	92 906	763 678
Part des 75 ans et plus dans la population générale	INSEE, RP2009, exploitation principale	6 %	6 %
Projection : évolutions démographiques de 2010 à 2020			
- des 75 ans et plus	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	+ 23 %	+ 14 %
- des 85 ans et plus		+ 55 %	+ 41 %
- des personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus (2007 à 2020)		+45 %	+ 32 %

2.2.3.3 Le diagnostic

2.2.3.3.1 LES PERSONNES AGEES

L'offre médico-sociale départementale



Capacités au 31 décembre 2010 et taux d'équipement par dispositifs calculés sur la population des plus de 75 ans en 2010 (92 906)

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES	TAUX D'EQUIPEMENT 78	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
EHPAD (hébergement complet)	8 800	95 ‰	77 ‰
Accueil de jour / Hébergement temporaire	140	1,5 ‰	3 ‰
SSIAD	1 400	15 ‰	21 ‰

Sources : FINESS/BREX et Direction régionale de l'INSEE IDF

Les points forts et points faibles du département

Les points forts

Le département bénéficie d'un taux d'équipement en EHPAD supérieur à la moyenne régionale.

Les points faibles

A l'inverse des EHPAD les taux sont inférieurs à la moyenne pour ce qui concerne les structures concourant au maintien à domicile, pour les SSIAD, les accueils de jour (AJ) et l'hébergement temporaire (HT). Le taux d'équipement est nettement plus faible s'il est rapporté sur les zones urbaines du département (Nord et Nord-est). En tenant compte des projections démographiques la faiblesse du taux d'équipement de ces zones s'accroîtra dès 2020.

2.2.3.3.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

L'offre médico-sociale du handicap

Enfants (en places, hors CAMSP et CMPP)

Au 1^{er} janvier 2011, le taux d'équipement des Yvelines est de 6.98 pour 1000 enfants âgés de 0 à 19 ans (4^{ème} département d'Ile-de-France). Le taux régional s'élève lui à 7,04.

L'offre médico-sociale « enfance » des Yvelines représente 12,56 % de l'offre médico-sociale régionale enfants.



Taux d'équipement par déficiences hors CMPP et CAMSP

calculé sur la population des enfants de 0 à 19 ans de 383 869 personnes

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 31/12/2010	TAUX D'EQUIPEMENT 78	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	1563	4,07	3,30
Autisme/TED/Déf communication	98	0,26	0,44
Troubles du caractère et comportement	293	0,76	0,72
Déficiences motrices	226	0,59	0,83
Polyhandicapés	236	0,61	0,63
Troubles spécifiques du langage	29	0,08	0,05
Déficiences visuelles	90	0,23	0,33
Déficiences auditives	143	0,37	0,63
Toutes déficiences*		0,00	0,10
TOTAL	2678	6,98	7,04

*Epilepsie, VIH, VHC

Adultes

Le taux d'équipement adulte des Yvelines est de 4.45 (4^{ème} département de la région). Il est légèrement supérieur au taux d'équipement régional qui est de 4.13.

L'offre médico-sociale à destination des adultes représente 12,67 % de l'offre médico-sociale régionale adulte.

Taux d'équipement par déficiences hors foyers et services gérés par le Conseil



Général

calculé sur la population des adultes de 20 à 59 ans de 761 939 personnes

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 31/12/2010	TAUX D'EQUIPEMENT 78	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	375	0,49	0,19
Autisme	100	0,13	0,10
Déficiences psychiques	125	0,16	0,19
Déficiences motrices		0,00	0,16
Polyhandicapés	490	0,64	0,30
Déficiences sensorielles	64	0,08	0,08
Toutes déficiences	2150	2,82	3,04
Cérébro-lésés	47	0,06	0,06
PHV	40	0,05	0,01
TOTAL	3391	4,45	4,13

Les points forts et points faibles du département

Les points forts

Concernant les enfants, les Yvelines ont un taux d'équipement élevé pour la déficience intellectuelle

Concernant les adultes, les Yvelines sont bien pourvues en FAM. Au regard du taux d'équipement régional, le département est bien équipé pour les personnes souffrant de déficience intellectuelle et atteint de polyhandicap.



Le département dispose d'un solide réseau dans sa partie sud pour les personnes déficientes psychiques.

Par ailleurs ce département est dynamique au niveau de l'engagement des associations qui se regroupent et s'associent. Il y a quelques GSMS en formation et 8 CPOM signés.

Les points faibles

Concernant les enfants, les Yvelines présentent un faible taux d'équipement pour l'autisme, la déficience motrice (uniquement au niveau des services) et la déficience auditive.

En novembre 2011 selon une enquête régionale de l'ARS-CEDIAS, 18 enfants n'avaient aucune solution, c'est-à-dire qu'ils n'étaient accueillis ni dans une structure médico-sociale, ni dans un établissement scolaire.

Concernant les adultes, l'offre est à renforcer pour la déficience motrice et le handicap psychique. Les services (SAMSAH) restent peu développés (0,05 dans le Yvelines contre 0,18 en Ile-de-France).

Enfin au 31 décembre 2010 (selon l'enquête régionale ARS-CEDIAS), 32 personnes sont placées en Belgique, 19 enfants et 13 adultes. 50% d'entre eux étaient atteints d'autisme.

2.2.3.3.3 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

L'offre départementale en addictologie :

Le dispositif de prise en charge en addictologie dans les Yvelines se compose de :

- 1 CAARUD (centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) ;
- 3 CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) « généralistes » en ambulatoire et pour certains aussi en résidentiel (avec 15 places en centre thérapeutique résidentiel) ;
- 2 Consultations Jeunes Consommateurs.

L'offre en réduction des risques est complétée par 1 automate distributeurs échangeurs de seringues.

4 Consultations Jeunes Consommateurs.



- L'offre en CSAPA

Dpt	Population	Nombre de CSAPA	Nombre d'antennes	File Active départementale
78	1 410 943	3	5	4 050

Population / Nombre de CSAPA	Population / Nombre de CSAPA + antennes	File Active départementale en % de la population du département
470 314	176 368	0,29%

CSAPA à gestion associative	CSAPA à gestion hospitalière	CSAPA pénitentiaire
1	2	1

- L'offre en consultations jeunes consommateurs (2012) :

	Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs Rattachées à un CSAPA	Population âgés de 15 à 24 ans / Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs	Pourcentage des 15 à 24 ans dans la population du département
Yvelines	4	44 771	12.7%
Ile de France	40	39 277	13.3%



- L'offre en réduction des risques :

CAARUD

	Nombre de CAARUD	Population âgés de 20 à 49 ans / Nombre de CAARUD
Yvelines	1	559 621
Ile de France	21	246 655
France	141	181 062

Programmes d'échanges de seringues : Ventes de Steribox dans les Yvelines, en Ile-de-France et en France en 2009 pour 100 habitants de 20 à 39 ans (sources Siamois/INVS, Insee, OFDT)

Yvelines	Ile de France	France
10.6	9.0	14.6

Nombre de site d'implantations des automates et de distributeurs de seringues dans les Yvelines et en Ile-de-France, en 2011 (source Association SAFE)

	Nombres de sites d'implantation	% des installations régionales
Yvelines	1	0.8%
Ile-de-France	126	100%

L'offre médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

La prise en charge des personnes malades en situation de fragilité sociale et/ou psychologique, sans domicile mais dont la pathologie ou l'état de santé nécessite des prestations coordonnées et adaptées de soins, un suivi médical et un accompagnement social est mise en œuvre au travers du dispositif ACT (28 places).

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES au 01 06 2012	TAUX D'EQUIPEMENT 78 / total IDF
ACT	28	3.9%
LHSS	0	0%
LAM	0	0%



2.2.3.4 Les priorités et les perspectives à 5 ans

2.2.3.4.1 LES PERSONNES AGEES

La restructuration de l'offre

Elle va porter sur deux axes, renforcer le niveau d'intervention des SSIAD d'une part et ouvrir les EPHAD sur l'extérieur d'autre part.

Il s'agit de renforcer la couverture territoriale en SSIAD et d'améliorer la réponse apportée aux besoins. A cet effet, et en coordination avec les services à domicile du Conseil général, 150 places supplémentaires vont être créées pour renforcer l'offre insuffisante actuellement. Il y aura lieu également de développer des SSIAD mixtes pour personnes âgées et handicapées. Par ailleurs, il convient de travailler sur le lien SSIAD et hospitalisation à domicile, de favoriser la création de places de SSIAD « lourd et/ou renforcé » ayant notamment pour vocation de prendre en charge des personnes âgées sortant d'HAD avec ou sans actes infirmiers.

Pour les EHPAD, il s'agit d'ouvrir ces structures sur leur environnement et de favoriser leur concours à l'accompagnement à domicile. A cet effet, il conviendra de mettre en place des plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Le développement de l'offre

Les mesures retenues visent prioritairement à favoriser le maintien à domicile et à améliorer l'accueil des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Il est proposé d'optimiser l'offre de structures de répit pour accompagner le maintien à domicile en développant des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour compléter les plateformes de service des EHPAD.

Pour ce qui concerne l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, il est proposé de développer les mesures spécifiques en direction des malades vivant à domicile. A cette fin, il est prévu de mettre en place 5 nouvelles équipes spécialisées Alzheimer (ESA) à



domicile (le département des Yvelines compte à ce jour 5 ESA). Par ailleurs, il est proposé de développer des mesures spécifiques en direction des malades Alzheimer ayant des troubles du comportement. Il sera procédé à la labellisation et au suivi de pôles d'activités et de soins renforcés (PASA) au sein des EHPAD. La création de PASA sera soutenue par le biais d'une aide financière à l'investissement. Il est également proposé de soutenir la création d'unités d'hébergement renforcé (UHR) au sein des USLD par le biais d'une aide financière à l'investissement.

Les innovations et les expérimentations

En premier lieu il est proposé de décloisonner et de coordonner les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social. Il s'agit de favoriser l'articulation des prises en charge médico-sociales et sanitaires (exemple SSR-HAD-SSIAD) par le biais d'outils communs d'information et d'orientation. Dans le département, l'ARS participe au financement de l'expérimentation du dossier médical partagé lancée par le Conseil général des Yvelines.

Afin d'améliorer la qualité de réponse apportée aux usagers, il est proposé de développer les dispositifs d'intégration des services, d'assurer un suivi de la mise en œuvre des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) et de poursuivre le développement de ce dispositif.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de l'accueil et du soin en EHPAD, la présence d'un temps infirmier la nuit fera l'objet d'une expérimentation au sein de 3 EHPAD du département.

2.2.3.4.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

La déclinaison des actions prioritaires du département des Yvelines est la suivante. S'agissant des axes de compétence conjointe avec le Conseil général leur mise en œuvre interviendra sous réserve de son accord. Leur déclinaison opérationnelle fera l'objet de groupes de travail avec les principaux acteurs des champs concernés.



La restructuration de l'offre

Concernant les enfants, afin de s'adapter à l'évolution des besoins, des places d'IME seront transformés en SESSAD. Et des places pour enfants déficients intellectuels seront transformées en places pour enfants autistes, le nombre de places pour ce public étant insuffisant dans le département et très inférieur au taux d'équipement régional (0.26 contre 0.44). Le taux d'équipement pour enfants déficients intellectuels dans les Yvelines est quand à lui supérieur à la moyenne régionale (4.07 contre 3.30).

Concernant les adultes, des places de foyer pour personnes autistes vont être médicalisées. Ce public étant également prioritaire chez les adultes.

Le développement de l'offre

Un effort particulier sera fait en direction des enfants autistes.

Il est prévu de créer 2 SESSAD de 20 places chacun. Un appel à projet est d'ores et déjà programmé pour le 1^{er} semestre 2013 pour un SESSAD dans le sud des Yvelines.

Quelques places de services seront créées par extension non importantes à destination des très jeunes déficients auditifs, le nombre de places étant insuffisant sur le département.

Concernant les adultes, une attention particulière devra être portée sur les services, notamment ceux à destination des personnes présentant un handicap psychique. C'est une priorité conjointe du Conseil Général des Yvelines et de l'ARS. Deux appels à projet seront nécessaires pour couvrir l'ensemble du territoire, le nord et le sud. Le premier appel à projet qui sera lancé en 2013 aura vocation à couvrir le sud du territoire (40 places). Le SAMASH sera éventuellement adossé à une pension de famille (résidence sociale).

Des places d'ESAT seront également créées à destination des adultes déficients psychiques (28 places)

Les innovations et les expérimentations

Un appel à projet d'une vingtaine de places sera lancé en 2013 à destination des enfants présentant des troubles psychiques, des TED ou des troubles du comportement. Cette structure innovante devra être une passerelle entre le sanitaire et le médico-social, un plateau technique devra se situer à proximité.



Une structure d'adaptation à la vie active à destination des 16-25 ans se verra verser un financement assurance maladie. Cet établissement « passerelle » aura comme objectif l'accompagnement vers l'insertion et l'autonomie.

Les perspectives à l'horizon 2017

Si le département est relativement bien pourvu en établissement pour déficients moteurs, il manque des services. Il faudra donc envisager la création de places de SESSAD pour déficients moteurs en réfléchissant à un maillage permettant de couvrir l'ensemble du département.

Les créations de places programmées à destination des enfants autistes seront sans doute insuffisantes pour accueillir dans les meilleures conditions l'ensemble des enfants des Yvelines présentant des TED et des troubles psychiques. Il sera donc nécessaire de réfléchir à des places d'IME pour déficients psychiques et TED supplémentaires (25 places).

Il sera également à terme nécessaire de renforcer l'offre à destination des adultes autistes, les besoins étant exponentiels (création d'un FAM).

2.2.3.4.3 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

La structuration de l'offre

Au titre de la restructuration de l'offre, les objectifs concernent :

- La consolidation du dispositif médico-social existant et l'amélioration de son articulation avec le dispositif hospitalier en addictologie ;
- L'amélioration de la qualité des prestations, en développant une approche de proximité, diversifiée, globale, pluridisciplinaire, graduée et cohérente c'est-à-dire articulée avec les autres secteurs concernés (médecine de ville, sanitaire, médico-social, social).



Le développement de l'offre

Au titre du développement de l'offre, les objectifs portent notamment sur :

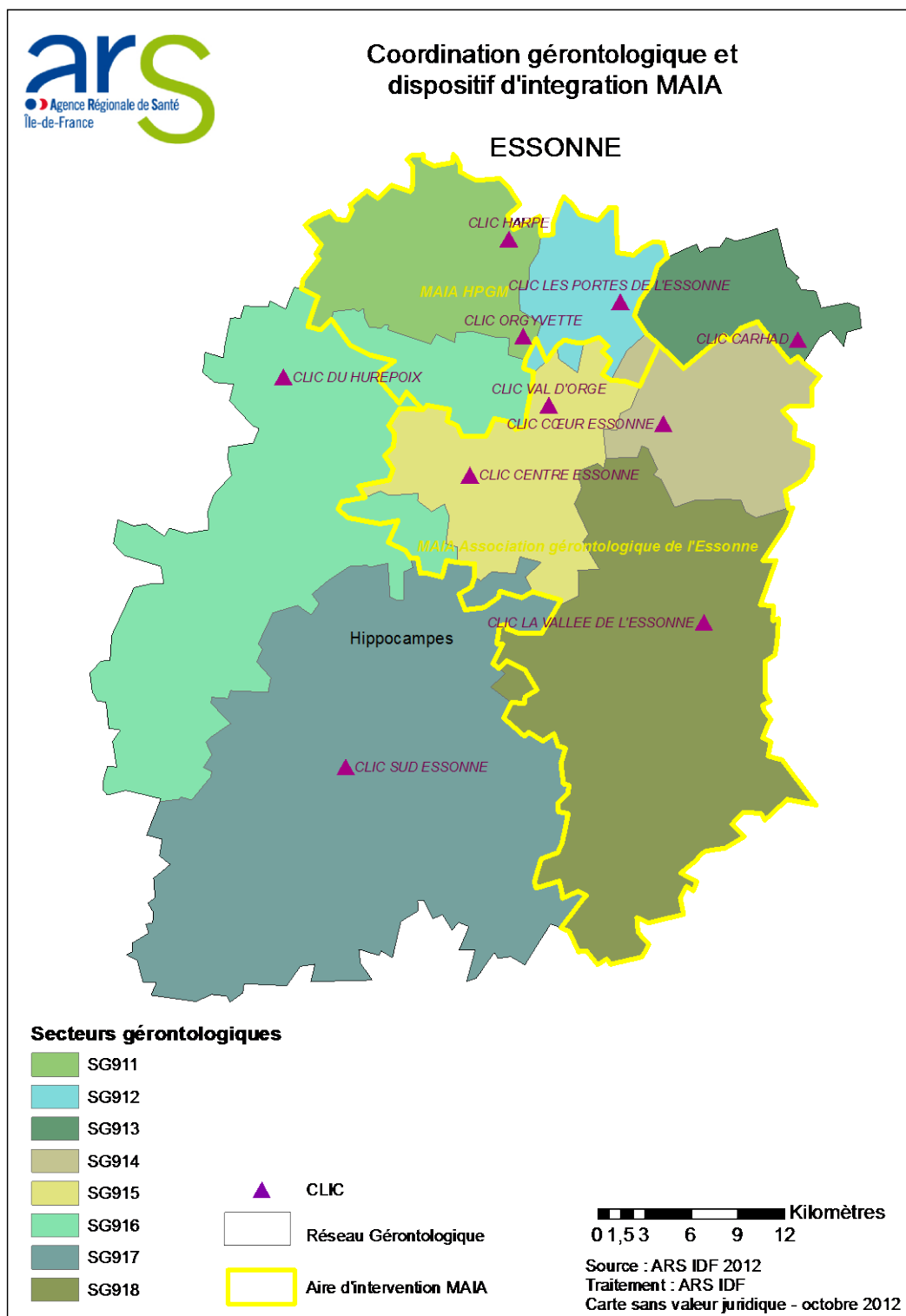
- le renforcement du dispositif Consultations Jeunes Consommateurs ;
- Le développement de la politique de réduction des risques et des dommages (extension de l'intervention CAARUD, développement des automates distributeurs échangeurs de seringues) ;
- Le renforcement des soins résidentiels en CSAPA (15 places) ;
- L'ouverture d'un CSAPA en milieu rural, avec des consultations avancées ;
- L'amélioration de la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire : s'assurer de la continuité des soins à l'arrivée, en détention, dans le cadre des transferts et à la sortie du milieu carcéral. ;
- Le renforcement du dispositif ACT ;
- La création d'un dispositif LHSS (aucun lit dans les Yvelines à ce jour).



2.2.4 Essonne

2.2.4.1 Eléments cartographiques

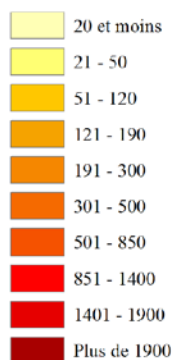
2.2.4.1.1 *LES PERSONNES AGEES*



Hebergement en unité de soins longue durée (USLD) et en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Essonne

Densité de population :
habitants de 75 ans et plus au km²

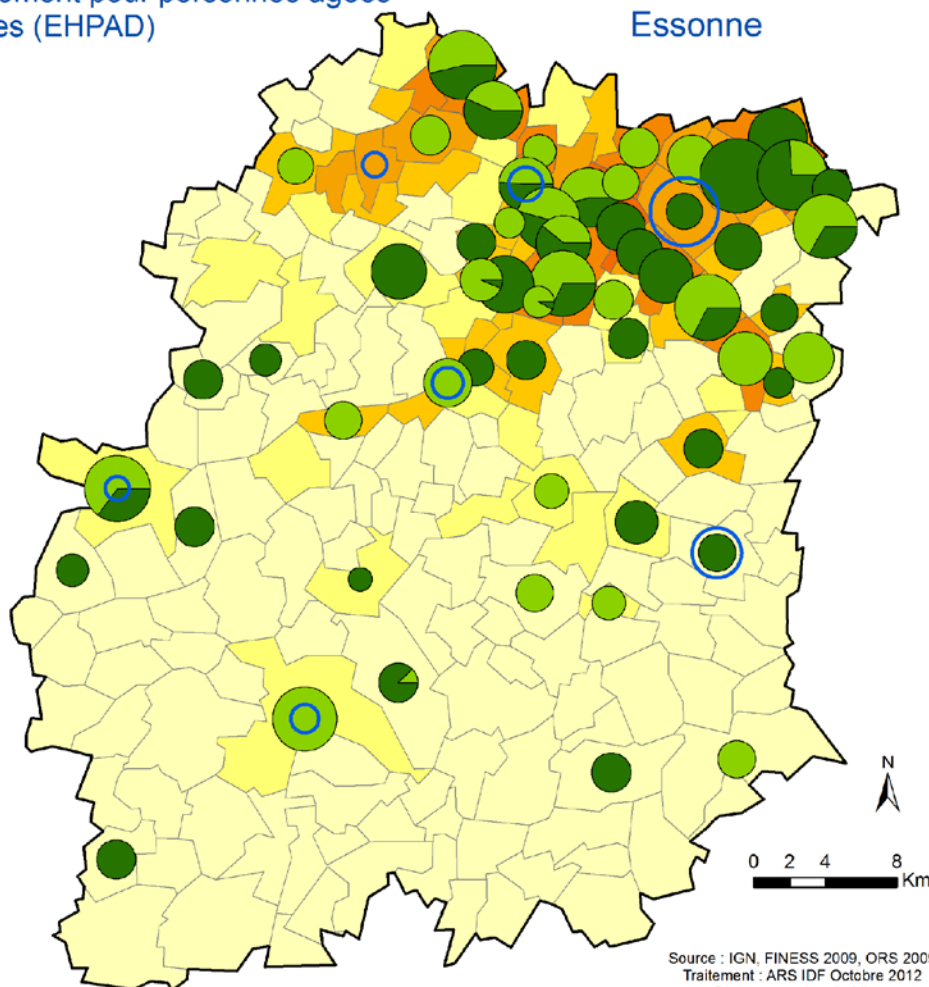
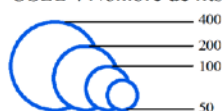


EHPAD : Cumul des capacités installées
par commune (en place)

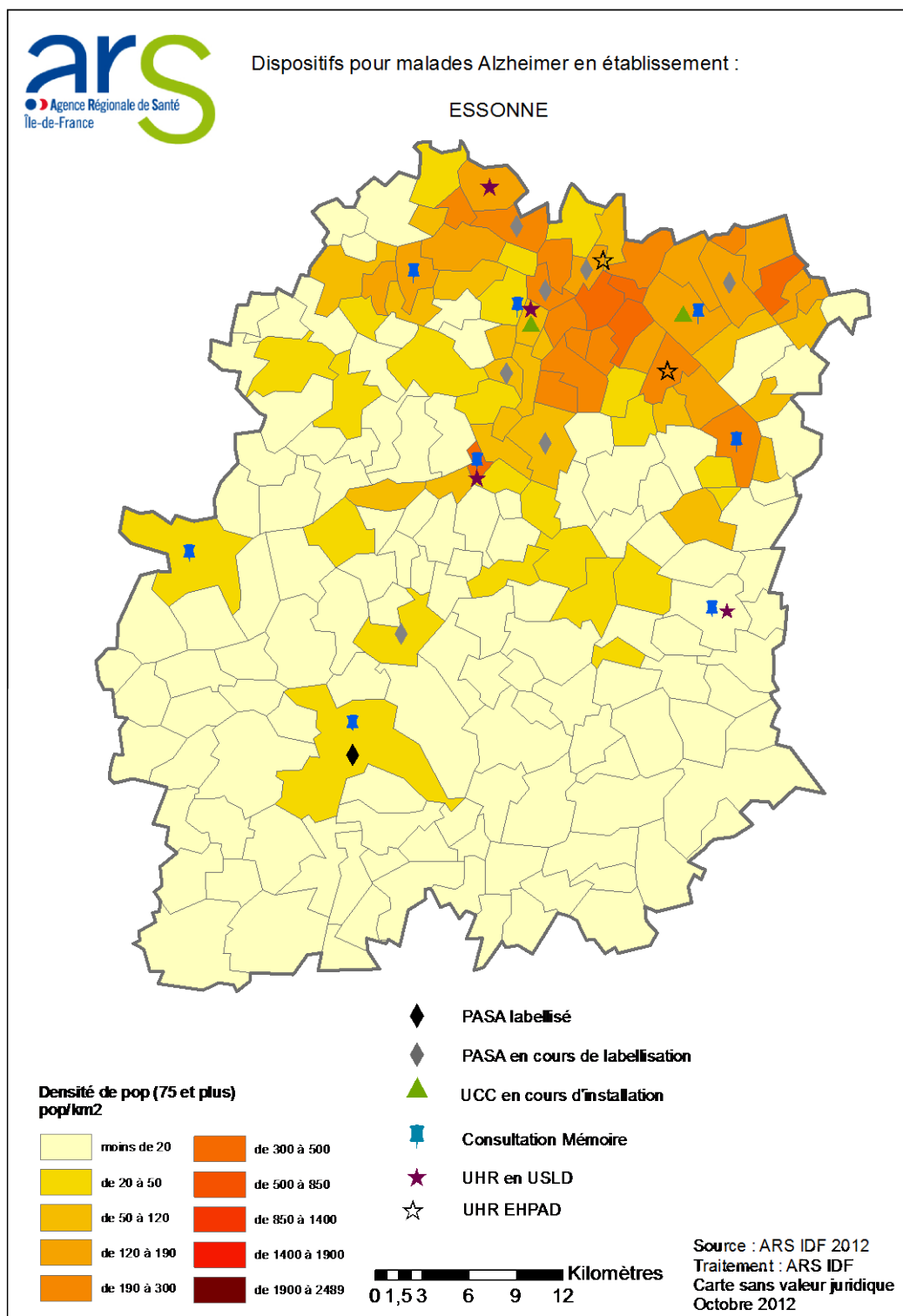


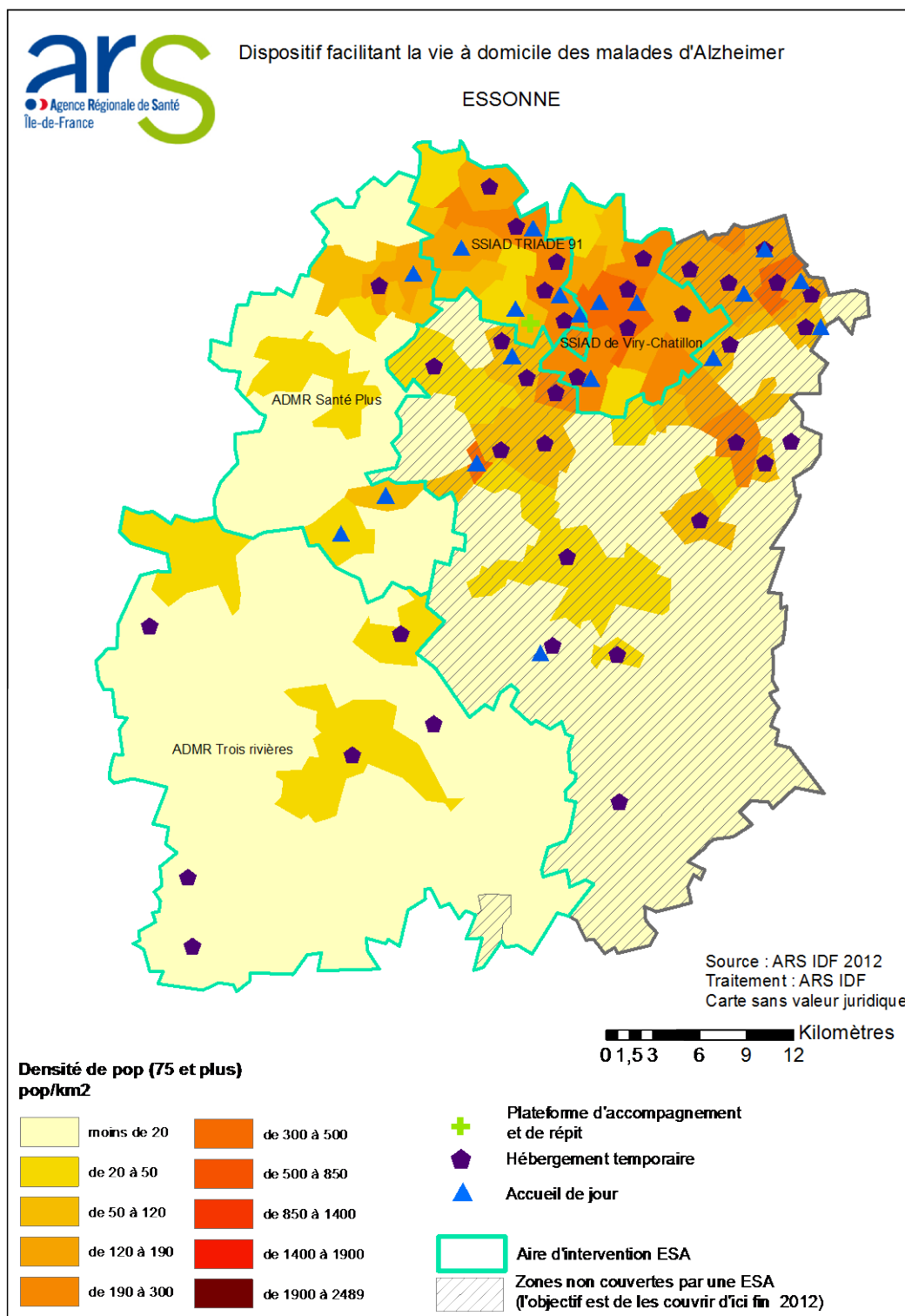
Part des places habilitées à l'aide sociale
Part des places non habilitées à l'aide sociale

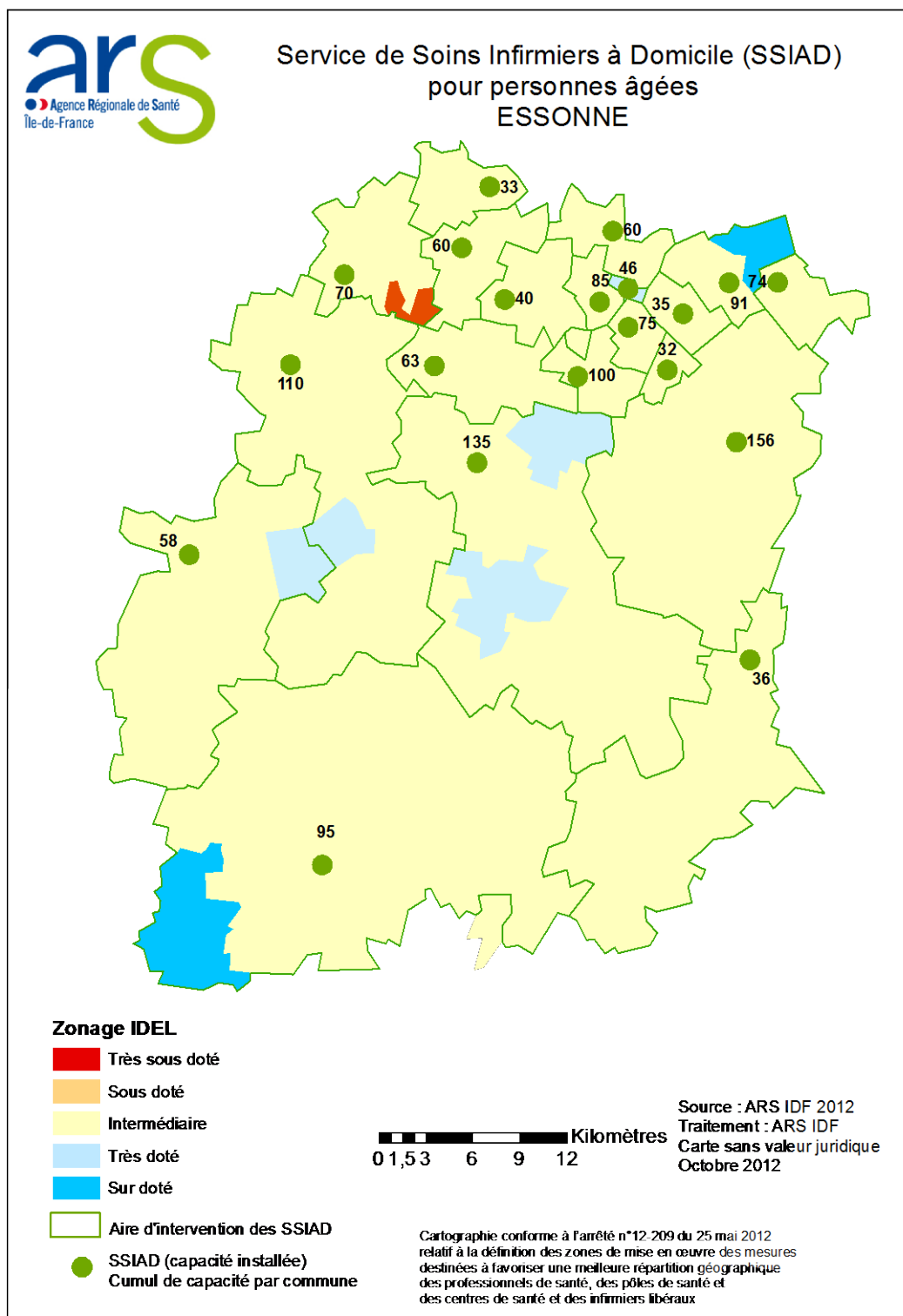
USLD : Nombre de lits autorisés



Source : IGN, FINESS 2009, ORS 2009
Traitement : ARS IDF Octobre 2012
Carte sans valeur juridique







2.2.4.1.2 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES



Le dispositif de prise en charge des addictions en 2012 dans l'Essonne

Secteur médico-social

- CSAPA (sites principaux)
- ▲ CSAPA (antennes)
- H CSAPA Hébergement
- P CSAPA Pénitentiaire
- CAARUD
- Consultation jeunes consommateurs
- ◆ Automate distributeur/échangeur de seringues

Secteur hospitalier

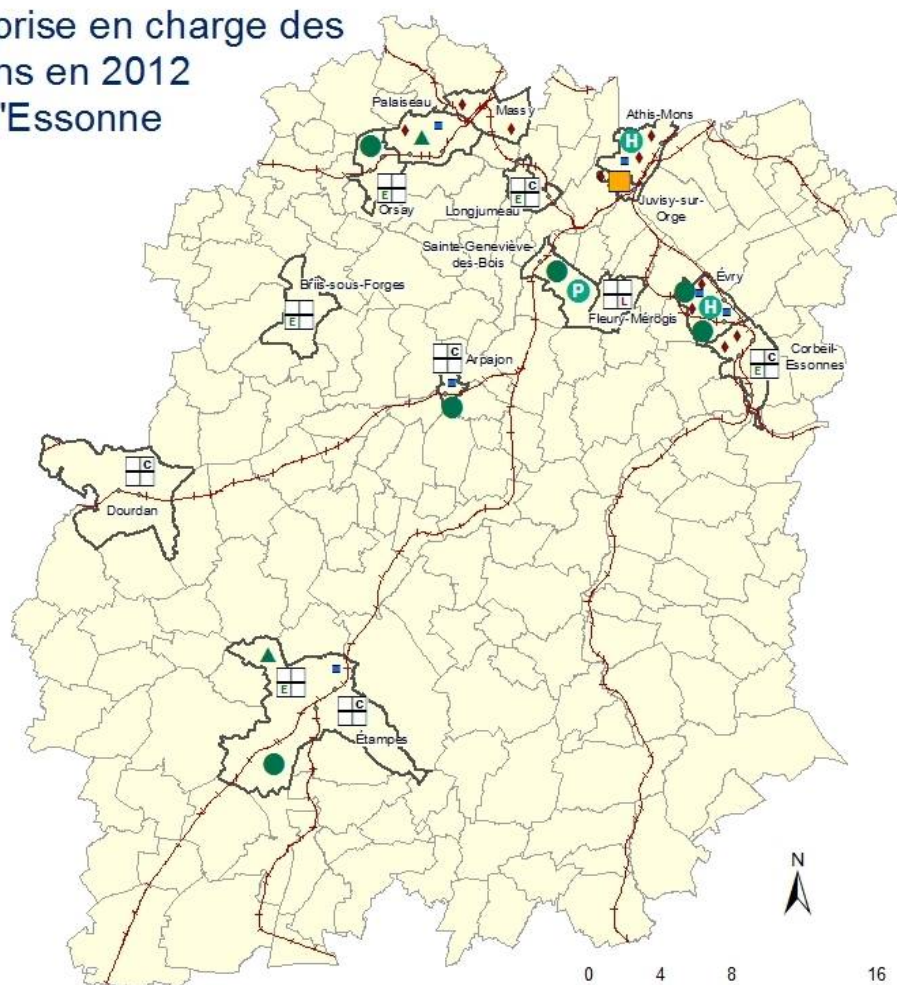


Hopital présentant les 4 types d'offre

- E : Equipe de liaison et de soins en addictologie
- C : Consultation d'addictologie
- H : Hopital de jour
- L : Lit d'hospitalisation complète

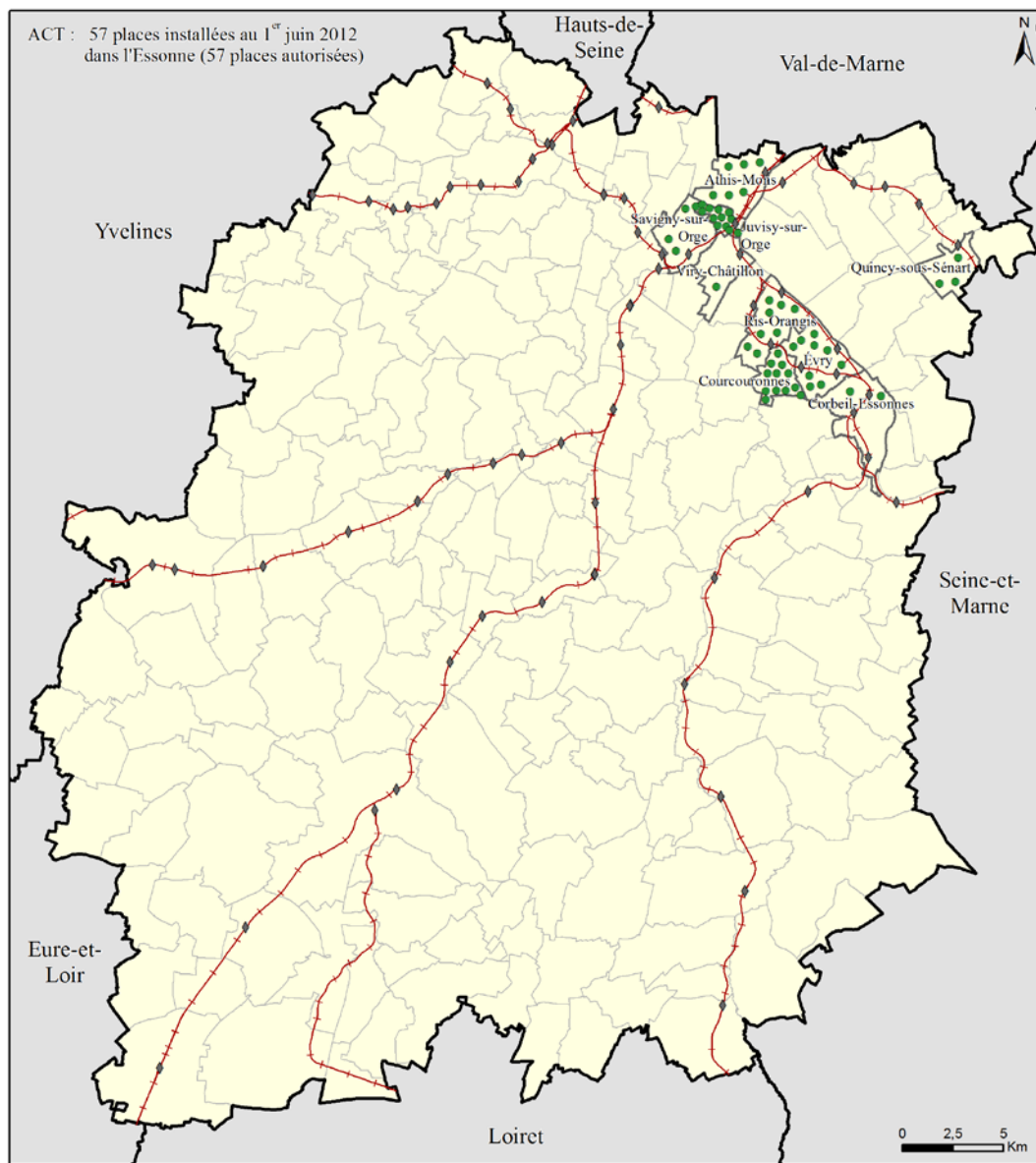
Communes avec une structure d'addictologie

- Gare
- Réseau ferré



Carte sans valeur juridique

Sources : BDTOPO IDF - ARS Ile-de-France, Juin 2012.



ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

- ACT : 1 point = 1 place installée
(Points placés aléatoirement au sein de la commune)

◆ Gare

—+— Voie ferrée

■ Départements limitrophes

■ Commune avec au moins une structure

■ Limites communales

Source : IGN, ARS Ile-de-France 2012
Traitement : ARS Ile-de-France Novembre 2012
Carte sans valeur juridique



2.2.4.2 Les aspects sociaux et démographiques du département

Avec seulement 40 ans d'existence, le département de l'Essonne est un département jeune qui bénéficie d'une situation privilégiée qui le situe à moins de 40 kms de Paris.

L'Essonne se compose de trois arrondissements, découpés en 42 cantons et 196 communes.

D'une superficie de 1 804.4 km² (3^{ème} rang de l'Ile-de-France), sa densité en population de 664.1 habitant par km² est bien inférieure à la moyenne de la région Ile-de-France située à 960.1 en 2009.

L'Essonne se caractérise surtout par des zones urbaines de très forte densité au nord du département et des zones beaucoup plus rurales au sud du département. Cependant, selon la Chambre de Commerce et d'Industrie du département, 95% des communes sont considérées comme des communes urbaines, contre seulement 5% de communes rurales.

Le département de l'Essonne peut se résumer avec ces quelques repères chiffrés :

- 1 198 274 habitants
- 26.5 % de moins de 19 ans
- 59.6 % de 20 à 64 ans
- 13.9 % de 65 ans et plus
- Données 2009 – source INSEE

En 2008, l'Essonne est le département francilien qui offre le plus de chances de retrouver rapidement un emploi en Ile-de-France (délai de retour à l'emploi des personnes au chômage).



Les personnes âgées en Essonne

Chiffres-clés

	Source de la donnée	Essonne	Ile-de-France
Nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en 2010	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	76 498	763 678
Part des 75 ans et plus dans la population générale	INSEE, RP2009, exploitation principale	6 %	6 %
Projection : évolutions démographiques de 2010 à 2020			
- des 75 ans et plus	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	+ 23 %	+ 14 %
- des 85 ans et plus		+ 59 %	+ 41 %
- des personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus (2007 à 2020)		+47 %	+ 32 %



2.2.4.3 Le diagnostic

2.2.4.3.1 LES PERSONNES AGEES

L'offre médico-sociale départementale

Capacités au 31 décembre 2010 et taux d'équipement par dispositifs calculés sur la population des plus de 75 ans en 2010 (76 498)

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES	TAUX D'EQUIPEMENT 91	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
EHPAD (hébergement complet)	7 500	99 ‰	77 ‰
Accueil de jour / Hébergement temporaire	330	4 ‰	3 ‰
SSIAD	1 300	18 ‰	21 ‰

Sources : FINESS/BREX et Direction régionale de l'INSEE IDF

Les points forts et points faibles du département

Les points forts

Un taux d'équipement en EHPAD supérieur à la moyenne régionale (98,67 contre 76,73).

Un taux d'équipement en AJ/HT supérieur à la moyenne régionale (4,38 contre 3,32).

Les points faibles

Un taux d'équipement en SSIAD inférieur à la moyenne régionale (17,61 contre 20,84).

2.2.4.3.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

L'offre médico-sociale du handicap

Enfants (en places, hors CAMSP et CMPP)

Taux d'équipement par déficiences hors CMPP et CAMSP

Calculé sur la population des enfants de 0 à 19 ans de 332 483

Public	Places installées au 31/12/2010	Taux d'équipement 91	Taux d'équipement IDF
Déficiences intellectuelles	1 154	3,47	3,30
Autisme/TED/Déf communication	82	0,25	0,44
Troubles du caractère et comportement	468	1,41	0,72
Déficiences motrices	210	0,63	0,83
Polyhandicapés	312	0,94	0,63
Troubles spécifiques du langage	0	0	0,05
Déficiences visuelles	161	0,48	0,33
Déficiences auditives	261	0,79	0,63
Toutes déficiences*		0	0,10
TOTAL	2 648	7,96	7,04



La prise en charge de l'autisme / TED et des déficiences motrices restent en retrait par rapport à la région. Les efforts de restructuration devront porter prioritairement dans ce domaine.

Adultes

Taux d'équipement par déficience hors foyers et services gérés par le Conseil Général

Calculé sur la population des adultes de 20 à 59 ans de 659 601 personnes

Public	Places installées au 01/01/2011	Taux d'équipement 91	Taux d'équipement IDF
Déficiences intellectuelles	184	0,28	0,19
Autisme	75	0,11	0,10
Déficience psychique	92	0,14	0,19
Déficiences motrices	15	0,02	0,16
Polyhandicapés	245	0,37	0,30
Déficience sensorielle		0	0,08
Toutes déficiences	2490	3,78	3,04
Cérébro-lésés	20	0,03	0,06
PHV		0	0,01
TOTAL	3 121	4,73	4,13



Les points forts et points faibles du département

Points forts

- **Le département de l'Essonne reste un département bien équipé** tant sur le secteur de l'enfance que sur le secteur de l'adulte avec des taux d'équipement supérieurs aux taux d'équipement de l'Ile-de-France.
- **Le département de l'Essonne concentre des établissements spécialisés et expérimentaux** qui s'inscrivent dans un principe de diversité de l'offre. Ce sont ainsi :
 - o Une MAS expérimentale destinée à accueillir des adolescents à partir de 14 ans et des adultes autistes ;
 - o Des « Petites maisons spécialisées pour adultes autistes » permettant d'offrir un projet de vie au plus près de la vie de tous les jours, qui se décline entre un temps consacré aux actes de la vie quotidienne et un temps réservé aux activités thérapeutiques prévues par les équipes pluridisciplinaires ;
 - o Une MAS spécifiquement dédiée à la prise en charge de personnes atteintes de scléroses en plaques;
 - o Une MAS spécifiquement dédiée à la prise en charge de la déficience respiratoire;
 - o Un ESAT « hors les murs » pour les travailleurs handicapés de plus de 18 ans en situation de handicap cognitif (lésions cérébrales acquises, handicap psychique);
 - o Un service expérimental d'évaluation et d'accompagnement à domicile destiné à la prise en charge de personnes autistes ou souffrant de troubles envahissants du développement.

Points faibles

- L'Essonne enregistre un taux d'équipement concernant la prise en charge de l'autisme et TED chez l'enfant inférieur au taux d'équipement d'Ile-de-France. Les besoins existent au regard notamment des signalements de situations complexes auprès de la cellule Réclamations et Inspections.
Par ailleurs l'enquête conduite par le CREAHI à la demande de l'ARS met en évidence sur ce département que **65 enfants et adolescents** sont à domicile sans solution dont 35 d'entre eux sont âgés entre 12 et 17 ans révolus. 23 parmi eux souffrent d'autisme et autres troubles envahissants du développement.



De même l'enquête réalisée sur les enfants et adultes accueillis en Belgique décompte 58 personnes placées dans un établissement belge (financement assurance maladie) dont 29% sont des jeunes âgés de 12 à 19 ans et parmi ceux-ci, 7 jeunes souffrent d'autisme.

- Le vieillissement des personnes en foyer de vie alerte sur la nécessité de retravailler l'offre existante.

2.2.4.3.3 Les personnes en difficultés spécifiques

L'offre départementale en addictologie :

Le dispositif de prise en charge en addictologie en Essonne se compose de :

- 1 CAARUD (centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) ;
- 7 CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) 4 « généralistes » et 3 « spécialisés alcool » en ambulatoire et pour certains aussi en résidentiel (avec 14 places en appartements thérapeutiques) ;
- 4 Consultations Jeunes Consommateurs.

L'offre en réduction des risques est complétée par 10 sites d'implantation d'automates distributeurs échangeurs de seringues.

- L'offre en CSAPA

Dpt	Population	Nombre de CSAPA	Nombre d'antennes	File Active départementale
91	1 212 748	7	2	7 900



Schéma d'organisation médico-sociale

Population / Nombre de CSAPA	Population / Nombre de CSAPA + antennes	File Active départementale en % de la population du département
173 250	134 750	0,65%

CSAPA à gestion associative	CSAPA à gestion hospitalière	CSAPA pénitentiaire
3	3	1

- L'offre en consultations jeunes consommateurs

	Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs	Population âgés de 15 à 24 ans / Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs	Pourcentage des 15 à 24 ans dans la population du département
Essonne	4	40.408	13.3%
Ile de France	40	39.277	13.3%

- L'offre en réduction des risques

CAARUD

	Nombre de CAARUD	Population âgés de 20 à 49 ans / Nombre de CAARUD
Essonne	1	508 353
Ile de France	21	246 655
France	141	181 062



Programmes d'échanges de seringues : Ventes de Steribox dans l'Essonne, en Ile-de-France et en France en 2009 pour 100 habitants de 20 à 39 ans (sources Siamois/INVS, Insee, OFDT)

Essonne	Ile de France	France
6.6	9.0	14.6

Nombre de site d'implantations des automates et de distributeurs de seringues dans l'Essonne et en Ile-de-France, en 2011 (source Association SAFE)

	Nombres de sites d'implantation	% des installations régionales
Essonne	10	7.9%
Ile-de-France	126	100%

L'offre médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

La prise en charge des personnes malades en situation de fragilité sociale et/ou psychologique, sans domicile mais dont la pathologie ou l'état de santé nécessite des prestations coordonnées et adaptées de soins, un suivi médical et un accompagnement social est mise en œuvre au travers du dispositif ACT (57 places).

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES au 01 06 2012	TAUX D'EQUIPEMENT 91 / total IDF
ACT	57	8%
LHSS	0	0%
LAM	0	0%



2.2.4.4 Les priorités et les perspectives à 5 ans

2.2.4.4.1 LES PERSONNES AGEES

Le développement de l'offre

L'ensemble du territoire de l'Essonne est couvert géographiquement par des SSIAD mais reste déficitaire. Le département dispose de 95 places de SSIAD au titre de 2012 et 45 places de SSIAD renforcé pour 2013. Ces places vont faire l'objet d'appels à projet au cours du deuxième semestre 2012 et premier semestre 2013 afin de permettre une meilleure équité territoriale en matière d'accès à cette offre en lien avec l'appel à projet équipe spécialisée Alzheimer à domicile (ESA). Concernant les ESA, le département dispose ainsi de 30 places (3 ESA).

Le schéma gérontologique prévoit la création de plusieurs centaines de places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Pour autant, l'Essonne n'apparaît pas comme un département prioritaire au regard du rééquilibrage territorial à opérer au profit de Paris et la petite couronne. Un appel à projet départemental conjoint avec le Conseil général doit être lancé au premier semestre de l'année 2013.

Les innovations et les expérimentations

Le département participe à l'expérimentation de renforcement de la présence infirmière de nuit en EHPAD destinée à diminuer les hospitalisations en urgence des résidents et à favoriser le retour d'hospitalisation. Cette expérimentation concerne 4 établissements essoniens sur 3 ans. Ceux-ci « appartiennent » à la même filière gériatrique : il s'agit de la Forêt de Séquigny à Sainte-Geneviève-des Bois, de File Etoupe à Monthléry, de l'EHPAD du Breuil à Epinay sur Orge ainsi que l'établissement tête de pont Les Magnolias à Ballainvilliers.

Le département participe à la mise en œuvre du dispositif de télé médecine pour les EHPAD. L'hôpital privé gériatrique « Les Magnolias » a initié une démarche de télé médecine à domicile afin de sécuriser les sorties d'hospitalisation. Cette démarche a été étendue à 4 EHPAD du département afin de leur permettre l'accès à une plate forme médicalisée qui offre une présence médicale 7 jours /7, 24 heures/24. Les premiers résultats observés font apparaître que le recours



aux services des urgences est moindre, notamment la nuit. L'ambition du projet est tout d'abord de réduire les hospitalisations en urgence des résidents des EHPAD puis de proposer des téléconsultations de spécialistes à ces mêmes résidents. Les EHPAD sélectionnés seront équipés (2^{ème} semestre 2012) et les premiers résultats sont attendus fin 2012. Le financement est acquis pour trois ans. Une progressivité doit être observée dans l'ouverture du dispositif à 5 EHPAD, puis à l'introduction de la participation des hôpitaux mettant à disposition leurs spécialistes.

Un projet d'équipe mobile de géro-psycho-geriatrie (EMGP) du Sud Essonne permettra de compléter de façon adéquate le dispositif de prise en charge à domicile et en maison de retraite des pathologies psychiatriques des sujets âgés. En parallèle avec l'équipe Mobile du Nord Essonne, l'EMGP s'intégrera parfaitement dans le dispositif départemental.

Ce projet a pour objectif d'aider à la prise en charge des résidents en EHPAD présentant des troubles mentaux ou des troubles majeurs du comportement dans le cadre de pathologies psychiatriques et neuro-dégénératives, avec évaluation clinique sur place, synthèse clinique, travail en réseau avec le médecin coordonnateur, le médecin traitant et le psychiatre de secteur. Ce projet regroupe L'Etablissement public de santé Barthélémy Durand situé à Etampes, le Centre Hospitalier Sud Francilien situé à Corbeil et le Réseau de Santé Gériatrique Hippocampes situé à Ballancourt.

La création récente d'un Etablissement Public départemental futur gestionnaire de plusieurs EHPAD a pour but d'améliorer l'accessibilité financière en développant l'offre sur le territoire sur un secteur gériatrique prioritaire. Trois établissements sont autorisés actuellement. L'EHPAD situé à Morangis sera achevé en avril 2013. L'EHPAD de Courcouronnes ouvrira au printemps 2014, celui des Ulis début 2016 pour un total de 273 places. Un 4^{ème} établissement est susceptible de voir le jour. L'ouverture de ces établissements permettra de renforcer l'offre publique d'hébergement en EHPAD avec une organisation des différentes structures sous l'égide de l'établissement public départemental, récemment créé. Les EHPAD concernés sont totalement habilités à l'aide sociale. La mise en place d'un groupement de coopération sanitaire et médico-social (GCSMS) devrait permettre la formalisation d'une direction commune ainsi qu'une mutualisation des moyens entre les EHPAD.

Il est envisagé de créer un GCSMS « Pôle autonomie santé et information (PASI) » : c'est un projet de mutualisation des compétences d'acteurs dont les porteurs sont : l'Association Santé à domicile de Corbeil (ASAD), le réseau de santé Hippocampes, le réseau de santé SPES, l'Association gériatrique de l'Essonne. Ce projet favorisera une coordination et une articulation efficace entre le sanitaire, et le médico-social, entre la ville et l'hôpital dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées, handicapées, et des personnes souffrant



d'une maladie grave chronique à risque de dépendance. Le groupement assurera, organisera et veillera à une meilleure fluidité et continuité des parcours de santé.

2.2.4.4.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

La restructuration de l'offre

Trois axes sont à privilégier :

- Travailler avec les établissements à la révision des agréments;
- Mener une réflexion sur une démarche de pilotage des évaluations externes afin d'identifier les établissements dits « sensibles » et repérer les situations à risque;
- Travailler sur la médicalisation de foyer de vie pour répondre notamment aux nouveaux besoins des personnes handicapées vieillissantes.

Le développement de l'offre

L'offre continue de se développer sur le département. **L'année 2012 verra l'installation :**

- D'une maison d'accueil spécialisé de 60 places destinée à accueillir des personnes handicapées présentant un handicap psychique, éventuellement associé à d'autres handicaps, moteurs, sensoriels et du comportement;
- D'un foyer d'accueil médicalisé de 40 places destiné à l'accueil de personnes handicapées souffrant d'un ou de plusieurs handicaps graves d'origine cérébrale entraînant une diminution importante des capacités et de l'autonomie dans les fonctions essentielles de la vie courante.

Cette offre continuera de s'étoffer en 2013 par :

- L'installation d'une maison d'accueil spécialisé de 60 places destinée à la prise en charge de personnes handicapées souffrant de troubles psychiques;



- Une maison d'accueil spécialisée de 40 places destinée à la prise en charge de personnes handicapées vieillissantes ayant une autonomie ambulatoire mais présentant des troubles importants du comportement;
- Un foyer d'accueil médicalisé de 24 places destiné à l'accueil de personnes adultes handicapées autistes ou souffrant de troubles envahissants du développement.

La prise en charge de l'autisme et des troubles envahissants du développement n'est pas optimale en Essonne. Cette prise de conscience conduit à proposer en appel à projet la création d'une structure type IME proposant notamment un accueil séquentiel et de répit (30 places).

Par ailleurs un soutien sera apporté aux CMPP qui connaissent une activité croissante.

La prise en charge type SAMSAH est encore peu répandue en Essonne avec seulement un SAMSAH de 15 places pour déficience motrice.

Pour continuer de développer ce type de prise en charge et l'ouvrir sur d'autres types de handicaps, il est également prévu en appel à projet la création de deux SAMSAH pour les déficiences suivantes:

- Troubles psychiques stabilisés / déficience intellectuelle
- Cérébrolésés

Les innovations et les expérimentations.

- Promouvoir un dispositif d'accueil expérimental pour jeunes polyhandicapés déficients respiratoires profonds nécessitant une ventilation 24 h / 24 h. Cette démarche s'inscrit également dans une dynamique visant à éviter à des jeunes des hospitalisations et de garder leurs repères, leurs habitudes de vie dans un environnement qui leur est familier;
- Aujourd'hui encore, des jeunes restent sans solution, soit parce qu'ils n'ont jamais bénéficié de prise en charge, soit parce qu'ils sont en rupture de prise en charge. Ces signalements déposés notamment auprès de la Cellule Réclamations Inspections indiquent une grande souffrance des familles et des enfants. Ce constat a conduit à proposer en appel à projet la création d'un dispositif expérimental pour l'accompagnement d'enfants dits « sans solution ».



2.2.4.4.3 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

La restructuration de l'offre

Au titre de la restructuration de l'offre, les objectifs concernent :

- L'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins pour toutes les personnes ayant des conduites addictives ainsi que leur entourage ;
- L'amélioration de la qualité des prestations, en développant une approche de proximité, diversifiée, globale, pluridisciplinaire, graduée et cohérente c'est-à-dire articulée avec les autres secteurs concernés (médecine de ville, sanitaire, médico-social, social) ;
- Le renforcement du CSAPA comme « centre ressources » (soutien du CSAPA « généraliste » d'Arpajon).

Le développement de l'offre

Au titre du développement de l'offre, les objectifs portent notamment sur :

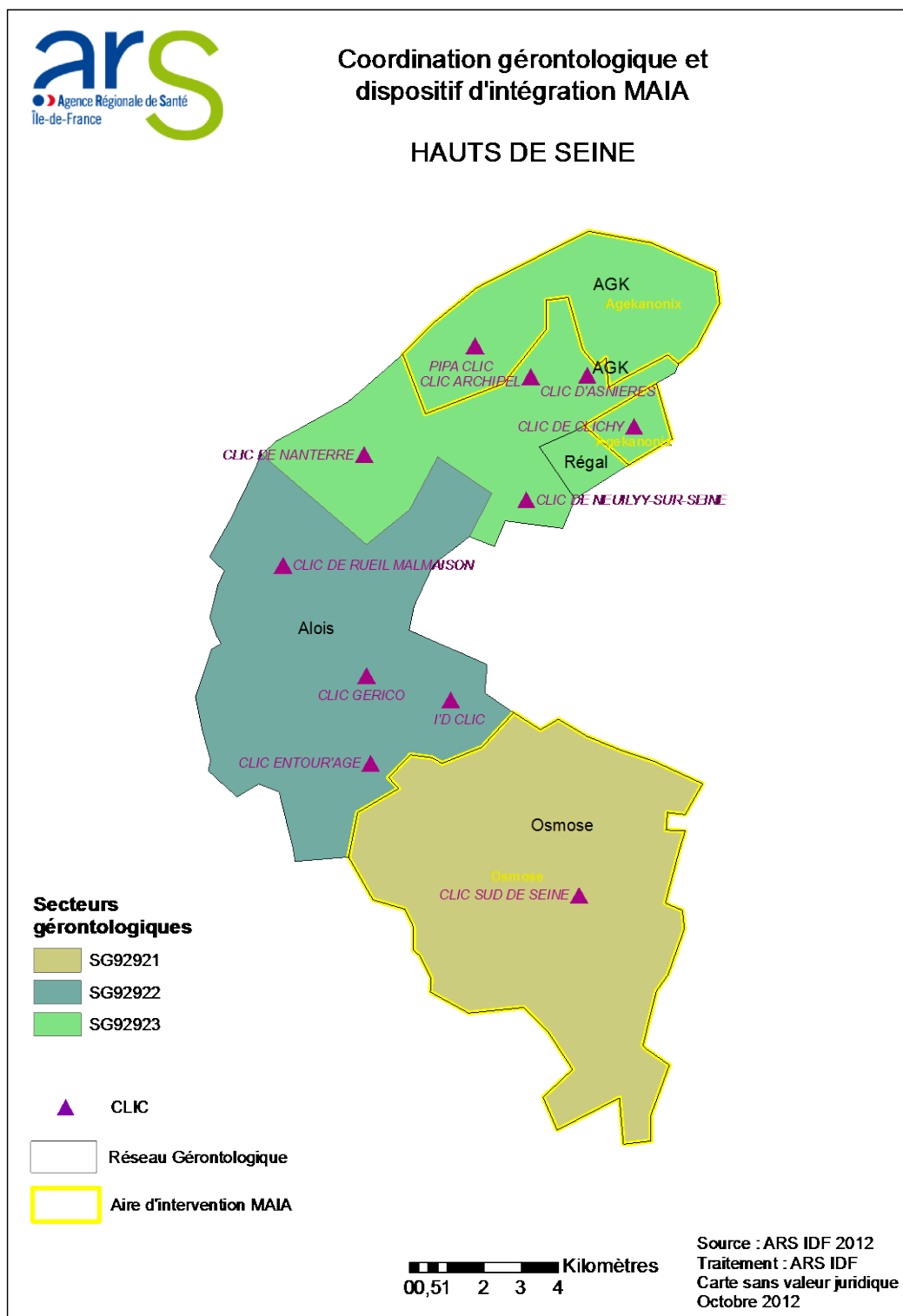
- Le développement de la politique de réduction des risques et des dommages, notamment à travers l'implantation de nouveaux distributeurs/échangeurs de seringues ;
- L'amélioration de la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire, et notamment s'assurer de la continuité des soins à l'arrivée, en détention, dans le cadre des transferts et à la sortie du milieu carcéral (CSAPA de référence) ;
- Le renforcement du dispositif ACT ;
- L'implantation de LHSS (aucun lit en Essonne à ce jour).



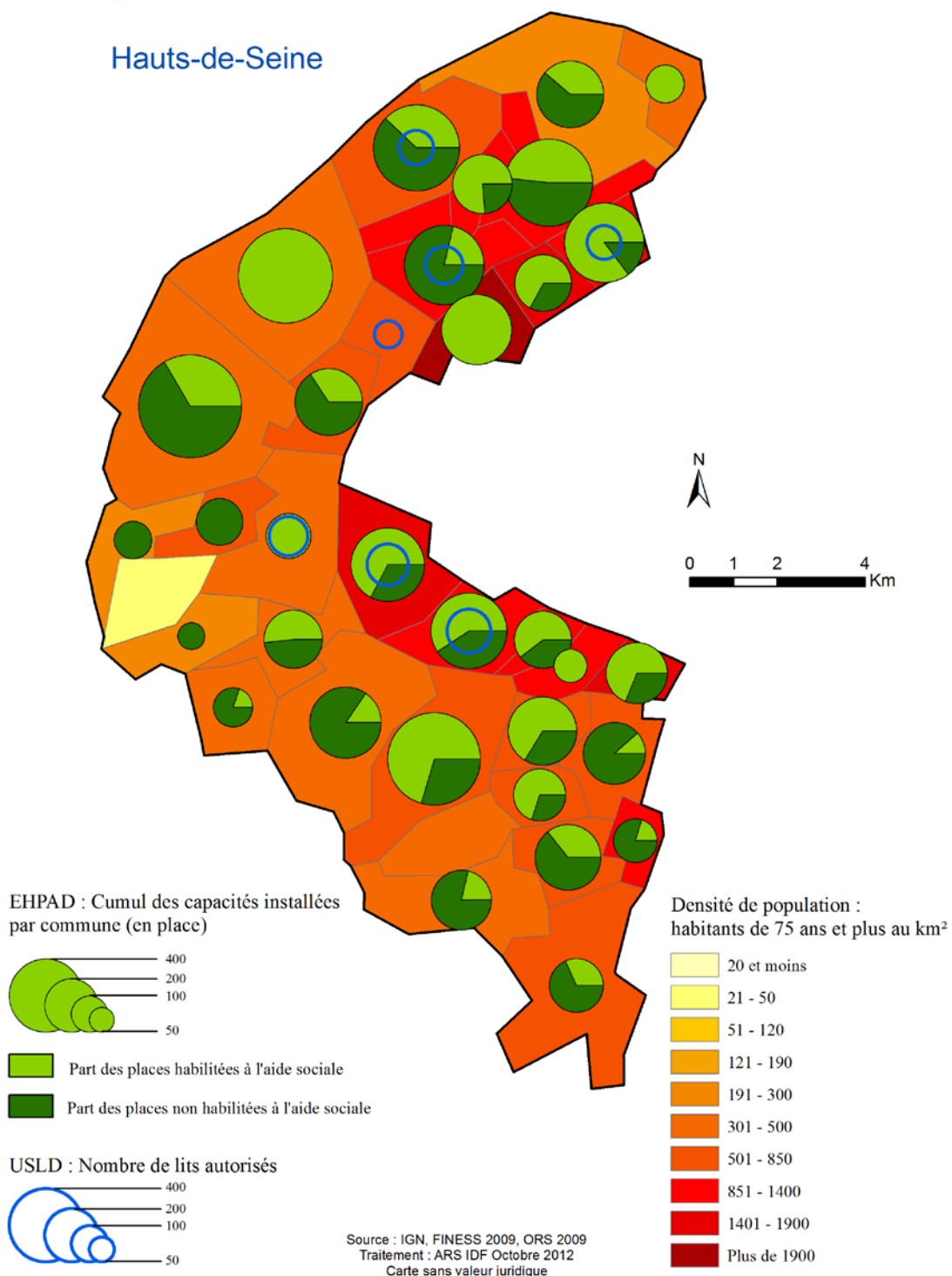
2.2.5 Hauts-de-Seine

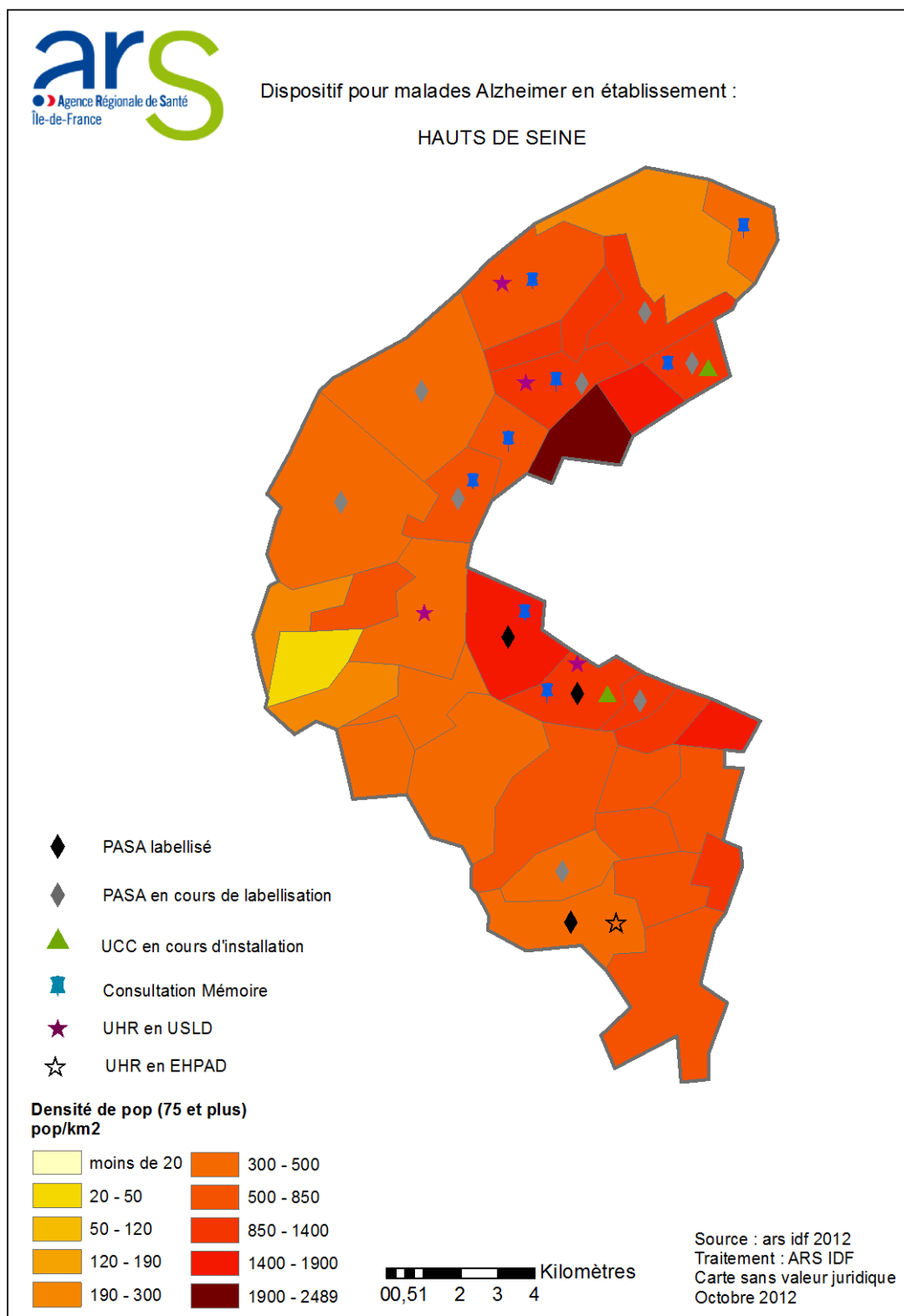
2.2.5.1 Eléments cartographiques

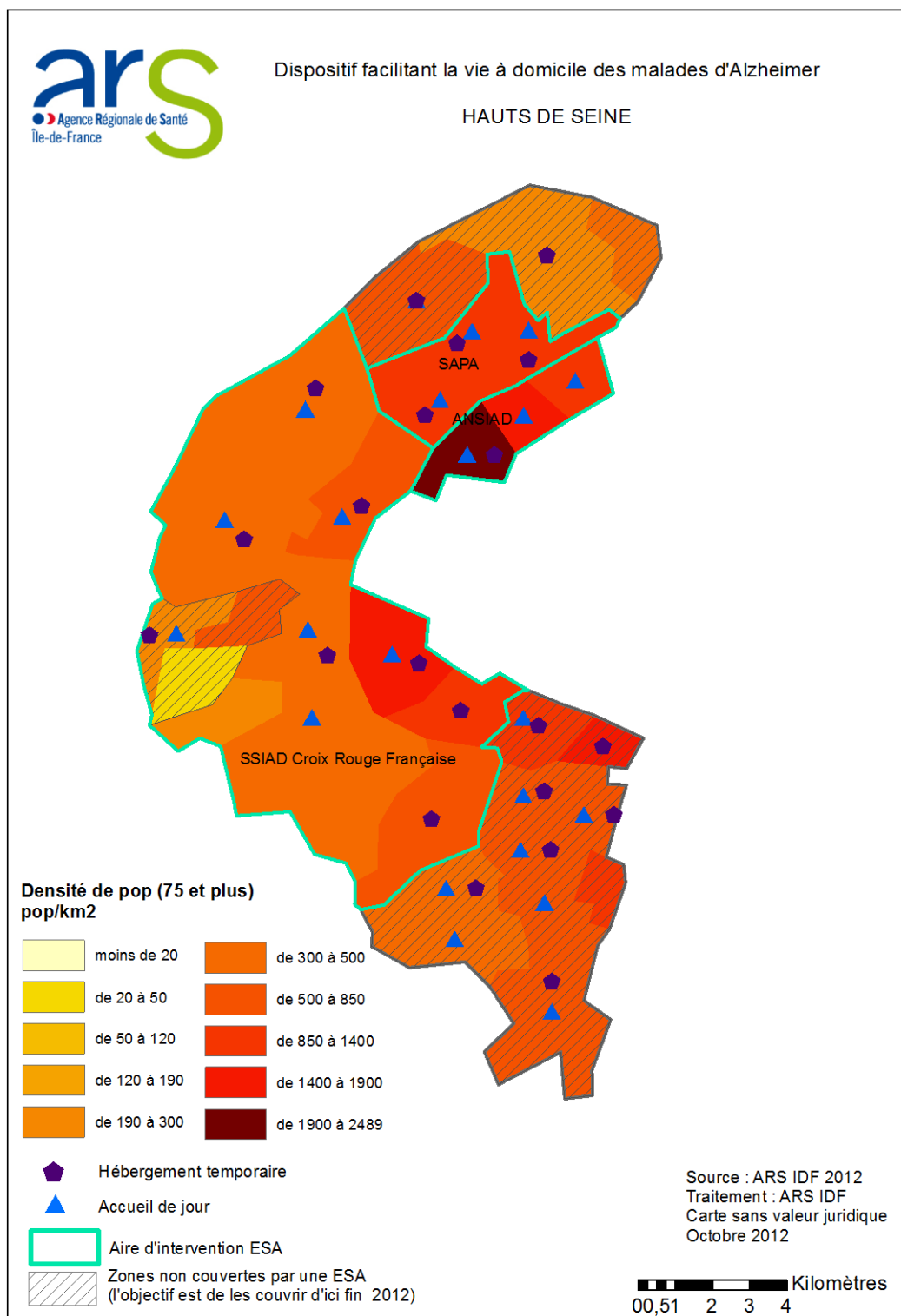
2.2.5.1.1 *LES PERSONNES AGEES*

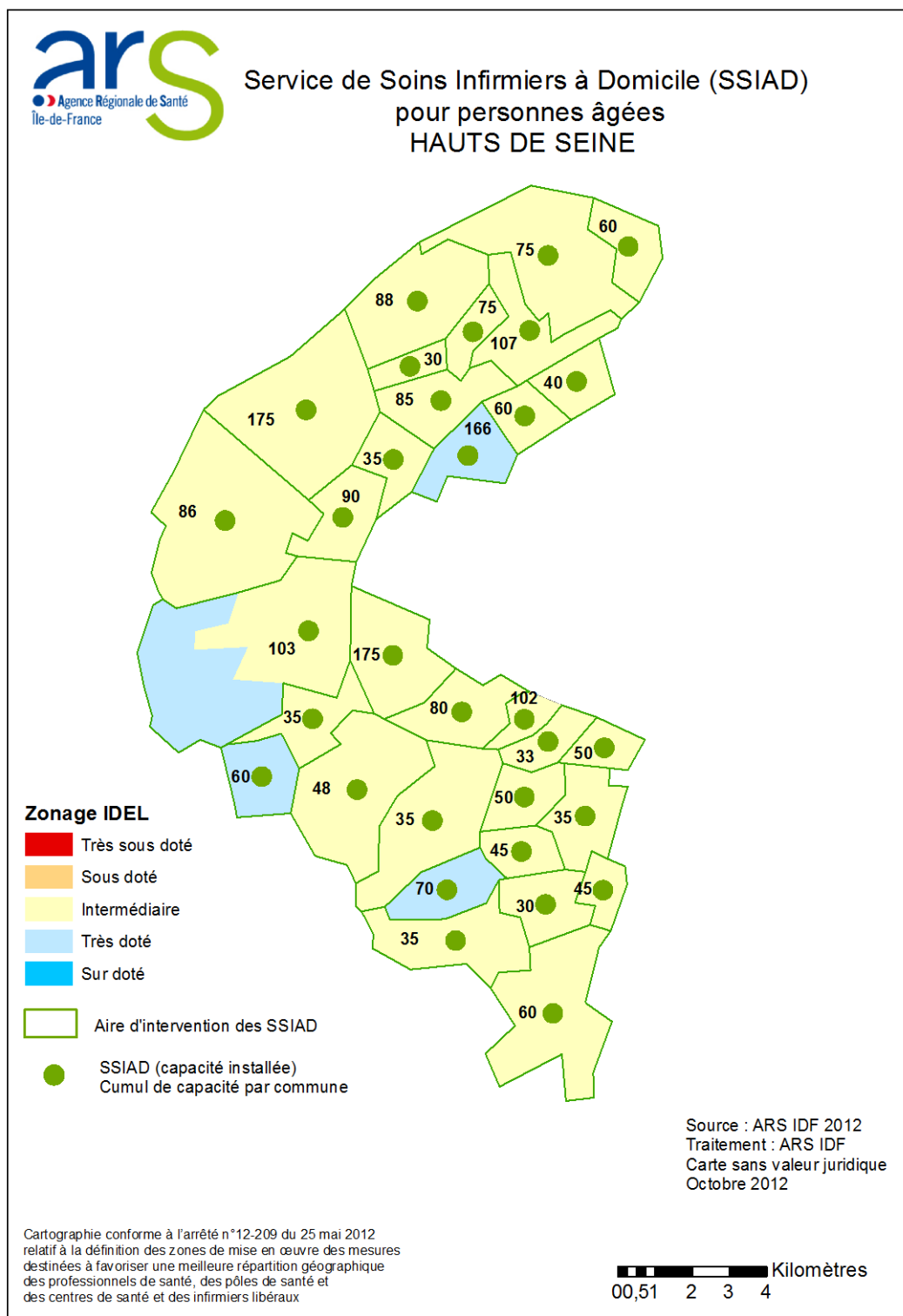


Hauts-de-Seine



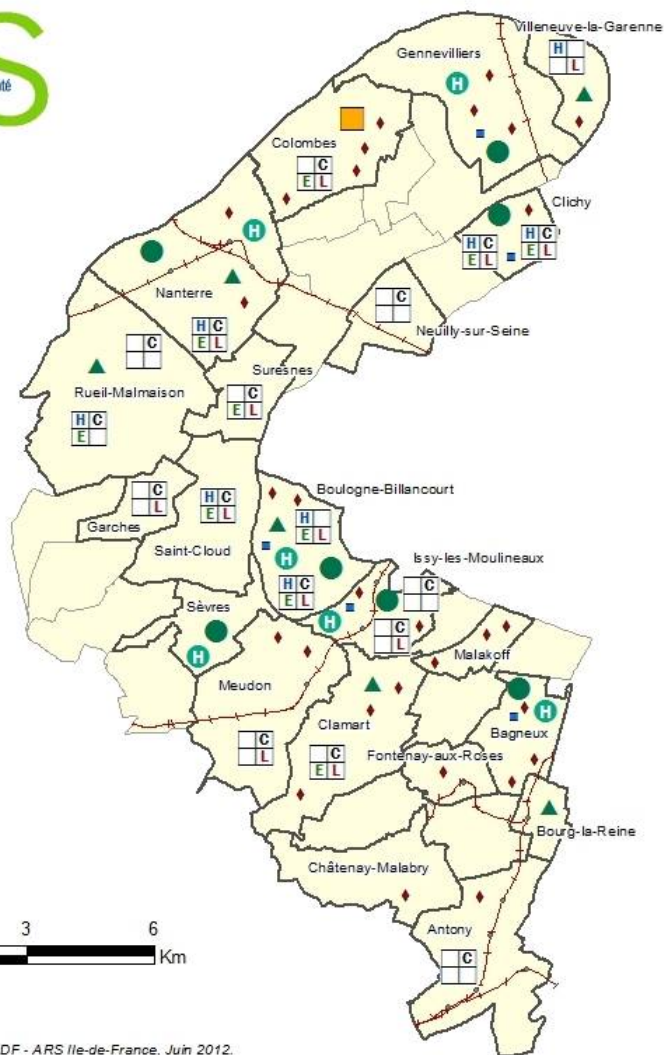






2.2.5.1.2 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Le dispositif de prise en charge des addictions en 2012 dans les Hauts-de-Seine



Secteur médico-social

- CSAPA (sites principaux)
- ▲ CSAPA (antennes)
- H CSAPA Hébergement thérapeutique
- CAARUD
- Consultation jeunes consommateurs
- ◆ Automate distributeur/échangeur de seringues

Secteur hospitalier

- | | |
|---|---|
| H | C |
| E | L |

 Hopital présentant les 4 types d'offre
- E : Equipe de liaison et de soins en addictologie
 - C : Consultation d'addictologie
 - H : Hopital de jour
 - L : Lit d'hospitalisation complète

Commune avec une structure d'addictologie

• Gare

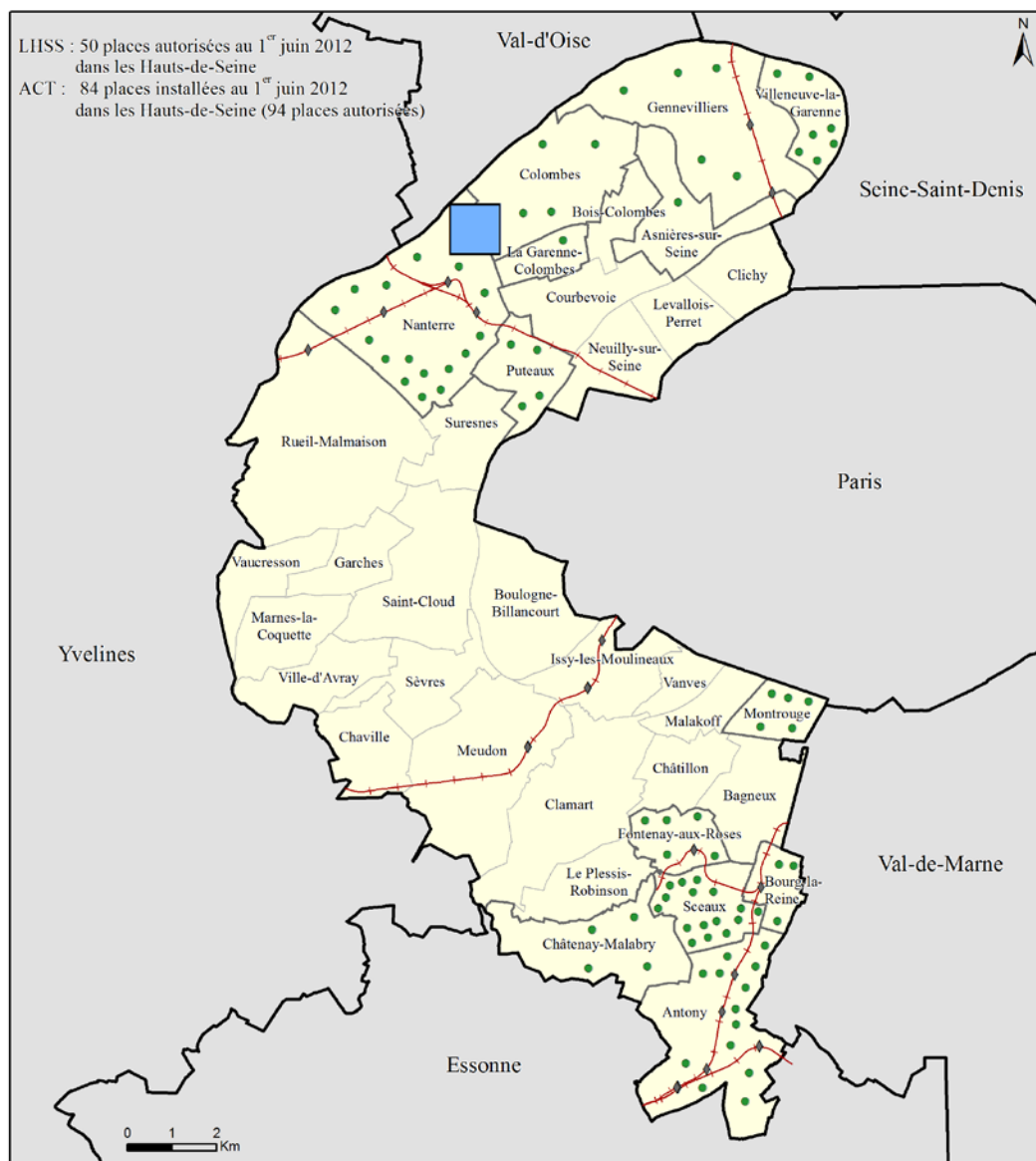
—+— RER



Schéma d'organisation médico-sociale



Accompagnement médico-social et hébergement des personnes malades ayant des besoins spécifiques dans les Hauts-de-Seine



Nombre de places LHSS : Lits Halte Soins Santé



ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

- ACT : 1 point = 1 place installée
(Points placés aléatoirement au sein de la commune)

◆ gare

—+— Voie ferrée

■ Départements limitrophes

■ Commune avec au moins une structure

■ Limites communales

Source : IGN, ARS Île-de-France 2012
 Traitement : ARS Île-de-France Novembre 2012
 Carte sans valeur juridique

2.2.5.2 Les aspects sociaux et démographiques du département

- Évolution de la population âgée de 0 à 59 ans entre 2010 et 2020: une augmentation sensible de l'ordre de 4% sur les Hauts-de-Seine.
- Évolution de la tranche d'âge de 12 à 19 ans particulièrement marquée sur le département des Hauts-de-Seine (+ 26%)
- Une augmentation notable de la population de 46 à 59 ans à l'horizon 2020 dans les Hauts-de-Seine (+10%),

Les personnes âgées dans les Hauts-de-Seine

Chiffres-clés

	Source de la donnée	Hauts-de-Seine	Ile-de-France
Nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en 2010	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	115 078	763 678
Part des 75 ans et plus dans la population générale	INSEE, RP2009, exploitation principale	7,3 %	6 %
Projection : évolutions démographiques de 2010 à 2020			
- des 75 ans et plus	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	+ 9 %	+ 14 %
- des 85 ans et plus		+ 38 %	+ 41 %
- des personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus (2007 à 2020)		+ 31 %	+ 32 %



La part des 75 ans et plus dans la population générale du département est légèrement supérieure à la moyenne régionale. Cependant, le département des Hauts-de-Seine affiche un taux d'évolution des plus de 75 ans entre 2010 et 2020 bien inférieur à l'évolution globale de cette population pour la région, et c'est le département, après Paris, qui connaît la plus faible évolution.

2.2.5.3 Le diagnostic

2.2.5.3.1 LES PERSONNES AGEES

L'offre médico-sociale départementale

Capacités au 31 décembre 2010 et taux d'équipement par dispositifs calculés sur la population des plus de 75 ans en 2010 (115 078)

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES	TAUX D'EQUIPEMENT 92	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
EHPAD (hébergement complet)	9 500	83 ‰	77 ‰
Accueil de jour / Hébergement temporaire	430	4 ‰	3 ‰
SSIAD	2 000	18 ‰	21 ‰

Sources : FINESS/BREX et Direction régionale de l'INSEE IDF

Les points forts et points faibles du département

Les points forts

La couverture territoriale en offre de prise en charge médico-sociale est relativement homogène. L'équipement en institution est supérieur à la moyenne régionale avec 83 places pour 1 000



personnes âgées de plus de 75 ans. L'offre se compose de 104 EHPAD, dont 18 établissements publics et 50 % d'établissements privés lucratifs.

Les points faibles

Le département connaît un sous équipement en places de SSIAD. Il se situe en dessous de la moyenne régionale, à savoir le 5ème rang régional. L'offre existante actuelle est la suivante : 2 089 places réparties sur 35 SSIAD (avec 5 ESA installées en 2012). L'objectif sera d'identifier précisément les besoins et de susciter de nouvelles candidatures dans le cadre d'appels à projets spécifiques.

Même si le taux d'équipement en accueil temporaire est légèrement supérieur à la moyenne régionale, il est constaté une sous activité des places offertes dans les structures de répit, pour l'hébergement temporaire, 135 places sont installées pour 187 autorisées, soit 73% (ces places sont réparties sur 21 structures, essentiellement privées) et pour l'accueil de jour, 243 places sont seulement installées pour 339 autorisées. L'enjeu sur cette offre de répit sera de réduire le différentiel entre les places installées et autorisées et donc d'augmenter les taux d'activité. Il convient de rappeler que le décret du 29 septembre 2011 prévoit l'obligation d'augmenter les seuils minimums des accueils de jour. Un important travail de concertation a été engagé avec les opérateurs porteurs de ces accueils de jour afin de connaître leur intention quant à leur avenir. Plus généralement, cet accompagnement des structures de répit doit s'inscrire dans l'objectif affiché de maintenir une offre de prise en charge satisfaisante destinée à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

2.2.5.3.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

L'offre médico-sociale pour le handicap

Enfants handicapés

- Des établissements doivent se transformer pour adapter l'offre de service aux besoins et éviter la baisse de leur activité. L'intégration en milieu ordinaire sur le secteur « enfant » nécessite la mise en place de plus de services de type SESSAD.



- Un manque de places en ITEP et SESSAD pour les troubles du comportement et de la conduite. Un seul établissement actuellement sur le département accueille ces enfants en semi internat.
- Des besoins de prise en charge liés à des troubles de langage : des SESSAD spécialisés pour les troubles du langage et des apprentissages qui faciliteraient le retour dans les écoles et collèges de quartier. Le profil de ces enfants relève du handicap moteur, du poly-handicap, de maladies invalidantes ou de troubles sévères des apprentissages (dysphasie, dyslexie, dyspraxie...). Pour un certain nombre d'entre eux, après un séjour qui peut varier de quelques mois à plusieurs années, un retour dans une structure scolaire ordinaire est envisagé mais parfois abandonné par crainte de l'échec de la réintégration.

L'enquête réalisée par le CREAHI à la demande de l'ARS sur les enfants dits « sans solution » met en évidence que 73 enfants sont concernés sur le département avec une part importante d'autisme, de déficiences psychiques et de troubles du caractère et du comportement. Dans la tranche d'âge 6 à 17 ans (67 jeunes) ces jeunes avaient une orientation (non suivi d'effet) vers :

- Un IME pour 45 jeunes et un ITEP en internat pour 20 jeunes.

Une seconde enquête conduite par le CREAHI, à la demande de l'ARS, sur les personnes handicapées accueillies en Belgique révèle pour le département des Hauts-de-Seine que sur 16 jeunes âgés de moins de 20 ans, 5 relèvent de l'autisme et 6 de la trisomie 21.

Taux d'équipement par déficiences hors CMPP et CAMSP calculé sur la population des enfants de 0 à 19 ans (406 685 personnes)

Handicaps	Places installées au 31/12/2010	Taux d'équipement 92 pour 2010	Taux d'équipement IDF pour 2010
Déficiences intellectuelles -	1174	2,89	3,30
Autisme – TED – Déficiency de la communication	122	0,30	0,44
Troubles du caractère et du comportement	152	0,37	0,72
Déficiences motrices	739	1,82	0,83
Polyhandicapés	127	0,31	0,63
Troubles spécifiques du langage	0	0,00	0,05
Déficiences visuelles	70	0,17	0,33
Déficiences auditives	370	0,91	0,63
Toutes déficiences (épilepsie, VIH, VHC)	51	0,13	0,10
Total	2805	6,90	7,04

Le département des Hauts-de-Seine a une population de jeunes de 0 à 19 ans qui représente 13,43 % des 0-19 ans franciliens et l'offre médico-sociale de ce département représente 13,15 % de l'offre médico-sociale régionale.

Adultes handicapés

Taux d'équipement par déficiences hors foyers et services gérés par le conseil général calculé sur la population des adultes de 20 à 59 ans (867 504 personnes)

Handicaps	Places installées au 31/12/2010	Taux d'équipement 92 pour 2010	Taux d'équipement IDF pour 2010
Déficiences intellectuelles -	103	0,12	0,19
Autisme – TED – Déficiency de la communication	111	0,13	0,10
Déficiency psychique	130	0,15	0,19
Déficiences motrices	94	0,11	0,16
Polyhandicapés	141	0,16	0,30
Déficiency sensorielle	0	0,00	0,08
Toutes déficiences	2438	2,81	3,04
Cérébro-lésés	33	0,04	0,06
PHV	0	0,00	0,01
Total	3050	3,52	4,13

La population des 20-59 ans des Hauts-de-Seine représente 13,38 % des 20-59 ans franciliens et l'offre médico-sociale sur ce département est de 11,39 % par rapport à l'offre régionale.



Enfants et adultes handicapés : les problématiques

- Mises aux normes et réhabilitations : de nombreux établissements sont anciens et nécessitent des mises aux normes de sécurité et d'accessibilité ou réhabilitations parfois très importantes.
- Problème de recrutement des personnels de soins dans les établissements sur les postes de psychiatres, psychologues, infirmières, psychomotriciens, orthophonistes, kinésithérapeutes ... qui nécessite de faire appel à du personnel libéral
- **L'enquête ES 2010**, dont quelques éléments sont d'ores et déjà exploitables (base brute uniquement) permet de constater qu'en terme de flux de population, 24% de la population enfants adolescents originaire des Hauts-de-Seine est prise en charge dans d'autres départements de la région IDF (Paris, Yvelines Val-de-Marne notamment). Pour les adultes, le pourcentage est de 19%.

Notons également que 28 adultes de 20 ans et plus sont recensés dans les établissements belge avec financement AM. 10 ont une pathologie « autisme ».
- On dénombre 41 jeunes adultes maintenus dans le secteur de l'enfance faute de place dans les établissements pour adultes. (orientations prononcées et non suivies d'effet : 20 en MAS et 8 en FAM).
- Le découpage par tranches d'âges, avec 20 ans délimitant la fin de l'enfance, doit être assoupli car non adapté aux parcours des jeunes parfois plus longs (cas de CFA, poursuite d'étude, Bac Pro, CAP...). Cela limite par exemple les possibilités d'action des SESSAD, des CEM,...structures parfois rattachées à des EREA.
- Le vieillissement des personnes handicapées, selon le mode de prise en charge, génère des demandes de médicalisations au sein de foyers-logement ou de foyers d'hébergement ou des besoins de prise en charge à domicile supplémentaires, avec création de SSIAD. Les éléments disponibles de l'enquête ES 2010 sur le vieillissement de la population des ESAT, des Foyers de Vie et Foyers d'Hébergement devront être exploités finement pour ce département notamment.



Les points forts et points faibles du département

Enfants handicapés

Points forts :

- Offre en établissements pour déficients moteurs
- Offre pour déficients auditifs

Points faibles :

- Dépistage et prise en charge précoce du handicap
- Troubles du caractère et du comportement
- Services d'accompagnement du handicap moteur (SESSAD)
- Polyhandicap
- Autisme et Troubles Envahissants du Développement

Adultes handicapés

Points forts :

- Insertion professionnelle
- Autisme (prise en charge en Foyers d'Accueil Médicalisé)

Points faibles :

- Soins et accompagnement renforcé des adultes autistes
- Handicap psychique
- Polyhandicap



2.2.5.3.3 Les personnes confrontées à des difficultés spécifiques

L'offre départementale en addictologie :

Le dispositif de prise en charge en addictologie dans les Hauts-de-Seine se compose de :

- 1 CAARUD (centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) ;
- 7 CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) 6 « généralistes » et 1 « spécialisés alcool » en ambulatoire et pour certains aussi en résidentiel (avec 34 places en appartements thérapeutiques et 7 places en centre thérapeutique résidentiel) ;
- 5 Consultations Jeunes Consommateurs.

L'offre en réduction des risques est complétée par 28 sites d'implantation d'automates distributeurs échangeurs de seringues.

- L'offre en CSAPA

Dpt	Population	Nombre de CSAPA	Nombre d'antennes	File Active départementale
92	1 572 519	7	9	6 800

Population / Nombre de CSAPA	Population / Nombre de CSAPA + antennes	File Active départementale en % de la population du département
224 646	98 282	0,43%



CSAPA à gestion associative	CSAPA à gestion hospitalière	CSAPA pénitentiaire
5	2	0

- L'offre en consultations jeunes consommateurs

	Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs rattachées à un CSAPA	Population âgés de 15 à 24 ans / Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs	Pourcentage des 15 à 24 ans dans la population du département
Hauts de Seine	5	38.406	12.2%
Ile de France	40	39.277	13.3%

- L'offre en réduction des risques

CAARUD

	Nombre de CAARUD	Population âgés de 20 à 49 ans / Nombre de CAARUD
Hauts de Seine	1	703 316
Ile de France	21	246 655
France	141	181 062

Programmes d'échanges de seringues : Ventes de Steribox dans les Hauts-de-Seine, en Ile-de-France et en France en 2009 pour 100 habitants de 20 à 39 ans (sources Siamois/INVS, Insee, OFDT)

Hauts de Seine	Ile de France	France
7.0	9.0	14.6



Nombre de site d'implantations des automates et de distributeurs de seringues dans les Hauts-de-Seine et en Ile-de-France, en 2011 (source Association SAFE)

	Nombres de sites d'implantation	% des installations régionales
Hauts-de-Seine	28	22.2%
Ile-de-France	126	100%

L'offre médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

La prise en charge des personnes malades en situation de fragilité sociale et/ou psychologique, sans domicile mais dont la pathologie ou l'état de santé nécessite des prestations coordonnées et adaptées de soins, un suivi médical et un accompagnement social est mise en œuvre au travers deux dispositifs les ACT (91 places) et les LHSS (50 lits).

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES au 01 06 2012	TAUX D'EQUIPEMENT 92 / total IDF
ACT	91	12.8%
LHSS	50	13%
LAM	0	0%

2.2.5.4 Les priorités et les perspectives à 5 ans

2.2.5.4.1 LES PERSONNES AGEES

La restructuration de l'offre

La restructuration de l'offre s'articule entre la mise en conformité des structures d'accueil de jour et de nouvelles modalités d'accueil en Hébergement Temporaire.



Le développement de l'offre

Le département s'est fixé pour objectif de poursuivre la déclinaison du Plan Alzheimer 2008-2012 (2 nouvelles MAIA en cours de labellisation, 7 décisions prises de co-labellisation sur dossiers de PASA, 3 UHR à labelliser,...).

D'autre part s'agissant des installations 2012-2013 du PRIAC le département prévoit la création d'un EHPAD de 110 lits à Boulogne-Billancourt, la réouverture de l'EHPAD Saint Joseph à Clamart (63 lits), la création d'un EHPAD de 123 lits à Garches, 2 EHPAD à La Garenne Colombes de 99 et 122 lits, un EHPAD à Courbevoie de 103 lits.

Pour les accueils de jour, la programmation 2012 retient l'ouverture de 40 places nouvelles. Pour l'hébergement temporaire, 37 places supplémentaires sont programmées pour la période 2012-2013.

Par ailleurs le département va créer dans le cadre de la procédure d'appel à projets régional 2012, 73 places de services de soins infirmiers à domicile. Quatre nouvelles équipes spécialisées Alzheimer (ESA) doivent être installées à la fin du second semestre 2012.

Les innovations et les expérimentations

Pour améliorer les conditions d'accueil des personnes âgées et faciliter leur parcours de santé, le département se propose d'intervenir pour modifier et élargir les amplitudes horaires d'intervention des équipes SSIAD (7h-22h). Il s'agit d'adapter cette offre au plus près des besoins journaliers des personnes âgées vieillissantes vivant à domicile. Par ailleurs, il est envisagé de constituer une équipe mobile gériatrique et/ou de garde itinérante.

En matière de coordination : il est prévu de mettre en place une Equipe Mobile psycho-gériatrique EM(P)G afin de pouvoir réaliser l'évaluation gériatrique d'une situation complexe, d'urgence ou de coordination. Elle apportera son expertise aux médecins, médecins coordonnateurs d'EHPAD et médecins traitants, aux intervenants agissant autour de la personne âgée et de la famille afin de dénouer la situation et d'orienter la prise en charge vers le dispositif le plus adapté. Son intervention sera soumise à une prescription médicale du médecin traitant. Elle sera soit directe à la demande du médecin traitant, soit secondaire à l'intervention d'un acteur de terrain qui aura connaissance de l'environnement de la personne âgée.



Dans le cadre d'une expérimentation : il est proposé de créer de nouvelles modalités d'accès à l'hébergement temporaire en modifiant le cahier des charges pour offrir soit des séjours programmés de courte ou très courte durée, des séjours de semaine du lundi à partir de 14h au vendredi 10h et/ou de weekend du vendredi 14h au lundi 10h ou bien encore un séjour annualisé avec un plafond de 3 mois en discontinu avec un maximum de 30 jours consécutifs non renouvelable (sauf si l'état de santé de l'aidant le justifie). Dans le cadre de la poursuite des modalités d'accueil en hébergement temporaire il est proposé la mise en place d'une pré-admission avec, avant même l'entrée effective, la rédaction d'un projet de vie et de soins et, dès le jour de l'entrée, la mise en place d'un accompagnement spécifique et rapproché pour éviter une décompensation de la personne âgée dépendante.

2.2.5.4.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

La restructuration de l'offre

- Transformation de places d'IME en SESSAD ou SESSAD PRO
- Adapter les agréments des établissements au niveau des limites d'âge :

Coordonner les acteurs des ESMS afin d'éviter les ruptures (cas des prises en charges partielles, agréments SESSAD Pro jusqu'à 25 ans et améliorer la fluidité d'un passage d'une prise en charge à une autre. Par exemple : passage FAM de jour à FAM internat ou MAS).

- Accueil temporaire :

Type d'accueil à développer, mais il existe un manque de connaissances du fonctionnement (par la MDPH, les ESMS et les usagers). Frein : gestion complexe par les établissements et la MDPH.

- Plateau d'échanges SESSAD et SESSAD Professionnels :

Coordonner la mise à disposition du plateau technique (soins pour le SESSAD) et adaptation professionnelle pour le SESSAD Pro chacun ayant besoin de l'autre. Coordination indispensable entre ARS, EN et ESMS via les ULIS, SESSAD Pro à développer car l'EN nous informe de 30 nouvelles demandes d'ULIS pour la rentrée 2012.



Le développement de l'offre

- Extension non importante de 9 places de l'IME externalisé APPEDIA pour enfants autistes
- Extension non importante de 10 places du FAM les Roseaux, pour polyhandicapés.(à programmer)
- Création d'un CAMSP de 100 places. (Programmation AAP : 1^{er} trimestre 2013)
- Création d'un ITEP de 40 places (dont 20 places en internat séquentiel) et d'un SESSAD « troubles du comportement » de 35 places financées mais à programmer

Les innovations et les expérimentations

- Création d'une plateforme de dépistage précoce de l'autisme
- Création d'un observatoire départemental du handicap (outil MDPH)
- Méthodes expérimentales de prise en charge précoce de l'autisme « 3 I » comprenant 3 éléments :
 - Création d'un SESSAD expérimental de 15 places pour enfants et adolescents atteints d'autisme
 - Création d'un SESSAD expérimental de 10 places pour enfants et adolescents atteints d'autisme (2nd semestre 2013).
 - Extension non importante de 15 places d'un IME pour enfants polyhandicapés.
- Pôle Gériatologique à Antony composé d'un EPHAD, SSIAD et un FAM) :
 - Création d'un SSIAD de 20 places pour personnes vieillissantes en situation de handicap (2nd semestre 2012).



- Création d'un FAM de 35 places pour personnes vieillissantes handicapées psychiques.
- Création d'un autre SESSAD expérimental de 30 places pour enfants et adolescents atteints de troubles spécifiques du langage.

2.2.5.4.3 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

La restructuration de l'offre

Au titre de la restructuration de l'offre, les objectifs concernent :

- L'amélioration de la qualité des prestations, en développant une approche de proximité, diversifiée, globale, pluridisciplinaire, graduée et cohérente c'est-à-dire articulée avec les autres secteurs concernés (médecine de ville, sanitaire, médico-social, social) ;
- Développer et renforcer la coordination avec la psychiatrie (hospitalière, de ville et de secteur) pour faciliter les orientations des patients présentant des co-morbidités psychiatriques ;
- Développer la coordination et le partenariat avec la médecine de ville pour améliorer l'orientation des patients et faciliter le suivi et la prescription des traitements de substitution.

Le développement de l'offre

Au titre du développement de l'offre, les objectifs portent notamment sur :

- Le développement de la politique de réduction des risques et des dommages (création d'un deuxième CAARUD ou extension de l'activité du CAARUD dans le sud du département ; structuration et renforcement des automates distributeurs/ échangeurs de seringues) ;
- Le renforcement des Consultations Jeunes Consommateurs ;
- Le développement de l'offre de soins, ambulatoires et résidentiels, adaptés aux besoins spécifiques de certains publics (jeunes, femmes enceintes ou avec enfants, sortants de prison, personnes vieillissantes) ;
- L'amélioration de la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire, et notamment s'assurer de la continuité des soins à l'arrivée, en détention, dans le cadre des transferts et à la sortie du milieu carcéral (désignation du CSAPA de référence).



2.2.6 Seine-Saint-Denis

2.2.6.1 Eléments cartographiques

2.2.6.1.1 *LES PERSONNES AGEES*

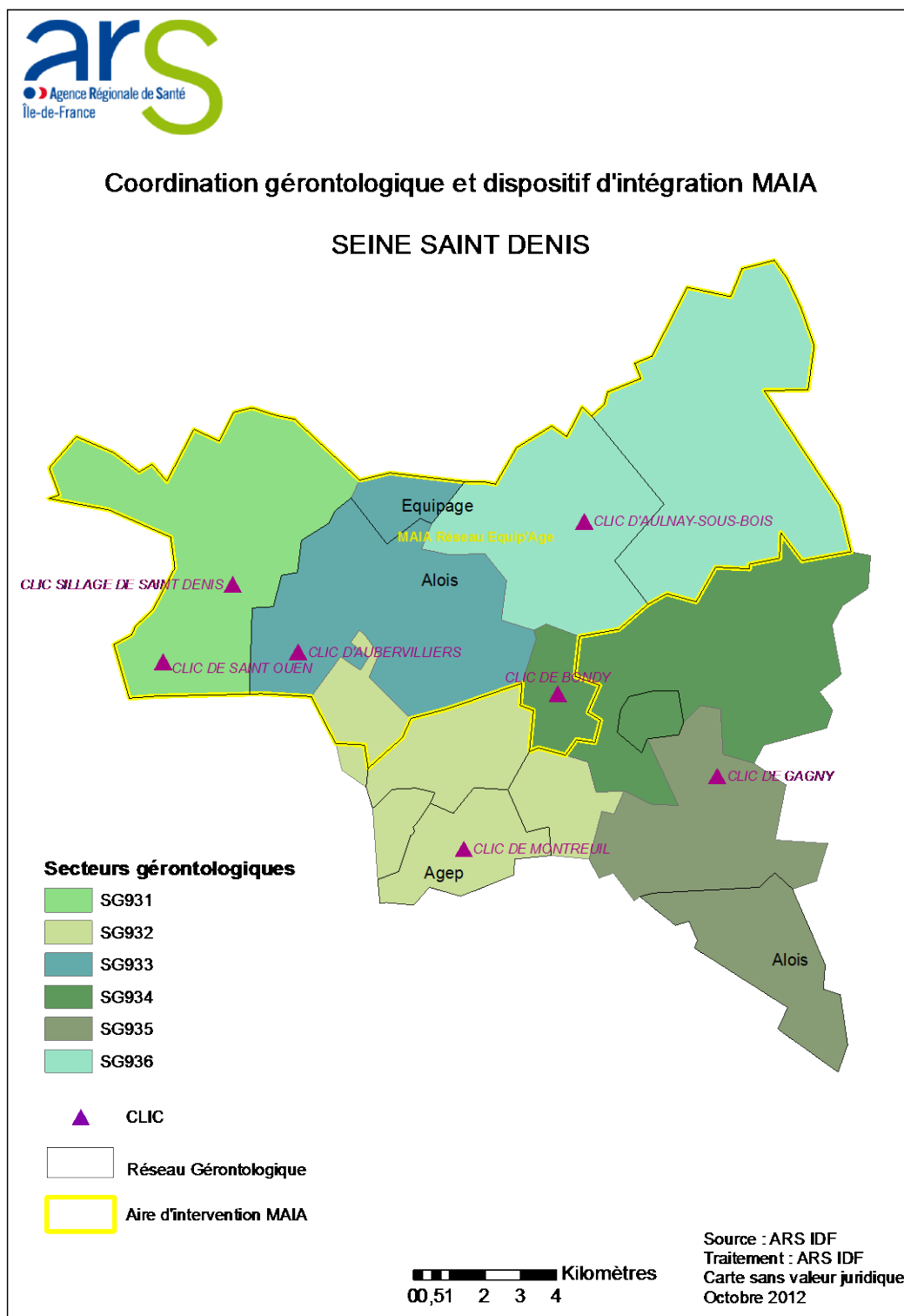




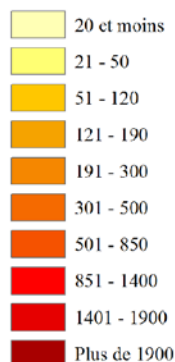
Schéma d'organisation médico-sociale



Hebergement en unité de soins longue durée (USLD) et en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Seine-Saint-Denis

Densité de population :
habitants de 75 ans et plus au km²



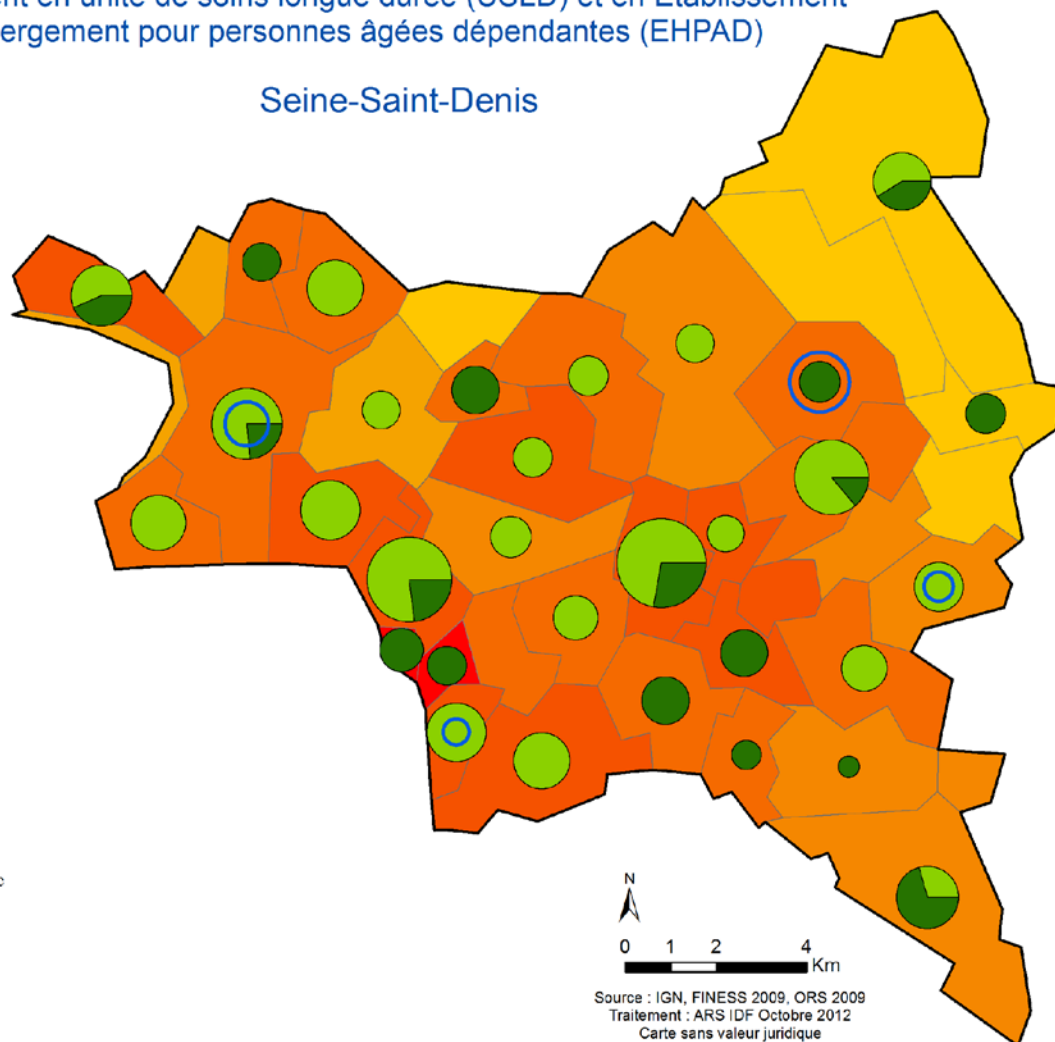
EHPAD : Cumul des capacités installées
par commune (en place)



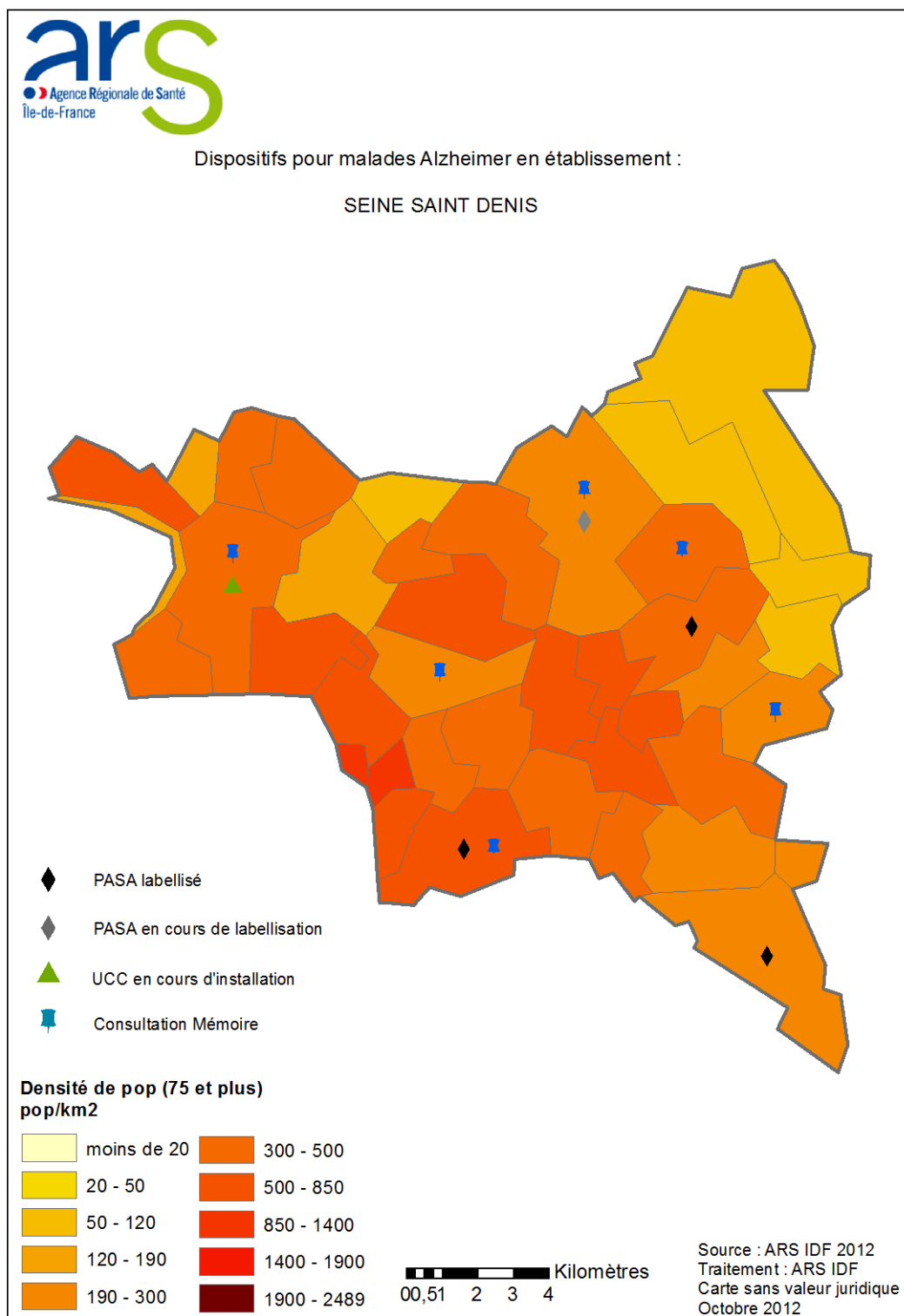
Part des places habilitées à l'aide sociale
Part des places non habilitées à l'aide sociale

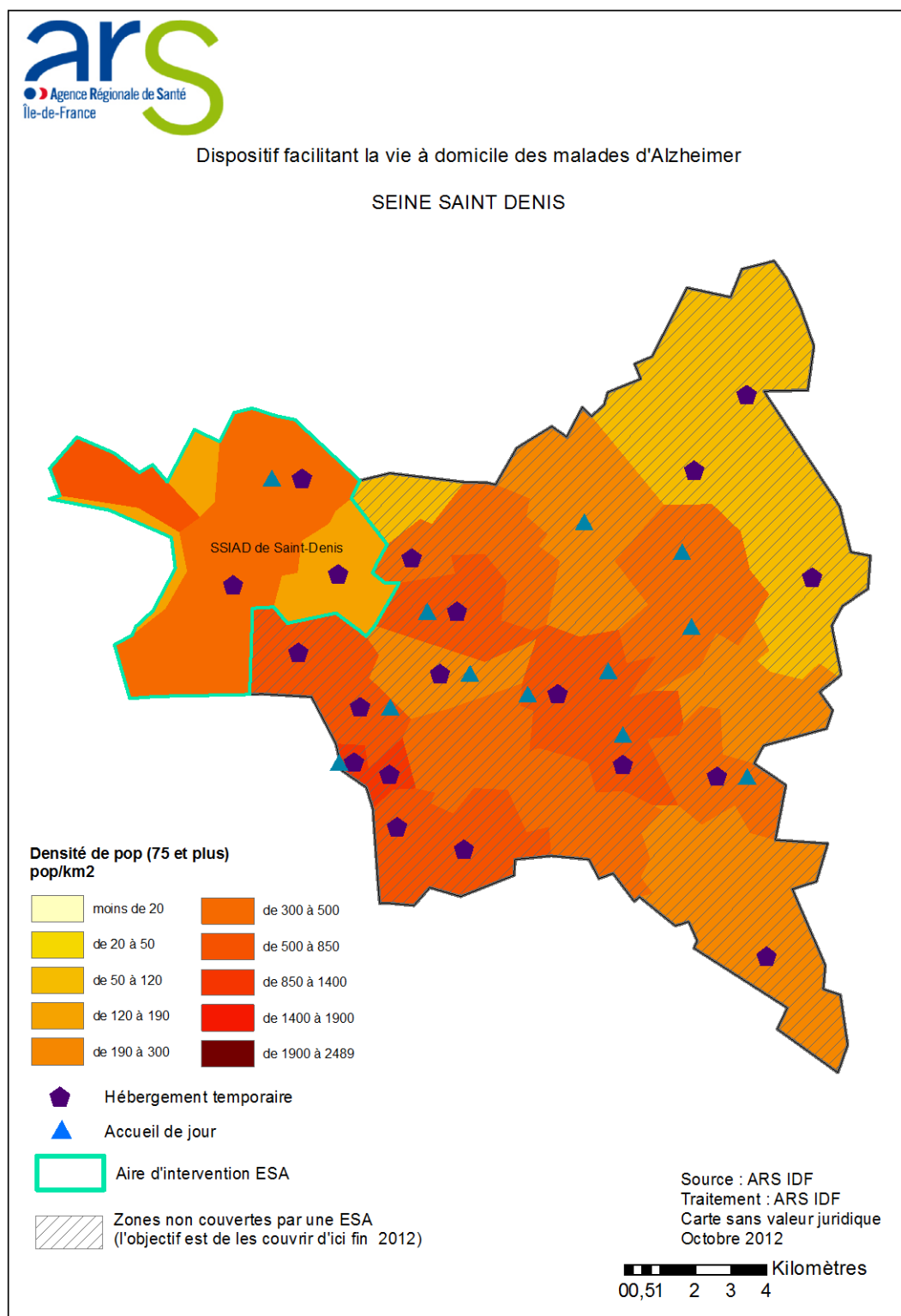


USLD : Nombre de lits autorisés

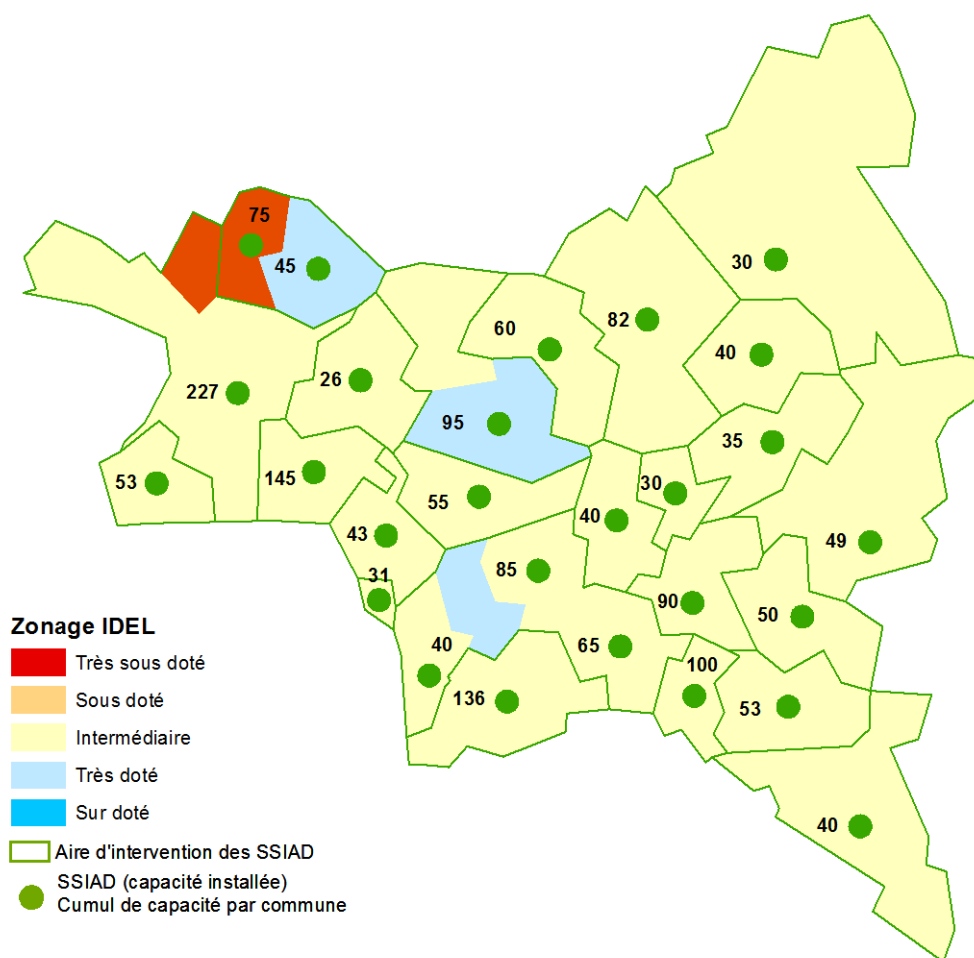


Source : IGN, FINESS 2009, ORS 2009
Traitement : ARS IDF Octobre 2012
Carte sans valeur juridique





Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour personnes âgées SEINE SAINT DENIS

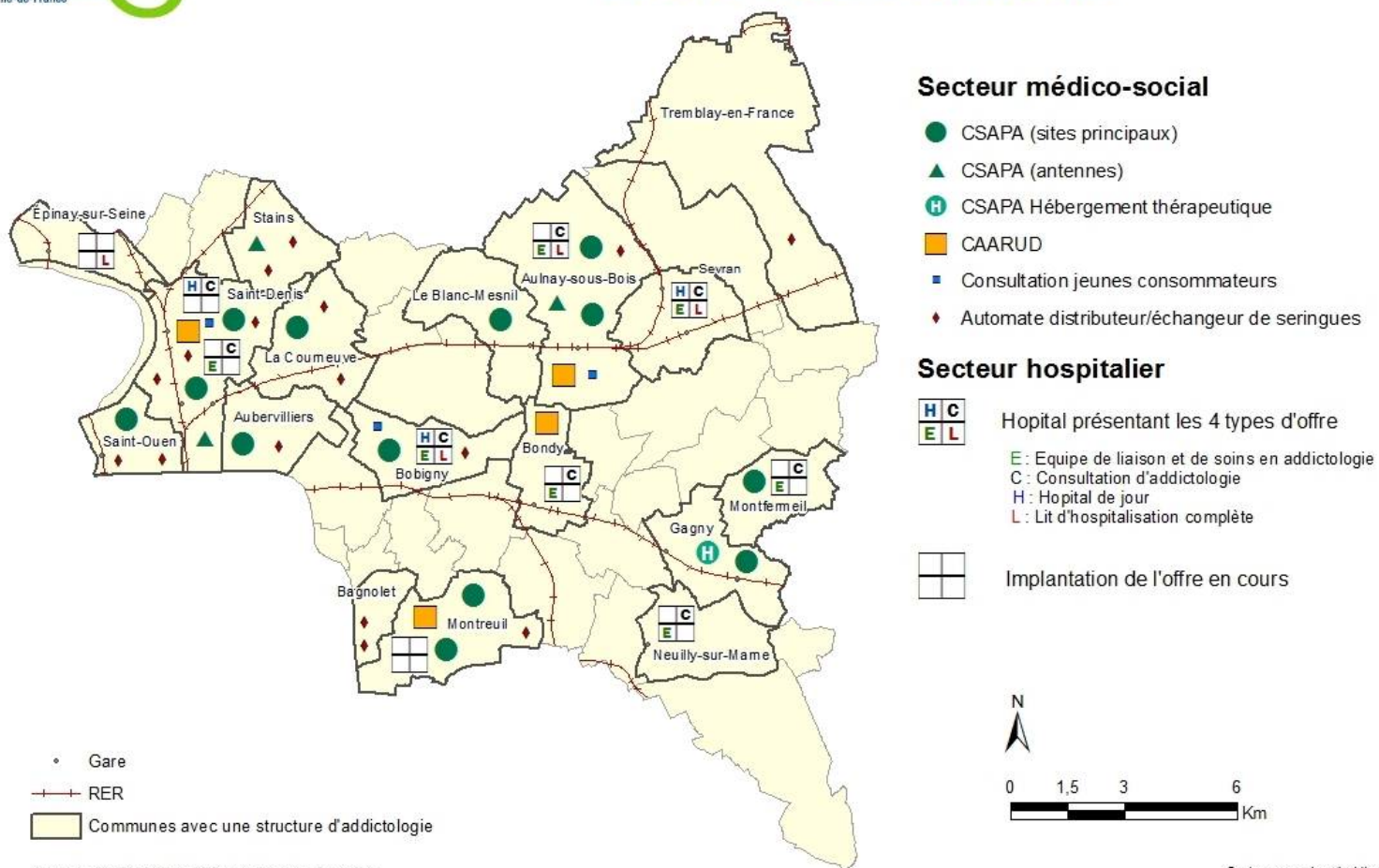


Cartographie conforme à l'arrêté n°12-209 du 25 mai 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des pôles de santé et des centres de santé et des infirmiers libéraux

Source : ARS IDF 2012
Traitement : ARS IDF
Carte sans valeur juridique

2.2.6.1.2 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Le dispositif de prise en charge des addictions en 2012 en Seine-Saint-Denis



Accompagnement médico-social et hébergement des personnes malades
ayant des besoins spécifiques en Seine-Saint-Denis

LHSS : 80 places autorisées au 1^{er} juin 2012 en Seine-Saint-Denis

ACT : 104 places installées au 1^{er} juin 2012 en Seine-Saint-Denis (111 places autorisées)

Nombre de places LHSS :

Lits Halte Soins Santé



ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

- ACT : 1 point = 1 place installée
(Points placés aléatoirement au sein de la commune)

♦ Gare

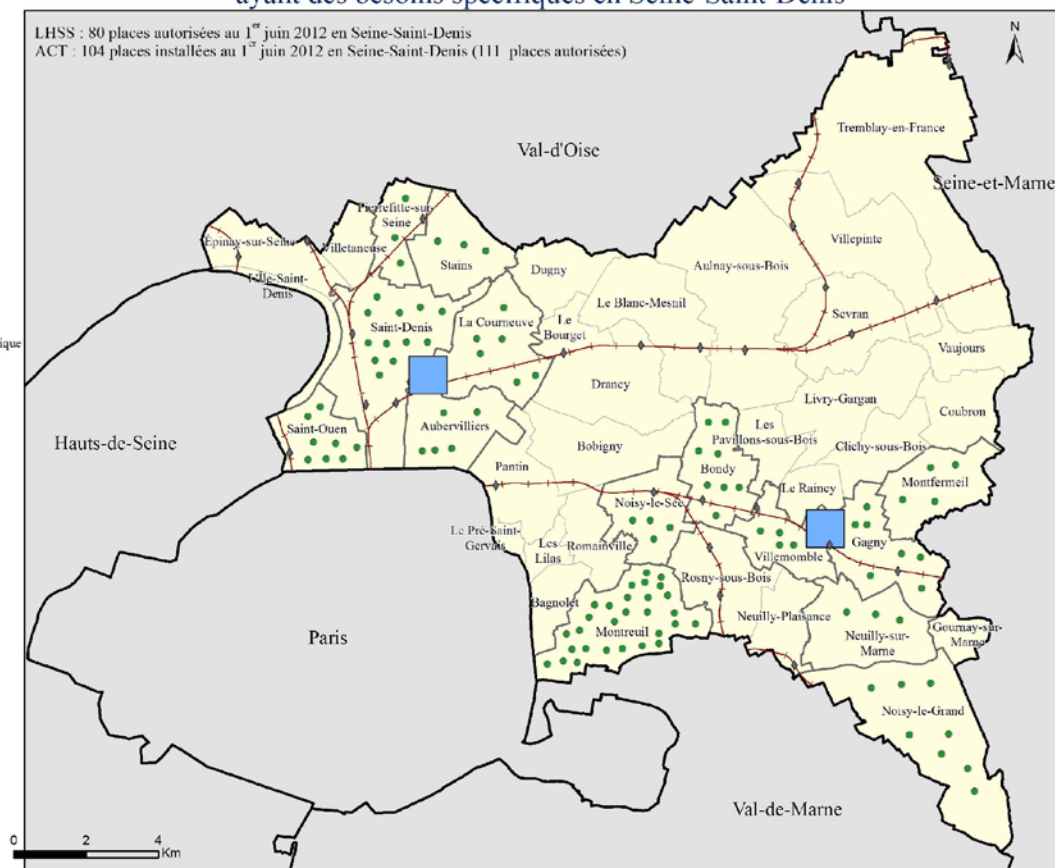
RER

Départements limitrophes

 Commune avec au moins une structure

 Limites communales

Source : IGN, ARS Ile-de-France 2012
 Traitement : ARS Ile-de-France Novembre 2012
 Carte sans valeur juridique



2.2.6.2 Les aspects sociaux et démographiques du département

Le département de la Seine-Saint-Denis se caractérise par des taux de natalité, de prématurité et de mortalité infantile les plus forts de la région Ile-de-France. Ses spécificités sont les suivantes :

- Une forte proportion de jeunes de moins de 20 ans dont la progression estimée entre 2010 et 2020 de 6,23 % est la plus forte de l'IDF qui progresse quant à elle de 2,34 %
- Une population nettement plus défavorisée (revenu médian pour l'IDF : 21 334 €, pour la Seine-Saint-Denis : 14 517 €)
- Un sous équipement en médecins généralistes et spécialistes libéraux
- Le département qui connaît le plus fort taux de fécondité en France métropolitaine (en 2008, les Séquano-Dionysiennes avaient en moyenne 2,41 enfants contre 1,99 pour l'ensemble de la France).

Les personnes âgées

Chiffres-clés

	Source de la donnée	Seine-Saint-Denis	Ile-de-France
Nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en 2010	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	81 757	763 678
Part des 75 ans et plus dans la population générale	INSEE, RP2009, exploitation principale	5 %	6 %
Projection : évolutions démographiques de 2010 à 2020			
- des 75 ans et plus	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	+ 11 %	+ 14 %
- des 85 ans et plus		+ 50 %	+ 41 %
- des personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus (2007 à 2020)		+ 31 %	+ 32 %



2.2.6.3 Le diagnostic

2.2.6.3.1 LES PERSONNES AGEES

L'offre médico-sociale départementale

Capacités au 31 décembre 2010 et taux d'équipement par dispositifs calculés sur la population des plus de 75 ans en 2010 (81 757)

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES	TAUX D'EQUIPEMENT 93	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
EHPAD (hébergement complet)	4 500	54,6 ‰	77 ‰
Accueil de jour / Hébergement temporaire	210	2,6 ‰	3 ‰
SSIAD	1 600	20 ‰	21 ‰

Sources : FINESS/BREX et Direction régionale de l'INSEE IDF

Le ratio établissement/services est de 26,7% pour les PA versus 24,2 objectif fixé dans le CPOM de l'ARS.

Les points forts et points faibles du département

Les points forts

Toutes les communes sont couvertes par au moins un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et le taux d'équipement est proche de la moyenne régionale. Les taux d'occupation sont élevés pour la plupart des établissements, quel que soit le secteur.

Les points faibles

Cinq communes n'ont pas d'EHPAD sur leur territoire. L'offre en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer progresse lentement.



Certains établissements sont vétustes et ne répondent pas aux normes de confort, ou bien ils comportent des chambres à plusieurs lits, un équipement sanitaire inadapté et des surfaces insuffisantes aussi bien pour les chambres que pour les salles d'activités.

De nombreux accueils de jour autorisés ne sont pas ouverts ou le sont seulement très partiellement. De plus ils ne sont pas toujours conformes aux normes de taille minimale réglementaire.

2.2.6.3.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

L'offre médico-sociale par handicap

Enfants (en places, hors CAMSP et CMPP)

Taux d'équipement par déficiences hors CMPP et CAMSP calculé sur la population des enfants de 0 à 19 ans

Handicaps	Places installées au 31/12/2010	Taux d'équipement 93 pour 2010	Taux d'équipement IDF pour 2010
Déficiences intellectuelles - DI	1552	3,53	3,30
Autisme – TED – Déficiency de la communication	183	0,42	0,44
Troubles du caractère et du comportement	149	0,34	0,72
Déficiences motrices	236	0,54	0,83
Polyhandicapés	235	0,54	0,63
Troubles spécifiques du langage	14	0,03	0,05
Déficiences visuelles	81	0,18	0,33



Déficiences auditives	157	0,36	0,63
Total	2 607	5,94	7,04

Population 2010 enfants de 0 à 19 ans IDF : 3 028 811 - Population 2010 Seine-Saint-Denis de 0 à 19 ans : 439 242 –

Ces taux d'équipement sont les plus bas de la région IDF. L'offre médico-sociale classée par déficiences (hors CAMSP et CMPP) fait ressortir les insuffisances des équipements et plus particulièrement dans certaines catégories de handicap par rapport à l'IDF.

Adultes

Taux d'équipement par déficiences hors foyers et services gérés par le conseil général calculé sur la population des adultes de 20 à 59 ans

Handicaps	Places installées au 31/12/2010	Taux d'équipement 93 pour 2010	Taux d'équipement IDF pour 2010
Déficiences intellectuelles - DI	172	0,21	0,19
Autisme – TED – Déficiency de la communication	24	0,03	0,10
Déficiency psychique	105	0,13	0,19
Déficiency motrices	51	0,06	0,16
Polyhandicapés	224	0,28	0,30
Déficiency sensorielle	34	0,04	0,08
Toutes déficiency	2599	3,20	3,04
Cérébro-lésés	87	0,11	0,06



PHV	20	0,02	0,02
Total	3316	4,08	4,13

Population 2010 adultes de 20 à 59 ans IDF : 6 482 330 – Population 2010 adultes de 20 à 59 ans Seine-Saint-Denis : 811 953

Les taux d'équipement adultes du département sont proches des taux de l'IDF. Cependant, trois catégories de handicap émergent comme largement déficitaires : l'autisme, la déficience psychique et les personnes handicapées vieillissantes.

Les points forts et points faibles du département

Les points forts

Une grande diversité dans les modes d'accueil des enfants et des adultes.

Les points faibles

- 1/3 des associations gestionnaires ne gère qu'une ou deux structures d'où un potentiel moindre de possibilités de soutien et mutualisation de moyens. Cette situation peut entraîner des difficultés de professionnalisme ou de gestion.
- Un parc immobilier vétuste qui entraîne une programmation lourde de réhabilitation.
- Un taux d'équipement largement déficitaire pour les enfants et encore insuffisant pour les adultes qui ne peut répondre aux besoins recensés notamment par la MDPH.

Une **étude réalisée par le CEDIAS-CREAH** de janvier 2012 sur les **enfants dits « sans solution »** fait état d'un chiffre de **641** jeunes de 0 à 18 ans et plus, bénéficiant d'une orientation médico-sociale sans être accueillis dans une structure médico-sociale. Parmi eux :

- 131 sont à domicile sans aucune scolarisation
- 96 sont à domicile et scolarisés moins d'un mi-temps
- 414 bénéficient d'une orientation médico-sociale non effective. Ils sont à priori encore scolarisés sans que le temps de scolarisation soit connu de la MDPH.



L'étude approfondie porte sur **113** enfants et adolescents en situation de handicap, à domicile sans prise en charge médico-sociale ni scolarisation. Elle fait ressortir que la majorité des jeunes sans solution (52 %) se situe dans la tranche d'âge de 0 à 11 ans et que ces jeunes souffrent d'autisme ou de TED (associé ou non à un déficit intellectuel) pour 51 % et de polyhandicap pour 36 %.

Les adolescents de 12 à plus de 18 ans souffrent de troubles du psychisme (37 %), d'autisme (30 %) et de troubles du comportement et de la conduite (19 %).

L'enquête ES 2010 (données brutes) fait ressortir :

- Un taux élevé d'adultes originaires de la Seine-Saint-Denis mais placés dans d'autres départements (35 %) et plus particulièrement à Paris (42 % de la totalité des adultes accueillis hors département d'origine). Parallèlement, un grand nombre d'adultes non originaires du département est reçu dans les structures de Seine-Saint-Denis (35 %) dont plus d'un tiers (34 %) vient de Paris.
- Près d'un quart des enfants de Seine-Saint-Denis (24 %) sont inscrits dans des établissements hors département et 35 % de ceux-ci sont recueillis dans des établissements parisiens. A contrario, la Seine-Saint-Denis ne reçoit que 11,5 % d'enfants non séquano-dionysiens sachant que les plus nombreux proviennent de Paris et du Val-de-Marne. Le flux des enfants accueillis en SESSAD est peu significatif, seuls 10 % d'enfants du département sont placés dans d'autres territoires et 9 % des jeunes domiciliés hors Seine-Saint-Denis sont accueillis dans les SESSAD du 93.

2.2.6.3.3 Les personnes en difficultés spécifiques

L'offre départementale en addictologie :

Le dispositif de prise en charge en addictologie en Seine-Saint-Denis se compose de :

- 4 CAARUD (centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) ;
- 13 CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) 3 « généralistes », 7 « spécialisés alcool » et 3 « drogues illicites », en ambulatoire et pour certains aussi en résidentiel (avec 24 places en appartements thérapeutiques et 34 places en centre thérapeutique résidentiel) ;
- 3 Consultations Jeunes Consommateurs.



L'offre en réduction des risques est complétée par 16 sites d'implantation d'automates distributeurs échangeurs de seringues.

- L'offre en CSAPA

Dpt	Population	Nombre de CSAPA	Nombre d'antennes	File Active départementale
93	1 527 401	13	3	9 900

Population / Nombre de CSAPA	Population / Nombre de CSAPA + antennes	File Active départementale en % de la population du département
117 492	95 463	0,65%

CSAPA à gestion associative	CSAPA à gestion hospitalière	CSAPA pénitentiaire	CSAPA à gestion municipale
2	5	0	6

- L'offre en consultations jeunes consommateurs

	Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs rattachées à des CSAPA	Population âgés de 15 à 24 ans / Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs	Pourcentage des 15 à 24 ans dans la population du département
Seine Saint Denis	3	70 320	13.8%
Ile de France	40	39.277	13.3%

- L'offre en réduction des risques

CAARUD

	Nombre de CAARUD	Population âgés de 20 à 49 ans / Nombre de CAARUD
Seine Saint Denis	4	167 000
Ile de France	21	246 655
France	141	181 062

Programmes d'échanges de seringues : Ventes de Steribox en Seine Saint-Denis, en Ile-de-France et en France en 2009 pour 100 habitants de 20 à 39 ans (sources Siamois/INVS, Insee, OFDT)

Seine Saint-Denis	Ile de France	France
10.9	9.0	14.6

Nombre de site d'implantations des automates et de distributeurs de seringues en Seine Saint-Denis et en Ile-de-France, en 2011 (source Association SAFE)

	Nombres de sites d'implantation	% des installations régionales
Seine Saint Denis	16	12.7%
Ile-de-France	126	100%



L'offre médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

La prise en charge des personnes malades en situation de fragilité sociale et/ou psychologique, sans domicile mais dont la pathologie ou l'état de santé nécessite des prestations coordonnées et adaptées de soins, un suivi médical et un accompagnement social est mise en œuvre au travers deux dispositifs les ACT (111 places) et les LHSS (80 lits).

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES au 01 06 2012	TAUX D'EQUIPEMENT 93/ total IDF
ACT	111	15.6%
LHSS	80	20.8%
LAM	0	0%

2.2.6.4 Les priorités et les perspectives à 5 ans

2.2.6.4.1 LES PERSONNES AGEES

La restructuration de l'offre

Elle comprend trois objectifs, améliorer le cadre d'accueil des EHPAD, renforcer le lien avec le secteur sanitaire et améliorer l'accueil de jour.

L'amélioration du cadre d'accueil en EHPAD concerne plusieurs établissements pour lesquels un projet de reconstruction pour mise aux normes et amélioration de la qualité de vie est proposé. Ces opérations se feront avec une augmentation de capacité dans la mesure du possible pour limiter l'augmentation du prix d'hébergement et garantir l'accessibilité économique de ces structures.

S'agissant du renforcement du lien avec le secteur sanitaire, l'objectif est de rendre effectif le fonctionnement de toutes les filières gériatriques, de développer les collaborations avec les réseaux et équipes mobiles (soins palliatifs...) et de renforcer l'implication des acteurs de la psychiatrie.



L'amélioration du dispositif d'accueil de jour permettra de redessiner l'offre. A cette occasion, il y aura consultation des opérateurs pour fermer les accueils de jour qui dysfonctionnent et répartir les places financées sur d'autres accueils de jour afin de mettre ceux qui fonctionnent en conformité avec les textes. Par ailleurs, des appels à projets vont être effectués dans les territoires non pourvus.

Le développement de l'offre comprend deux axes,

- accélérer la mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012 d'une part,
- poursuivre les opérations de création d'EHPAD et de SSIAD d'autre part.

S'agissant de la mise en place des structures relevant du Plan Alzheimer, il est prévu de développer les pôles d'activités et de soins (PASA) et les unités d'hébergement renforcé (UHR) notamment lors des projets de reconstruction. Quatre PASA sont actuellement labellisés (Aulnay, Montreuil, Noisy Le Grand, Livry Gargan) dont 3 fonctionnent et 2 projets d'UHR sont à l'étude (Montfermeil, Pantin). Il est également prévu de développer les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) intervenant à domicile et portées par les SSIAD. Une équipe est déjà rattachée au SSIAD de Saint-Denis. Un appel à projet est en cours afin de sélectionner quatre nouvelles ESA. La première MAIA, portée par le réseau Equip'Age fonctionne depuis quelques mois.

La poursuite des opérations de créations en cours va améliorer le niveau de l'offre du département en EHPAD et SSIAD. Quatre ouvertures d'EHPAD ont été réalisées en 2011 sur les communes de Bagnole, Le Bourget, Bobigny et Montreuil, une ouverture supplémentaire est prévue en 2012 sur la commune de Pavillons sous Bois. Par ailleurs, 9 projets d'EHPAD sont en cours de réalisation dont 2 ouvertures imminentes sur les communes de Rosny et Neuilly Plaisance. De plus, 7 EHPAD sont actuellement en construction (sur les communes d'Aulnay, Aubervilliers, Bobigny, Drancy, Coubron, Noisy Le Grand et Romainville). Un appel à projet de création d'établissement est à l'étude sur un territoire actuellement non couvert.

97 places de SSIAD ont été installées en 2011 permettant ainsi de couvrir toutes les communes sont couvertes. Cependant 174 places de SSIAD autorisées restent à installer.

2.2.6.4.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

La restructuration de l'offre

3 priorités ressortent de ce diagnostic :



- Le raffermissement de la prise en charge de l'autisme par l'identification de sections autistes au sein des IME existants et par le développement des liens avec le secteur psychiatrique.
- L'amélioration de l'efficacité des SESSAD en clarifiant leur rôle, en harmonisant la quantification de leur activité, en recentrant le travail sur les jeunes ayant une notification MDPH.
- L'amélioration de la qualité de l'accompagnement par une programmation des reconstructions des structures vétustes et par une mise en œuvre des démarches d'évaluation interne et externe des établissements.

Le développement de l'offre

L'effort doit se porter en priorité sur les enfants avec le développement :

- de la prise en charge précoce (appel à projet création CAMSP 100 places),
- de l'équipement pour les troubles du comportement et de la conduite (un ITEP est autorisé et devrait ouvrir en 2013 pour 40 places, un autre ITEP autorisé est en projet pour 60 places),
- de l'équipement pour l'autisme et le polyhandicap (appel à projet d'un IME autiste de 40 places dans le nord est du département et d'un IME pour polyhandicapés de 30 places au nord ouest du département durant le 1^{er} semestre 2013).

Pour les adultes, le développement de l'offre devra s'orienter sur :

- la déficience psychique (deux SAMSAH totalisant 80 places ont ouvert en 2010 avec une montée en charge jusqu'en 2012)
- les personnes handicapées vieillissantes (un FAM de 15 places a ouvert en février 2012 et deux FAM sont en cours de construction)
- les adultes souffrant d'autisme (49 places en MAS ont été ouvertes en 2011). Un appel à projet pour un FAM de 30 places est programmé début 2013)

L'offre pour polyhandicapés n'est pas oubliée : 52 places en MAS ont été ouvertes en 2011 et une structure FAM/MAS pour 44 places est en cours d'autorisation.

Les innovations et les expérimentations

Un appel à projet est lancé pour une structure ou un service expérimental à destination d'enfants ou d'adultes pour lesquels la décision de la MDPH est restée lettre morte.



Les perspectives à horizon 2017

L'effort à poursuivre concerne prioritairement **les enfants** en particulier pour l'autisme, les troubles de la conduite et du comportement, le polyhandicap et le dépistage précoce.

Quant à la *déficience intellectuelle*, le taux d'équipement départemental n'étant pas déficitaire par rapport à celui de la région, un certain nombre des places pourraient être transformé en places SESSAD pour l'autisme, pour Troubles Spécifiques du Langage, pour les déficiences motrices et visuelles.

Concernant **les adultes**, l'effort à conduire sera moindre sachant que le taux d'équipement du département est similaire à celui de l'IDF. Il existe cependant des besoins pour l'autisme, les personnes handicapées vieillissantes et le handicap psychique.

2.2.6.4.3 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

La restructuration de l'offre

Au titre de la restructuration de l'offre, les objectifs concernent :

- L'amélioration de la qualité des prestations, en développant une approche de proximité, diversifiée, globale, pluridisciplinaire, graduée et cohérente c'est-à-dire articulée avec les autres secteurs concernés (médecine de ville, sanitaire, médico-social, social) ;
- La structuration et la consolidation du dispositif CSAPA et CAARUD ;
- Poursuivre la réflexion concernant la fluidité des parcours en ACT et en LHSS en amont et en aval, en travaillant notamment sur la problématique des sorties en lien avec les dispositifs et services d'orientation.

Le développement de l'offre

Au titre du développement de l'offre, les objectifs portent notamment sur :

- Le développement de la politique de réduction des risques et des dommages ;
- Le renforcement en soins résidentiels (CSAPA et réflexion pour l'accueil d'usagers actifs) ;
- L'amélioration de la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire, et notamment s'assurer de la continuité des soins à l'arrivée, en détention, dans le cadre des transferts et à la sortie du milieu carcéral (désignation d'un CSAPA référent).



2.2.7 Val-de-Marne

2.2.7.1 Eléments cartographiques

2.2.7.1.1 *LES PERSONNES AGEES*

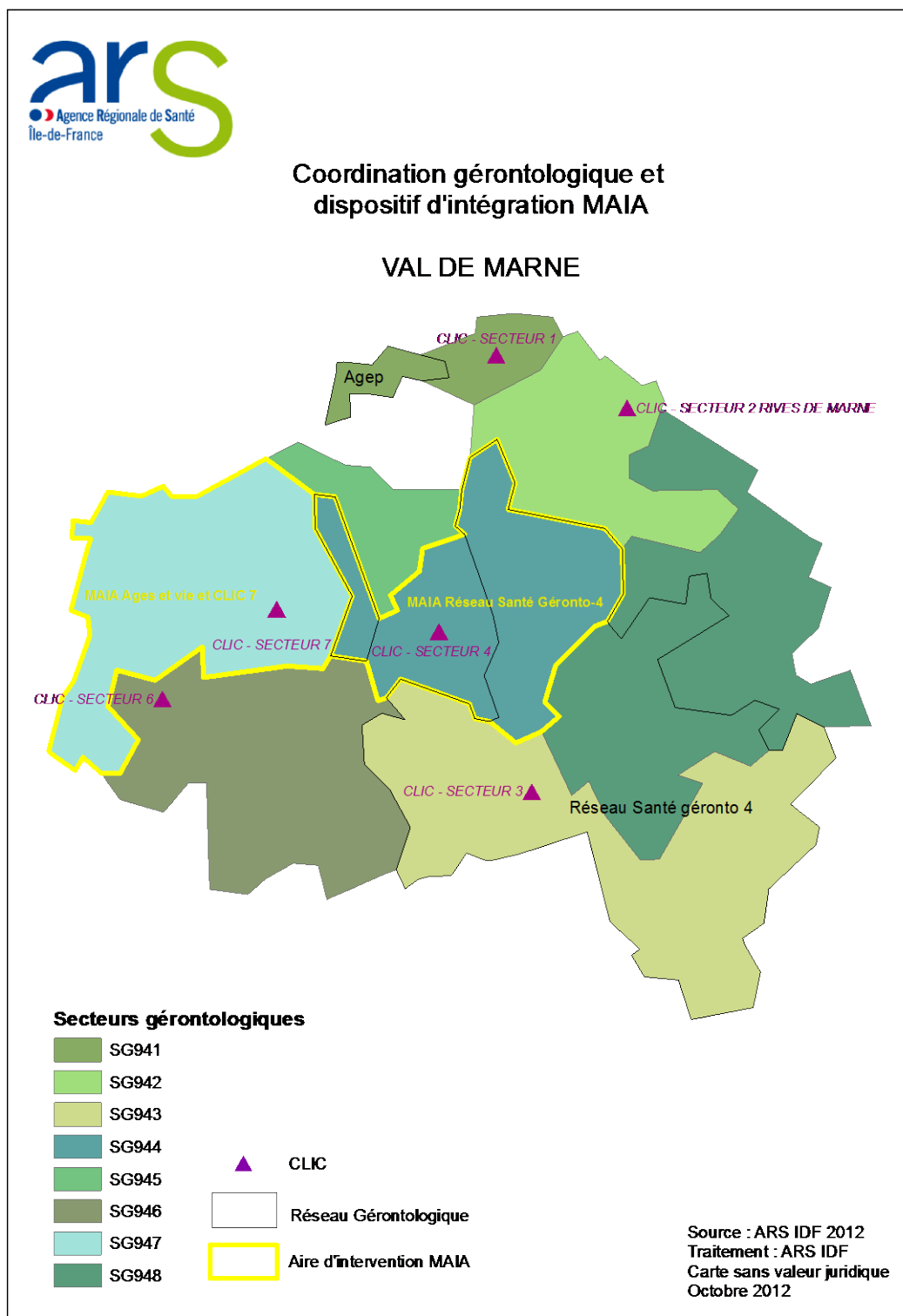




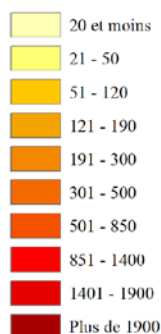
Schéma d'organisation médico-sociale



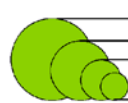
Hebergement en unité de soins longue durée (USLD) et en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Val-de-Marne

Densité de population :
habitants de 75 ans et plus au km²

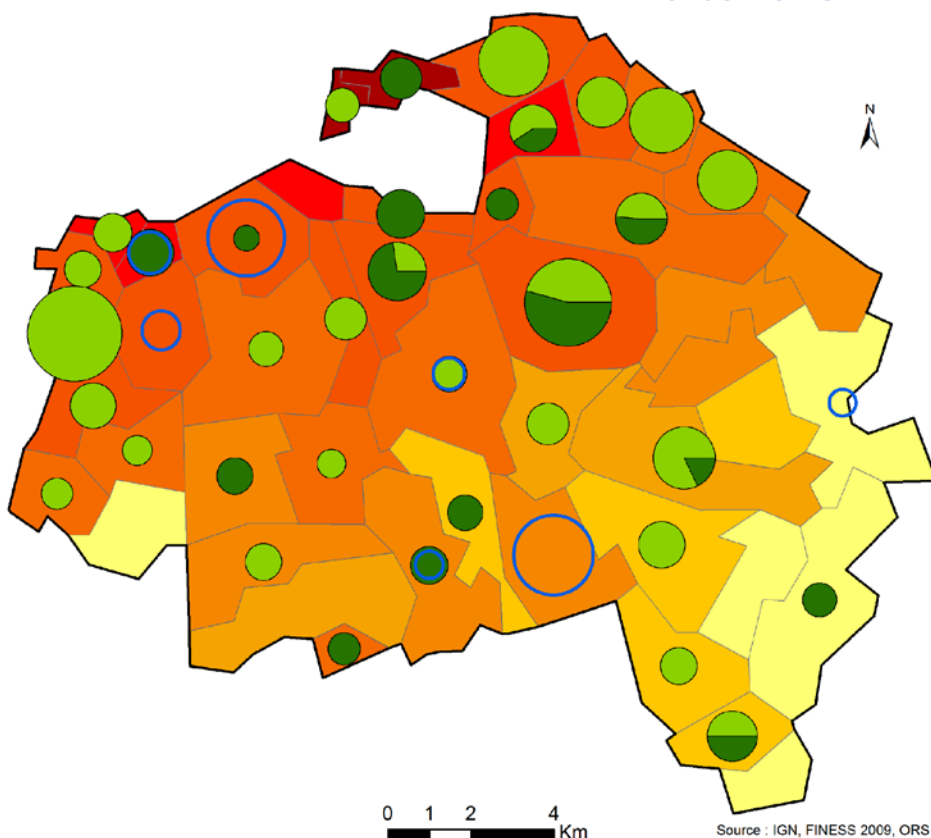


EHPAD : Cumul des capacités installées
par commune (en place)

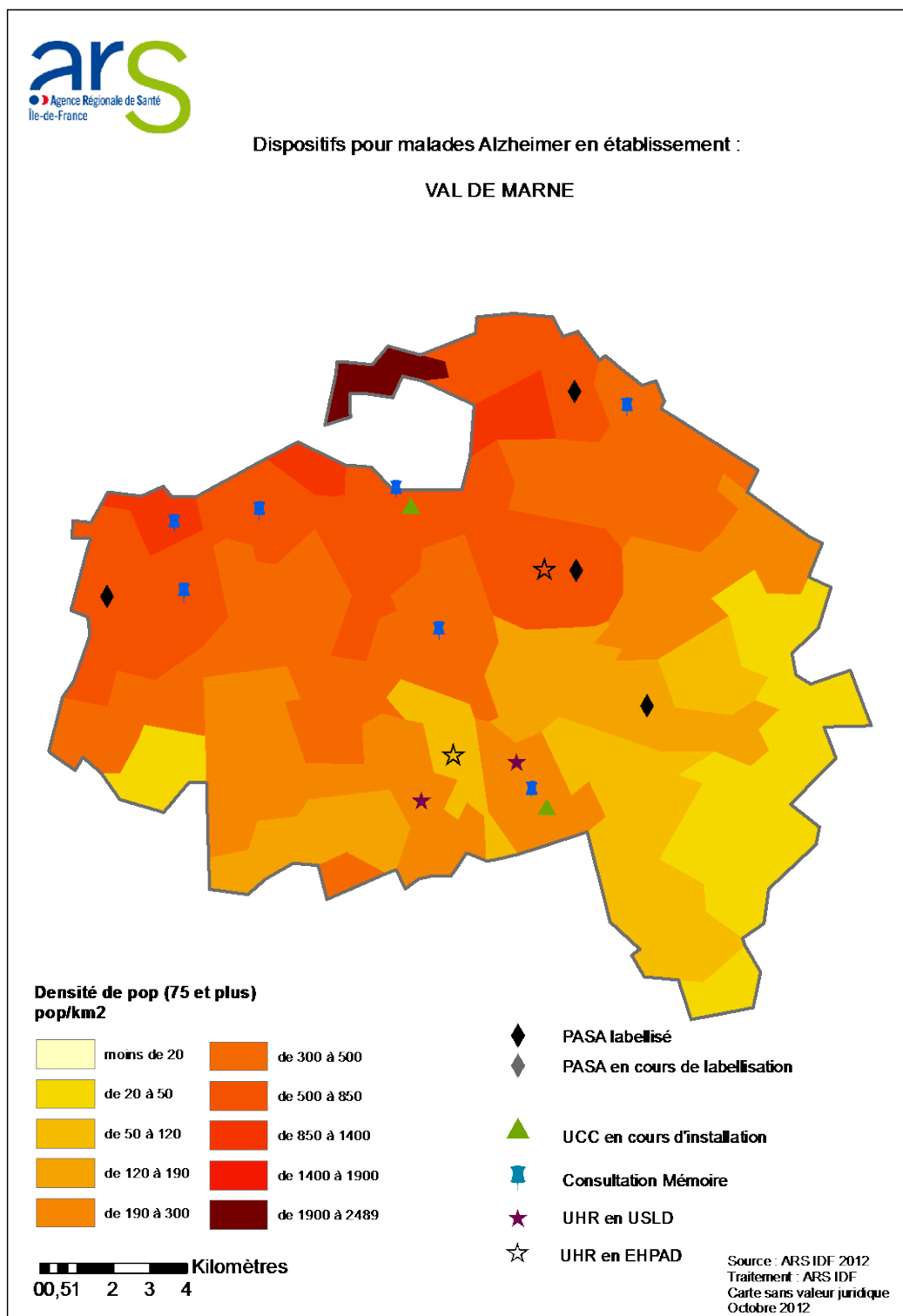


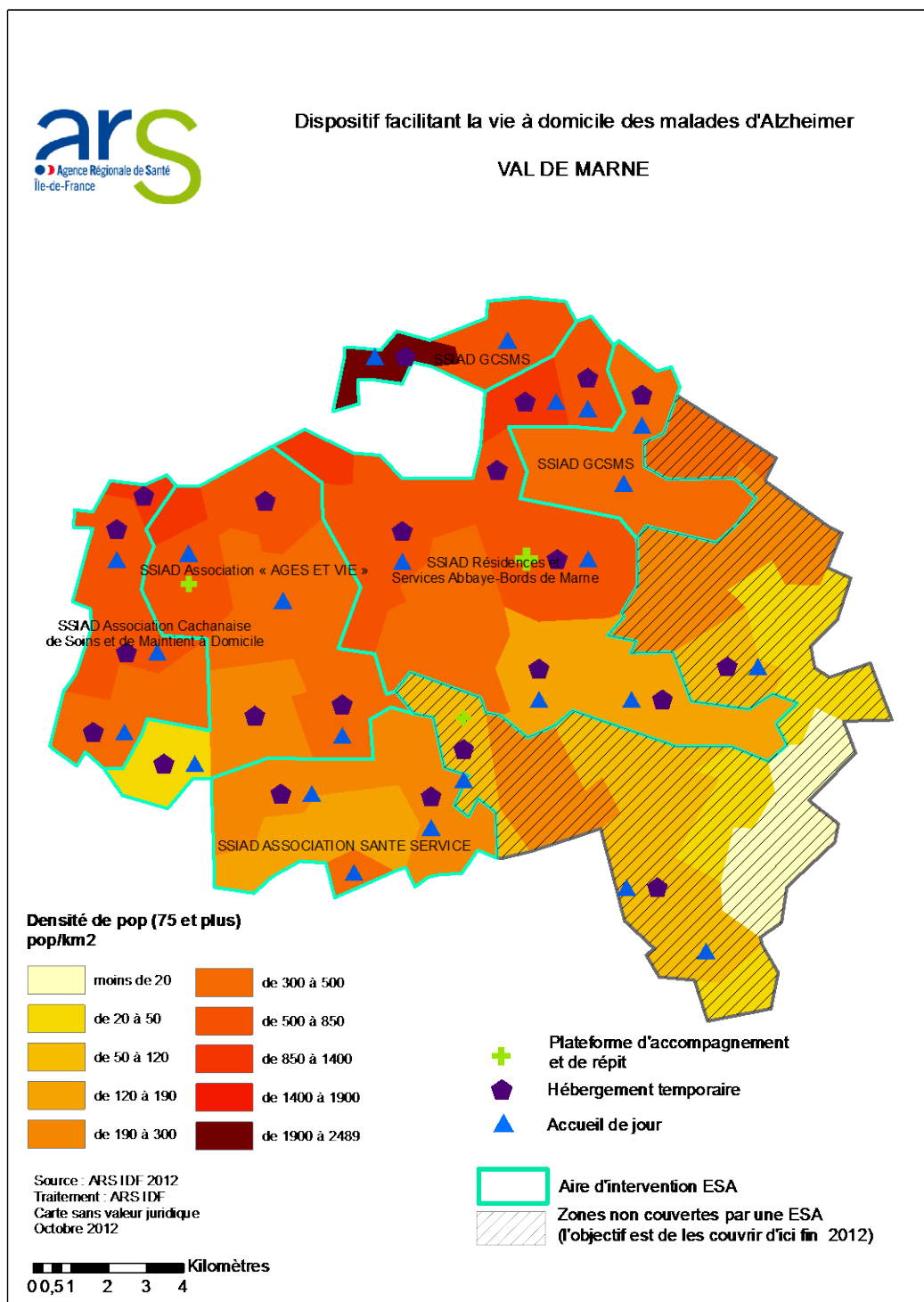
Part des places habilitées à l'aide sociale
Part des places non habilitées à l'aide sociale

USLD : Nombre de lits autorisés



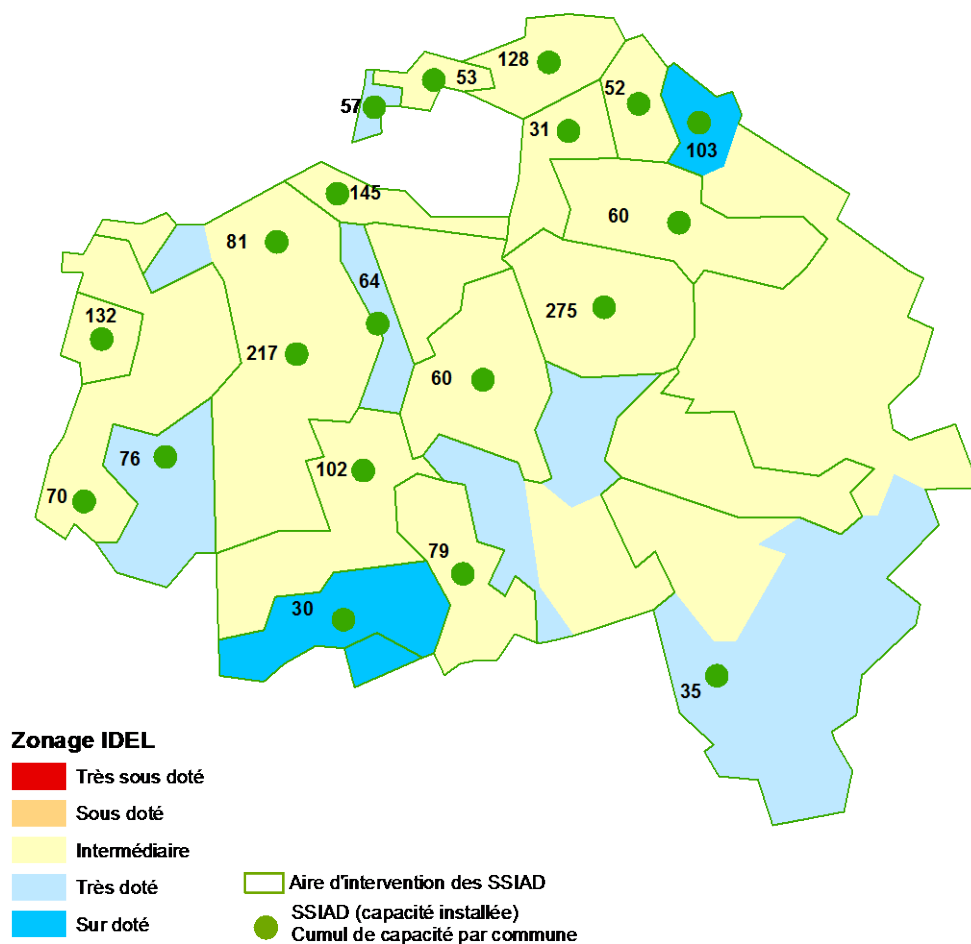
Source : IGN, FINESS 2009, ORS 2009
Traitement : ARS IDF Octobre 2012
Carte sans valeur juridique







Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour personnes âgées VAL DE MARNE



Source : ARS IDF 2012
 Traitement : ARS IDF
 Carte sans valeur juridique
 Octobre 2012

Cartographie conforme à l'arrêté n° 12-209 du 25 mai 2012
 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures
 destinées à favoriser une meilleure répartition géographique
 des professionnels de santé, des pôles de santé et
 des centres de santé et des infirmiers libéraux

00,51 2 3 4 Kilomètres

2.2.7.1.2 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIQUES

Le dispositif de prise en charge des addictions en 2012 dans le Val-de-Marne

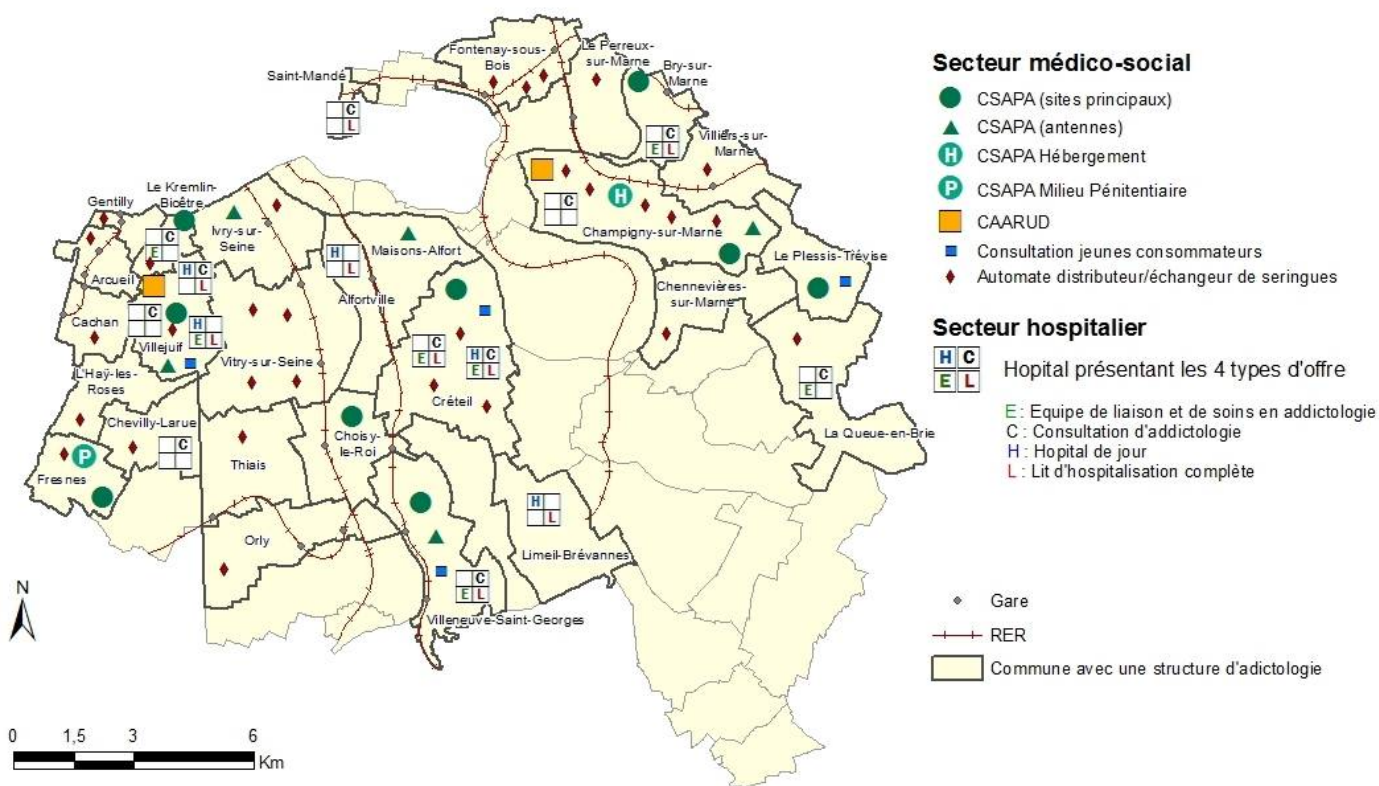




Schéma d'organisation médico-sociale



Accompagnement médico-social et hébergement des personnes malades ayant des besoins spécifiques dans le Val-de-Marne

Nombre de places LHSS :

Lits Haute Soins Santé



→ rattachement

LAM et LHSS SAMU Social de Paris implanté dans le Val-de-Marne

▲ 24 places

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

● ACT : 1 point = 1 place installée
(Points placés aléatoirement au sein de la commune)

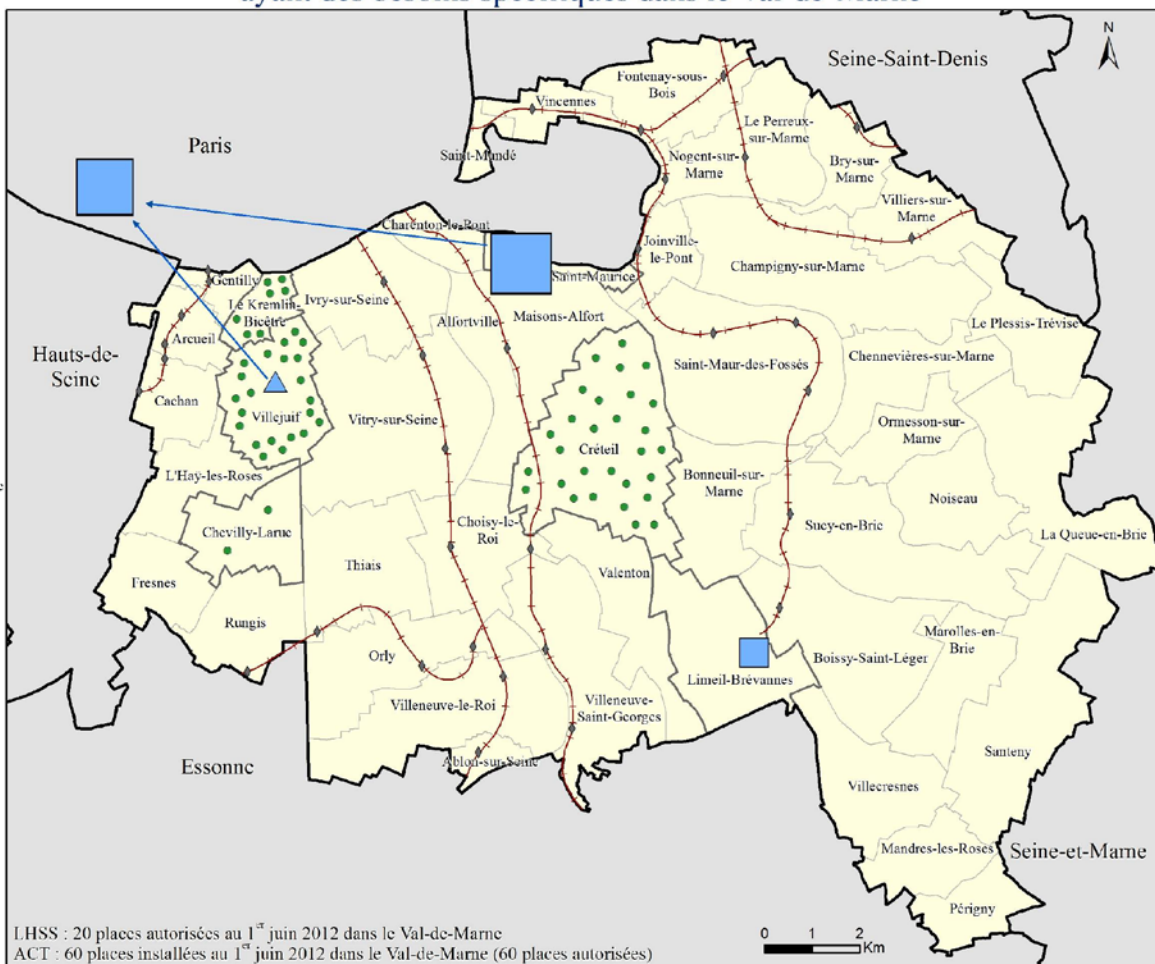
◆ Gare

— RER

■ Départements limitrophes

■ Commune avec au moins une structure

■ Limites communales



Source : IGN, ARS Ile-de-France 2012
Traitement : ARS Ile-de-France Novembre 2012
Carte sans valeur juridique

LHSS : 20 places autorisées au 1^{er} juin 2012 dans le Val-de-Marne
ACT : 60 places installées au 1^{er} juin 2012 dans le Val-de-Marne (60 places autorisées)



2.2.7.2 Les aspects sociaux et démographiques du département

La population totale du Val-de-Marne s'élevait lors du dernier recensement de 2009 à 1 331 443 habitants soit une densité moyenne de plus de 5400 hab/km², mais avec des variations très importantes puisque 10 communes ont plus de 40 000 habitants et 11 ont moins de 10 000 habitants.

La population du Val-de-Marne devrait progresser d'ici 2020 de 2,8%.

La proportion des 0-19 ans va légèrement diminuer.

D'un point de vue économique on constate depuis 10 ans une **augmentation régulière du nombre de ménages allocataires de minima sociaux** (6,5% en 2001 – 9% en 2009), et une **hausse considérable du nombre de familles monoparentales** (17,4% en 2006).

Par ailleurs, **6,6% des ménages contre 6,1% au niveau régional ont au moins 75% de leurs ressources qui proviennent des prestations CAF.**

Les personnes âgées dans le Val-de-Marne

Chiffres-clés

	Source de la donnée	Val-de-Marne	Ile-de-France
Nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en 2010	Direction régionale INSEE IDF -mars 2011	92 013	763 678
Part des 75 ans et plus dans la population générale	INSEE, RP2009, exploitation principale	7 %	6 %
Projection : évolutions démographiques de 2010 à 2020			
- des 75 ans et plus	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	+ 12 %	+ 14 %
- des 85 ans et plus		+ 44 %	+ 41 %
- des personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus (2007 à 2020)		+ 34 %	+ 32 %



2.2.7.3 Le diagnostic

2.2.7.3.1 LES PERSONNES AGEES

L'offre médico-sociale départementale

Capacités au 31 décembre 2010 et taux d'équipement par dispositifs calculés sur la population des plus de 75 ans en 2010 (92 013)

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES	TAUX D'EQUIPEMENT 94	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
EHPAD (hébergement complet)	5 200	57 ‰	77 ‰
Accueil de jour / Hébergement temporaire	360	4 ‰	3 ‰
SSIAD	1 800	20 ‰	21 ‰

Sources : FINESS/BREX et Direction régionale de l'INSEE IDF



Les points forts et points faibles du département

Les points forts

Pour le secteur des personnes âgées, il convient de souligner que le département est engagé depuis quelques années dans une véritable politique d'accompagnement du maintien à domicile. En effet, avec un taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de 20 ‰ de personnes âgées de 75 ans et plus, et un nombre de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire de plus de 360 places, le Val-de-Marne a rattrapé une partie de son retard relatif en équipement et s'est rapproché du taux régional situé à 20,84 ‰.

En outre, la création de 4 équipes spécialisées Alzheimer, au titre du plan Alzheimer 2008-2012, constitue une mesure importante de diversification et de renforcement de l'action des SSIAD. Il convient aussi de faire état de l'existence de deux Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), dont l'une en fonctionnement depuis 2010 et l'autre autorisée en 2012, localisées au centre et à l'ouest du département et destinées à favoriser la coordination des prises en charge relevant à la fois du champ sanitaire et du champ médico-social.

L'existence dans le département d'un réseau gérontologique, le RSG4, dont l'objectif est de contribuer au bilan gérontologique initial de la personne âgée, de collaborer à l'élaboration d'un plan d'aide et de soins adaptés et de faciliter la prise en charge médicale dans la filière de soins participe à optimiser et à élargir les modalités de prise en charge sanitaire des personnes âgées.

Par ailleurs, le fonctionnement en 2011 d'une plateforme gériatrique ville-hôpital au sein de l'établissement Paul Brousse dont l'un des objectifs est de réduire le nombre de passages aux urgences des personnes âgées dès lors qu'ils sont évitables et de résoudre des situations d'urgence à domicile, contribue également à prendre en compte la préférence des aînés pour leur domicile et à préserver ainsi le maintien de leur autonomie.

Les points faibles

Le taux d'équipement en places d'EHPAD sur le département est insuffisant et l'offre est inégalement répartie sur le territoire. De plus, l'offre de répit (hébergement temporaire, accueils de jour) n'est pas utilisée de façon optimale.

Par ailleurs, force est de constater que l'offre est insuffisante, voire inexistante, pour la prise en charge spécialisée des personnes de moins de 60 ans atteintes de la maladie Alzheimer.

Enfin, la fluidité des parcours de soins des personnes âgées est limitée par un cloisonnement encore trop important entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux. Ce constat est particulièrement vrai lors des entrées et sorties d'hospitalisation et du retour à domicile ou en établissement.



2.2.7.3.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

L'offre médico-sociale par handicap

Enfants (taux d'équipement en places par déficiences, hors CAMSP et CMPP-
population 0-19 ans : 341 399)

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 31/12/2010	TAUX D'EQUIPEMENT 94	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	1127	3,30	3,30
Autisme/TED/Déf communication	120	0,35	0,44
Troubles du caractère et comportement	283	0,83	0,72
Déficiences motrices	203	0,59	0,83
Polyhandicapés	257	0,75	0,63
Troubles spécifiques du langage	32	0,09	0,05
Déficiences visuelles	115	0,34	0,33
Déficiences auditives	120	0,35	0,63
Toutes déficiences*	127	0,37	0,10
TOTAL	2384	6,98	7,04

*Epilepsie, VIH, VHC

L'analyse du taux d'équipement par déficiences, hors CMPP et CAMSP, laisse apparaître un diagnostic nuancé. Ainsi, si le département du Val-de-Marne possède un taux d'équipement satisfaisant en établissements et services pour enfants polyhandicapés et pour ceux atteints de troubles du caractère ou du comportement. Par contre les taux d'équipement concernant les structures pour enfants atteints de **troubles envahissant du développement, de déficiences motrices ou encore de déficiences auditives** sont significativement inférieurs au taux régional.



Le département dispose par ailleurs d'une **offre importante pour l'accompagnement des jeunes épileptiques avec deux établissements à vocation régionale l'un pour les enfants l'autre pour les adolescents.**

Ce constat doit être corrélé à l'analyse des forces et faiblesses du territoire départemental.

Adultes - taux d'équipement par déficiences hors foyers et services gérés par le CG (Population adultes de 20 à 59 ans : 713 973)

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 31/12/2010	TAUX D'EQUIPEMENT 94	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	71	0,10	0,19
Autisme	90	0,13	0,10
Déficiência psychique	287	0,40	0,19
Déficiences motrices	51	0,07	0,16
Polyhandicapés	383	0,54	0,30
Déficiência sensorielle	100	0,14	0,08
Toutes déficiences	2315	3,24	3,04
Cérébro-lésés		0,00	0,06
PHV		0,00	0,01
TOTAL	3297	4,62	4,13

Le Département du Val-de-Marne dispose de 12,31 % de l'offre médico-sociale régionale adulte.

Malgré un **taux d'équipement départemental** toutes déficiences confondues légèrement supérieur au **taux régional** l'offre est très variable en fonction du type de déficiences. En effet, si le taux d'équipement est au dessus de la moyenne pour certaines déficiences comme le polyhandicap ou le handicap psychique, on constate un **sous-équipement pour les personnes déficientes motrices**, mais **également pour les adultes présentant des déficiences**



intellectuelles Par ailleurs, **il n'existe pas actuellement de structure à destination des personnes cérébro-lésées.**

Concernant les modalités de réponses aux besoins, le Val-de-Marne présente en 2011 un taux d'équipement satisfaisant en places de Maison d'accueil spécialisée, soit 0,63 ‰ contre 0,48 ‰ au niveau régional, et en places d'ESAT avec 2,88 ‰ contre 2,38 ‰ au niveau régional.

Par contre, avec un taux d'équipement de 0,12 ‰ contre 0,37 ‰ au niveau régional, **le département est sous équipé en places de foyer d'accueil médicalisé.**

Enfin, le département ne compte que 100 places de SSIAD pour adultes et 180 places de SAMSAH, **le maintien à domicile des personnes handicapées va donc devoir se développer et constituer un axe fort de la politique du département.**

A noter également l'existence de 2 unités pour personnes handicapées vieillissantes en EHPAD situées à Mandres les Roses (16 places) et Sucy-en-Brie (6 places).

Les points forts et points faibles du département

Les points forts

Le maillage géographique de l'offre de soins et de services est assez équilibré sur le territoire. Seule la région Sud-Est du département, pénalisée par des problématiques d'accessibilité géographique, est encore déficitaire.

Concernant l'enfance handicapée, il peut être mis en lumière l'effort particulier de collaboration entre les partenaires institutionnels : MDPH, Conseil général, Education Nationale.

L'éducation nationale représente un partenaire privilégié. Le groupe technique de scolarisation est en cours d'installation. Les axes de travail développés conjointement concernent : la valorisation de l'enseignement scolaire réalisé en milieu médico-social, la procédure de conventionnement des unités d'enseignements, l'étude des besoins en dispositifs scolaires adaptés (CLIS, ULIS) et la création d'unités d'enseignements en milieu scolaire ordinaire.

Pour les adultes handicapés, l'offre se développe sur le territoire en complémentarité entre le champ sanitaire et le médico-social notamment sur la prise en charge du handicap psychique. Ainsi les places de MAS créées ces dernières années pour accompagner les personnes handicapées psychiques, ont été mises en place en étroite collaboration avec des établissements de santé. Tel est encore le cas pour la création prochaine d'un FAM pour handicapés psychiques dont le projet est monté en partenariat avec le secteur sanitaire.



Il convient de noter également l'existence à Créteil d'une maison d'accueil temporaire pour personnes handicapées de 6 à 60 ans. Cette structure expérimentale et innovante permet d'offrir aux familles confrontées au handicap une offre de répit pour 12 enfants et adultes dans la limite de 90 jours par an.

Les points faibles

Le coût élevé du foncier peut être considéré comme un frein au développement de l'offre sur certaines zones du territoire.

De même, le **problème d'accessibilité** de certaines communes par les transports, par exemple le plateau Briard, est un problème à prendre en considération tant pour la répartition territoriale de l'offre que pour le recrutement de certains personnels soignants qualifiés, infirmiers et psychiatres, ou socio-éducatifs notamment les AMP.

Cette problématique des transports en communs constitue un frein au déploiement de l'offre de proximité notamment pour les services et les modalités d'accompagnement en accueil de jour ou en accueil temporaire, mais aussi pour l'accès en ESAT des travailleurs handicapés.

Concernant les enfants handicapés, un groupe de 62 enfants et adolescents a été identifié lors de l'enquête conduite par **le CREAHI sur les enfants dits « sans solution »** (non scolarisés ou à temps très partiel) et vivant en permanence au domicile de leurs parents. Il s'agit majoritairement de garçons, âgés de 12 ans et plus, atteints de troubles envahissant du développement avec des déficiences intellectuelles associées ainsi que d'adolescents souffrant de troubles du comportement et de la conduite, non inclus dans une pathologie psychiatrique.

Au-delà du taux d'équipement stricto sensu, des problématiques de **ruptures de parcours de prises en charge**, ou de difficultés d'accès aux prises en charges médico-sociales adaptées sont à déplorer. Ainsi, deux tranches d'âge sont plus particulièrement identifiées : les très jeunes enfants ainsi que les adolescents et jeunes adultes.

Dans le premier cas, la question du dépistage précoce et de l'adaptation des modalités d'accompagnement dès le plus jeune âge se pose en lien avec l'étude des besoins de création de places « petite enfance », y compris en milieu ordinaire. Dans le second, la tranche d'âge des adolescents et jeunes adultes correspond à un moment sensible dans les prises en charges. En effet, des enfants antérieurement pris en charge dans le sanitaire (notamment hôpital de jour de psychiatrie jusqu'à 12 ans) ou dans des classes adaptées en milieu scolaire, ont besoin d'une structure médico-sociale adaptée. Cette problématique de parcours se rencontre plus particulièrement pour les jeunes atteints de troubles envahissants du développement. En outre et



quelques soient les déficiences, il s'agit d'un âge où la formation et l'insertion professionnelle nécessitent des orientations qui permettent d'accompagner le jeune dans un parcours adapté à ses souhaits et à ses capacités.

Tous ces facteurs engendrent un besoin accru de coordination, des prises en charges individualisées complexes et multiples afin que les situations ne se radicalisent pas.

2.2.7.3.3 Les personnes en difficultés spécifiques

L'offre départementale en addictologie :

Le dispositif de prise en charge en addictologie dans le Val de Marne se compose de :

- 2 CAARUD (centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) ;
- 9 CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) 3 « généralistes », 3 « spécialisés alcool » et 3 « drogues illicites » en ambulatoire et pour certains aussi en résidentiel (avec 8 places en appartements thérapeutiques et 10 places en centre thérapeutique résidentiel) ;
- 3 Consultations Jeunes Consommateurs.

L'offre en réduction des risques est complétée par 30 sites d'implantation d'automates distributeurs échangeurs de seringues.

- L'offre en CSAPA

Dpt	Population	Nombre de CSAPA	Nombre d'antennes	File Active départementale
94	1 326 676	9	3	5 450



Population / Nombre de CSAPA	Population / Nombre de CSAPA + antennes	File Active départementale en % de la population du département
147 408	110 556	0,41%

CSAPA à gestion associative	CSAPA à gestion hospitalière	CSAPA pénitentiaire
4	4	1

- L'offre en consultations jeunes consommateurs

	Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs rattachées à des CSAPA	Population âgés de 15 à 24 ans / Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs	Pourcentage des 15 à 24 ans dans la population du département
Val de Marne	3	58.511	13.1%
Ile de France	40	39.277	13.3%

- L'offre en réduction des risques

CAARUD

	Nombre de CAARUD	Population âgés de 20 à 49 ans / Nombre de CAARUD
Val de Marne	2	289 827
Ile de France	21	246 655
France	141	181 062



Programmes d'échanges de seringues :

Ventes de Steribox dans le Val de Marne, en Ile-de-France et en France en 2009 pour 100 habitants de 20 à 39 ans (sources Siamois/INVS, Insee, OFDT)

Val de Marne	Ile de France	France
7.0	9.0	14.6

Nombre de site d'implantations des automates et de distributeurs de seringues dans le Val de Marne et en Ile-de-France, en 2011 (source Association SAFE)

	Nombres de sites d'implantation	% des installations régionales
Val de Marne	30	23.8%
Ile-de-France	126	100%

L'offre médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

La prise en charge des personnes malades en situation de fragilité sociale et/ou psychologique, sans domicile mais dont la pathologie ou l'état de santé nécessite des prestations coordonnées et adaptées de soins, un suivi médical et un accompagnement social est mise en œuvre au travers deux dispositifs les ACT (60 places) et les LHSS (20 lits).

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES au 01 06 2012	TAUX D'EQUIPEMENT 94 / total IDF
ACT	60	8.4%
LHSS	20	5.2%
LAM	0	0%



2.2.7.4 Les priorités et les perspectives à 5 ans

2.2.7.4.1 *LES PERSONNES AGEES*

La restructuration de l'offre

Sur le champ des personnes âgées, une réflexion est menée en lien avec le Conseil Général pour développer la médicalisation de plusieurs EHPA et garantir une prise en charge de qualité pour une population vieillissante dont le besoin en soin est en constante augmentation. Cette médicalisation devra permettre de faire face à des situations de dépendance physique et psychique de plus en plus fréquentes.

Il conviendra également, notamment dans le cadre du renouvellement des conventions tripartites, d'accompagner la réorientation de l'utilisation des places d'hébergement temporaire encore trop souvent détournées de leur objectif premier qui est d'assurer un séjour de courte durée (pour hospitalisation du conjoint ou pour préparation du retour à domicile après une sortie d'hôpital).

Le développement de l'offre

Pour permettre une meilleure répartition de l'offre en faveur des personnes âgées sur le territoire et développer une offre de proximité mieux adaptée, il conviendra, de créer de nouvelles places d'EHPAD pour couvrir l'ensemble du territoire et atteindre le taux d'équipement régional en veillant à développer au sein de chaque nouvelle structure des modalités de prises en charge suffisamment diversifiées pour accompagner autant que faire se peut le maintien à domicile (accueil de jour, hébergement temporaire, PASA en EHPAD, UHR en USLD ...). Dans ce même objectif, il y aura lieu de dynamiser l'offre à domicile pour répondre à des besoins nouveaux, comme par exemple la création de places de SSIAD de nuit. Par ailleurs il faudra poursuivre le développement des prises en charge spécialisées à domicile par la mise en place sur l'ensemble du territoire d'équipes spécialisées Alzheimer. Il apparaît également indispensable de prévoir dans le cadre des prochains appels à projet le développement d'une offre spécialisée pour la prise en charge des malades Alzheimer jeunes.



Les mesures plus spécifiques à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ayant des troubles du comportement accueillies en établissement devront être développées avec la création et la labellisation de structures telles que les pôles d'activité et de soins adaptés.

Malgré les actions qui ont pu être développées, la question de la transversalité des prises en charge des personnes âgées est un défi majeur pour le département et reste une orientation inscrite clairement dans le schéma départemental en faveur des personnes âgées.

Outre les objectifs de transversalité tels que définis dans le schéma régional, la délégation territoriale entend s'appuyer sur les trois filières gériatriques labellisées dans le département, dont une évaluation devra être réalisée. Ce travail de partenariat entre les différents acteurs permettra d'assurer une meilleure articulation des différents dispositifs (équipes mobiles gériatriques, réseaux, SSIAD, HAD, MAIA, CLIC et services d'aide à domicile)

Les innovations et les expérimentations

Une expérimentation portant sur la présence d'infirmière de nuit en EHPAD se déroulera dès septembre 2012 pour une durée de 3 ans. Il s'agit d'améliorer la prise en charge en soins des personnes âgées en EHPAD en évitant le recours aux urgences alors que cette hospitalisation peut être évitée, et par ailleurs améliorer le suivi des retours d'hospitalisation des résidents. Afin d'assurer une permanence 7 jours sur 7 dans trois EHPAD (les Pastoureaux à Valentigney, Verdi à Mandres les Roses, et Saint Pierre à Villecresnes) un poste d'infirmière mobile de nuit, soit trois ETP sera créé et financé par l'Agence Régionale de Santé. Ces trois structures appartiennent à une même filière gériatrique portée par le Centre Hospitalier intercommunal de Villeneuve St Georges et l'hôpital Emile Roux localisé à Limeil-Brévannes.

Par ailleurs, le département est engagé dans l'accompagnement d'une expérimentation des transports sanitaires en EHPAD sur 3 ans.

Afin de maîtriser les dépenses de transport qui augmentent plus rapidement que la majorité des autres dépenses de ville, et qui sont à corréluer notamment au vieillissement de la population et au développement de l'hospitalisation de jour et pour ce faire, favoriser le développement d'une offre de transport en VSL insuffisante dans le département, l'Agence Régionale de Santé souhaite accompagner en 2012 et sur trois ans, une expérimentation sur les transports. Cette action innovante sera menée en lien avec les EHPAD du Grand Age Alfortville, de la Maison intercommunale de Fontenay-sous-Bois, et la Fondation Favier à Bry-sur-Marne. Le principe consiste à doter chacun des EHPAD d'une enveloppe de soins de ville, à charge pour eux d'organiser les transports de leurs résidents.

Afin de répondre aux besoins en soins identifiés au sein de structures pas ou peu médicalisées, la mise en place de pôles médicalisés soit auprès de certains gestionnaires, soit adossés à des structures établies dans un périmètre géographique déterminé, devra être étudiée. Ces services



innovants permettraient de répondre aux besoins ponctuels en soins de certains résidents, mais aussi de sécuriser la distribution de médicaments au sein de ces structures.

2.2.7.4.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

La restructuration de l'offre

Concernant les établissements et services à destination des enfants handicapés, l'objectif est **d'accompagner la restructuration des établissements et services existants** afin de répondre aux besoins et problématiques identifiées.

Le département porte un projet particulier de restructuration d'un SESSAD pour déficiences motrices, qui s'accompagne de la création en regard d'un IEM (Institut d'Education Motrice) de 20 places pour des enfants et adolescents âgés de 6 à 14 ans. Ce projet permettra d'améliorer l'offre en établissement sur le champ du handicap moteur tout en redimensionnant le service existant (passage de 90 places à 70 places) afin que les prises en charges réalisées soient conformes aux missions d'un service.

La réponse aux problématiques, identifiée en terme **d'insertion professionnelle** doit se traduire par un accompagnement en SESSAD ou en établissement, permettant de mieux intégrer la dimension de la formation et de l'insertion professionnelle. A ce titre la délégation territoriale impulsera une dynamique visant à mieux accompagner les jeunes handicapés déscolarisés, mais aussi à développer les missions d'insertion professionnelle en milieu ordinaire. Cette approche menée, pour les grands adolescents et les jeunes adultes, dans une logique de continuité des prises en charges et de parcours de pré professionnalisation pourra conduire à la révision de certains agréments.

Enfin, sur l'enfance, la restructuration de l'offre s'entend également en terme qualitatif. Le département du Val-de-Marne souhaite poursuivre les actions **d'identification et d'accompagnement des projets d'investissements, rénovations et restructurations des établissements**. Ces restructurations immobilières paraissent absolument indispensables au maintien de la qualité des prises en charges.

Pour les adultes, l'offre doit être restructurée pour prendre en compte **la question du vieillissement des personnes handicapées, de l'aggravation des pathologies et des**



troubles psychiques. En conséquence, un travail sur la médicalisation d'une partie des places de foyers de vie et d'hébergement est en cours, en collaboration avec le Conseil Général du Val-de-Marne. Après évaluation conjointe des besoins en soins, une partie des places de foyers de vie ou d'hébergement sera ainsi médicalisée (environ 100 places).

En parallèle, une étude de population sera menée en partenariat avec le conseil général dans les établissements accueillant des personnes lourdement handicapées (FAM/MAS) pour s'assurer de l'adaptation de l'accompagnement aux besoins spécifiques des publics accueillis (identification des problématiques d'accès aux soins, adaptation des prises en charge médicales et paramédicales).

Le développement de l'offre

Concernant **les enfants**, afin d'apporter une réponse aux besoins identifiés dans le domaine des troubles envahissants du développement l'offre sera développée par le biais de créations de sections spécialisées autisme au sein de structures existantes, et la création de places de SESSAD.

Pour les adultes, afin de favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées, il est nécessaire de développer l'offre de places en SAMSAH et en SSIAD. Il est d'ores et déjà prévu la création de 2 SAMSAH pour un total de 50 places.

Il conviendra, en lien avec le Conseil Général et la MDPH d'identifier précisément les besoins afin de **répondre prioritairement aux besoins non couverts** comme par exemple les personnes **cérébro-lésées** pour lesquelles aucune offre n'existe actuellement sur le département.

Par ailleurs, l'étude conduite par le **CREAHI** à la demande de l'ARS, fait état, sur le département, de 36 personnes placées dans un établissement en Belgique avec financement assurance maladie. 28 sont âgées de plus de 20 ans et 16 présentent une pathologie « autisme ».

Il a été programmé la création d'un FAM de 40 places accueillant des personnes lourdement handicapées.

Enfin afin de répondre au vieillissement de personnes handicapées, la création d'un FAM de 30 places sera étudiée avec le Conseil Général.



Les innovations et les expérimentations

Afin de répondre au besoin en soins identifiés au sein de structures pas ou peu médicalisées, la mise en place de **pôles médicalisés** soit auprès de certains gestionnaires, soit adossés à des structures établies dans un périmètre géographique déterminé devra être étudiée. Ces services innovants permettraient de répondre aux besoins ponctuels en soins de certains résidents, mais aussi de sécuriser la distribution de médicaments au sein de ces structures.

La MDPH du Val-de-Marne en lien avec le Conseil Général et l'Agence Régionale de Santé a mis en place au cours du premier semestre 2012 **un observatoire des besoins** qui permettra d'identifier plus précisément les besoins non couverts et les axes prioritaires de développement de l'offre médico-sociale sur la durée du schéma.

Enfin, la délégation territoriale s'appuiera sur **l'étude relative aux enfants dits « sans solution » et à son évolution au regard des actions de développement de l'offre, pour créer un dispositif expérimental** permettant de répondre à l'absence de prise en charge institutionnelle notamment pour les jeunes de 12 ans et plus atteints de troubles envahissants du développement avec des déficiences associées, ou de troubles du comportement et de la conduite non inclus dans des pathologies psychiatriques.

Parallèlement une étude sera menée avec les acteurs locaux pour mieux appréhender les besoins des personnes handicapées vieillissantes sur les 5 à 10 prochaines années en veillant à diversifier les modalités d'accompagnement (hébergement, services, accueil temporaire, accueil de jour, accueil d'urgence).

Les perspectives à l'horizon 2017

Le sous équipement départemental, concernant la prise en charge des déficiences motrices motivera à terme la création d'un Institut d'Education Motrice.

Ce nouvel établissement développera des partenariats avec l'offre existante afin de s'insérer dans le département.

Le **développement du dépistage précoce et de la prise en charge des très jeunes enfants**, quelque soit le type de handicaps, reste une préoccupation de la délégation territoriale.



Les besoins de création de places « petite enfance », y compris en milieu ordinaire, seront étudiés avec les partenaires locaux. Ces places relèvent davantage de modalités de prise en charge de type SESSAD ou jardins d'enfants, en partenariat avec les CAMSP existants.

2.2.7.4.3 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

La restructuration de l'offre

Au titre de la restructuration de l'offre, les objectifs concernent :

- L'amélioration de l'accès aux dispositifs de prévention, de prise en charge et de soins pour toutes les personnes ayant des conduites addictives ainsi que leur entourage ;
- L'amélioration de la qualité des prestations, en développant une approche de proximité, diversifiée, globale, pluridisciplinaire, graduée et cohérente c'est-à-dire articulée avec les autres secteurs concernés (médecine de ville, sanitaire, médico-social, social) ;
- La structuration et le renforcement du dispositif ACT.

Le développement de l'offre

Au titre du développement de l'offre, les objectifs portent notamment sur :

- Le développement du dispositif Consultations Jeunes Consommateurs ;
- Le développement de la politique de réduction des risques et des dommages (dispositif CAARUD) ;
- L'amélioration de la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire, et notamment s'assurer de la continuité des soins à l'arrivée, en détention, dans le cadre des transferts et à la sortie du milieu carcéral ;
- Le renforcement du soin résidentiel.

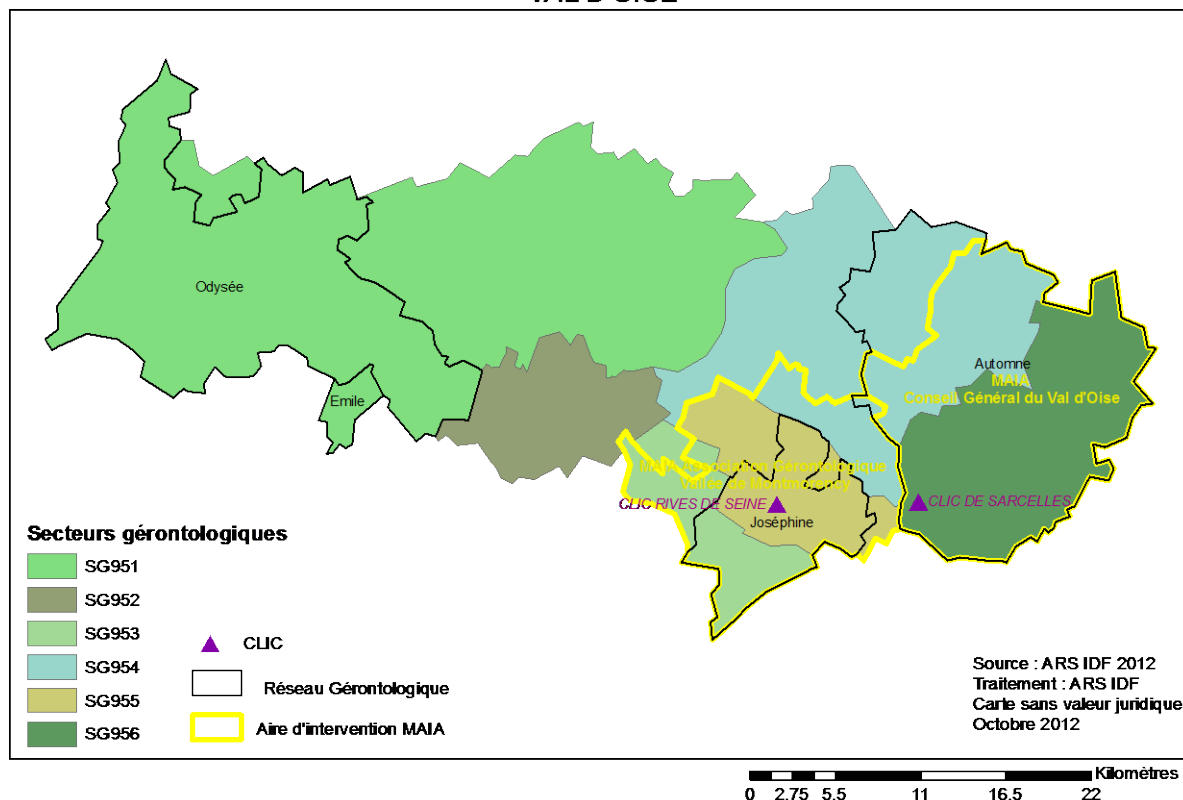
2.2.8 Val-d'Oise

2.2.8.1 Eléments cartographiques

2.2.8.1.1 LES PERSONNES AGEES

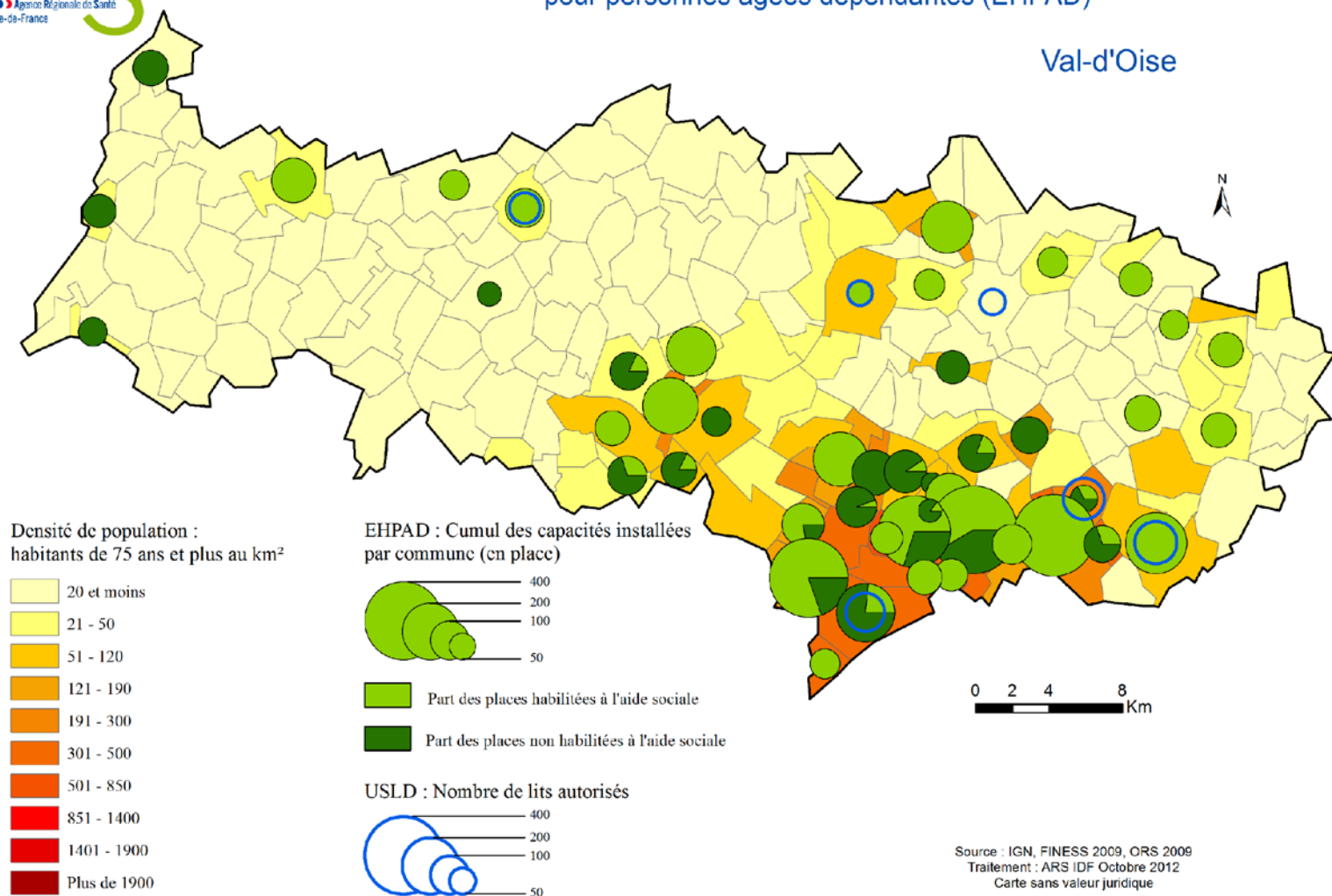
Coordination gérontologique et dispositif d'intégration MAIA

VAL D'OISE



Hebergement en unité de soins longue durée (USLD) et en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Val-d'Oise

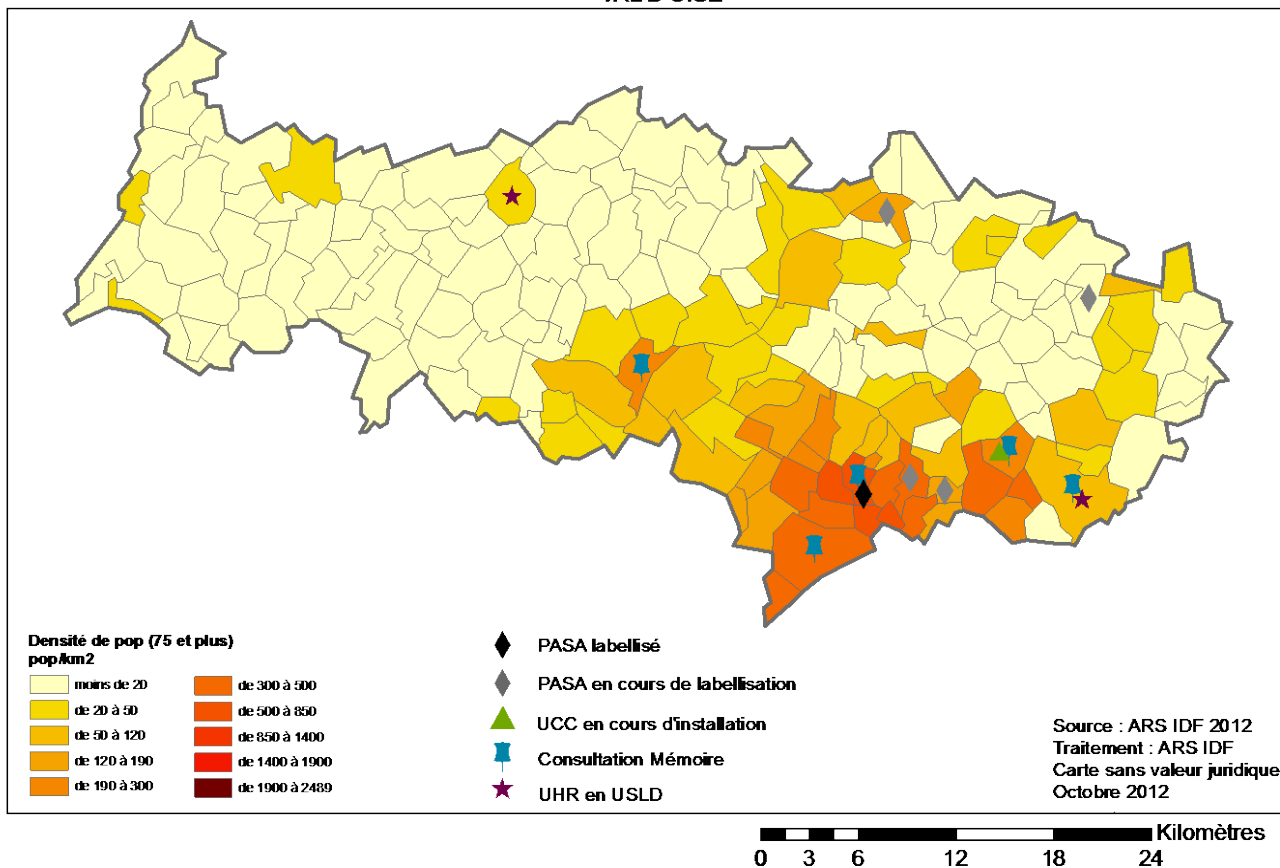


Source : IGN, FINSS 2009, ORS 2009
Traitement : ARS IDF Octobre 2012
Carte sans valeur juridique



Dispositifs pour malades Alzheimer en établissement :

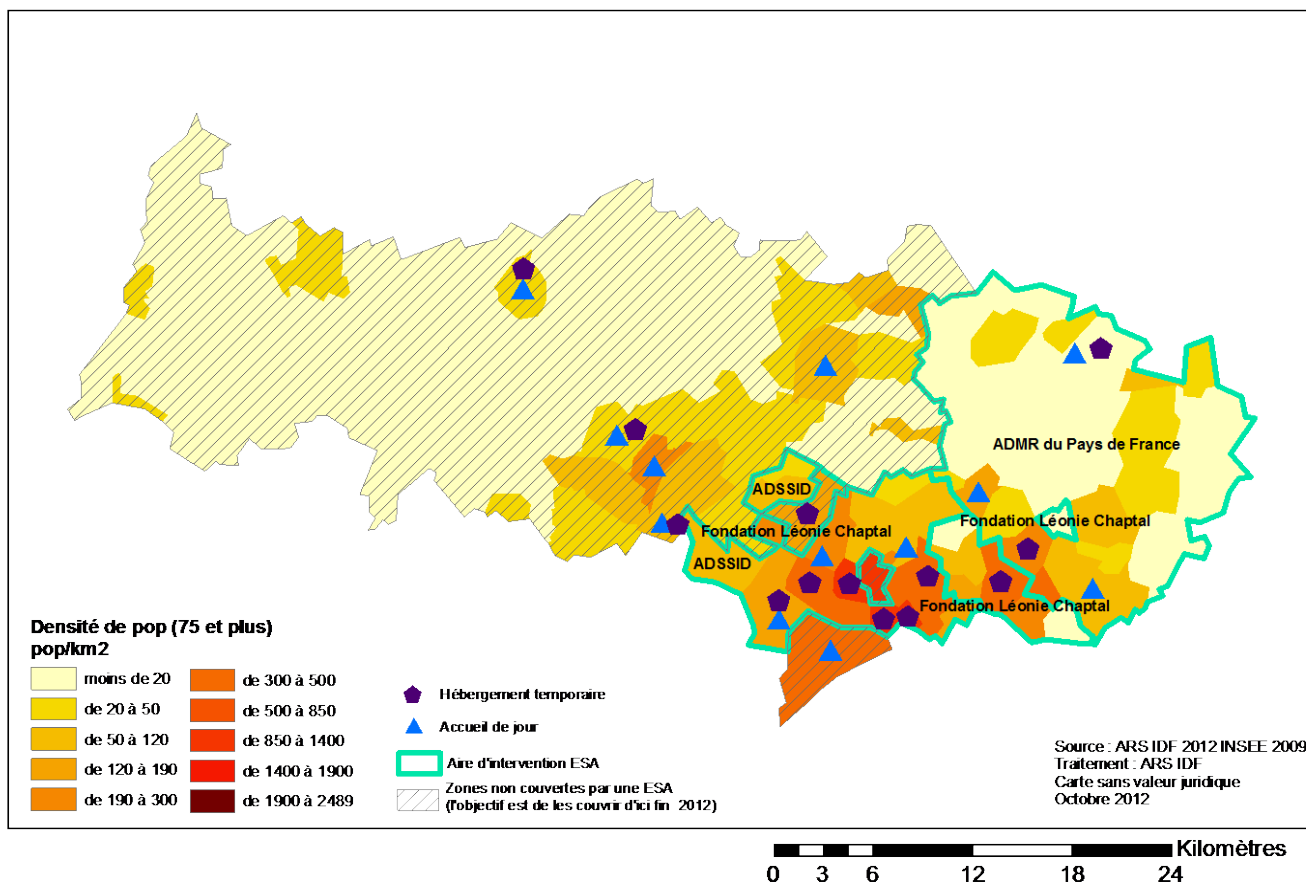
VAL D'OISE





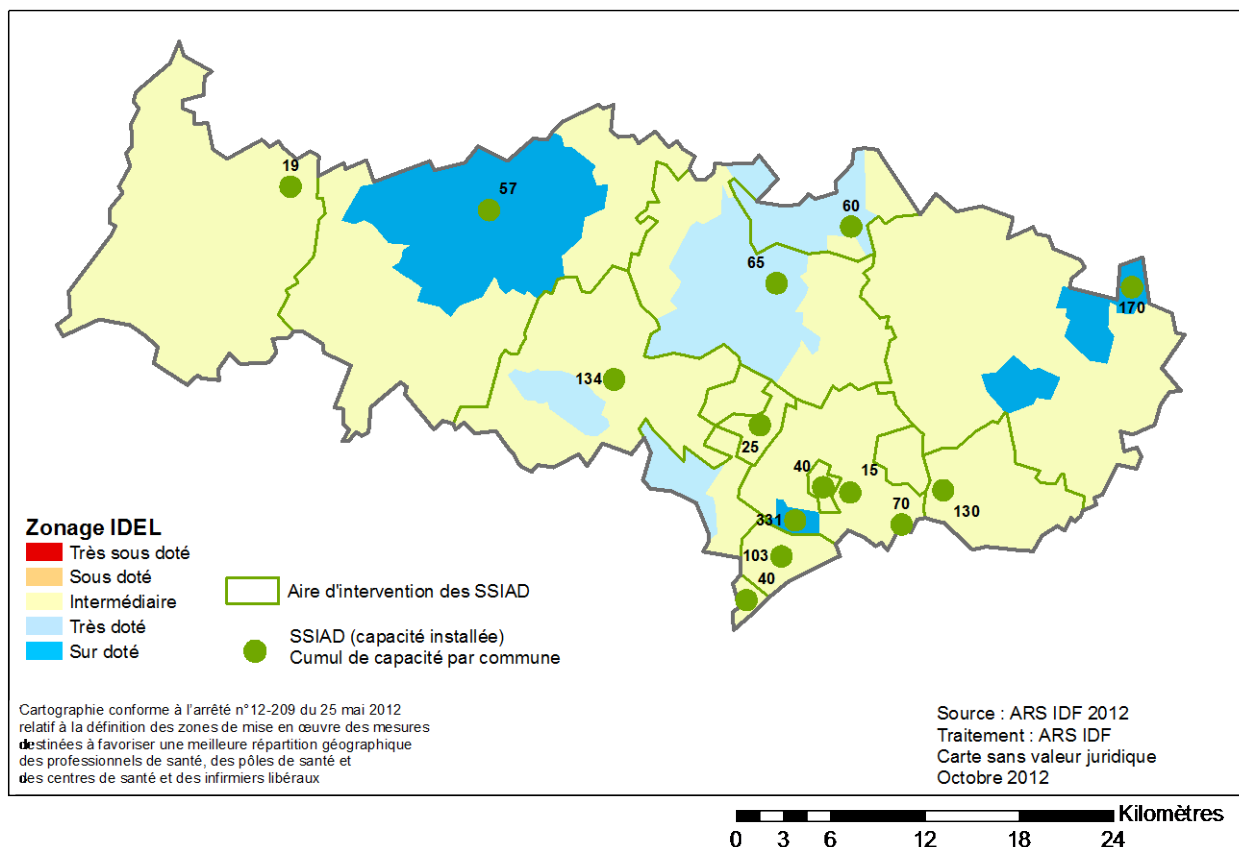
Dispositif facilitant la vie à domicile des malades d'Alzheimer

VAL D'OISE





Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour personnes âgées VAL D'OISE



2.2.8.1.2 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Le dispositif de prise en charge des addictions en 2012 dans le Val-d'Oise

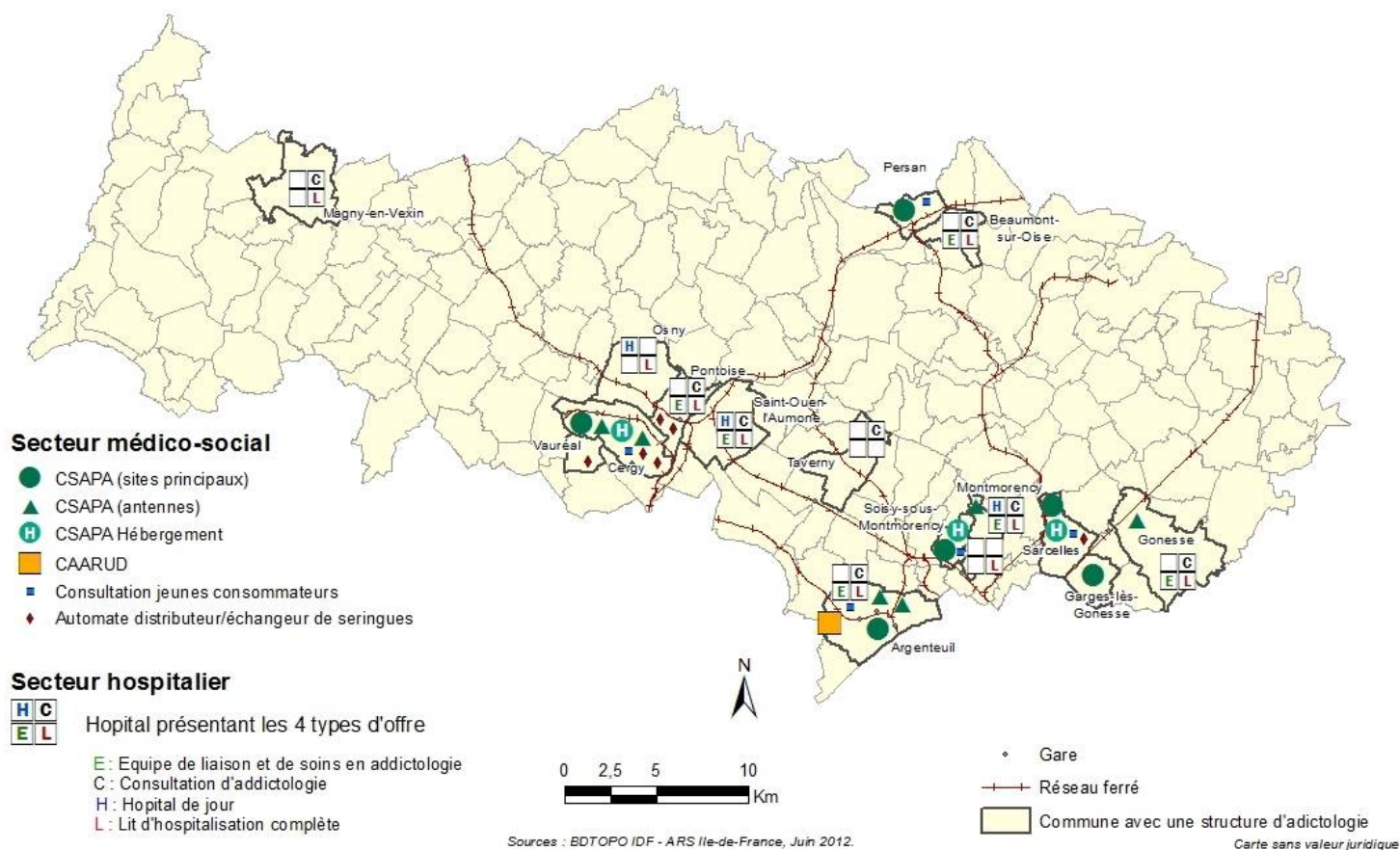


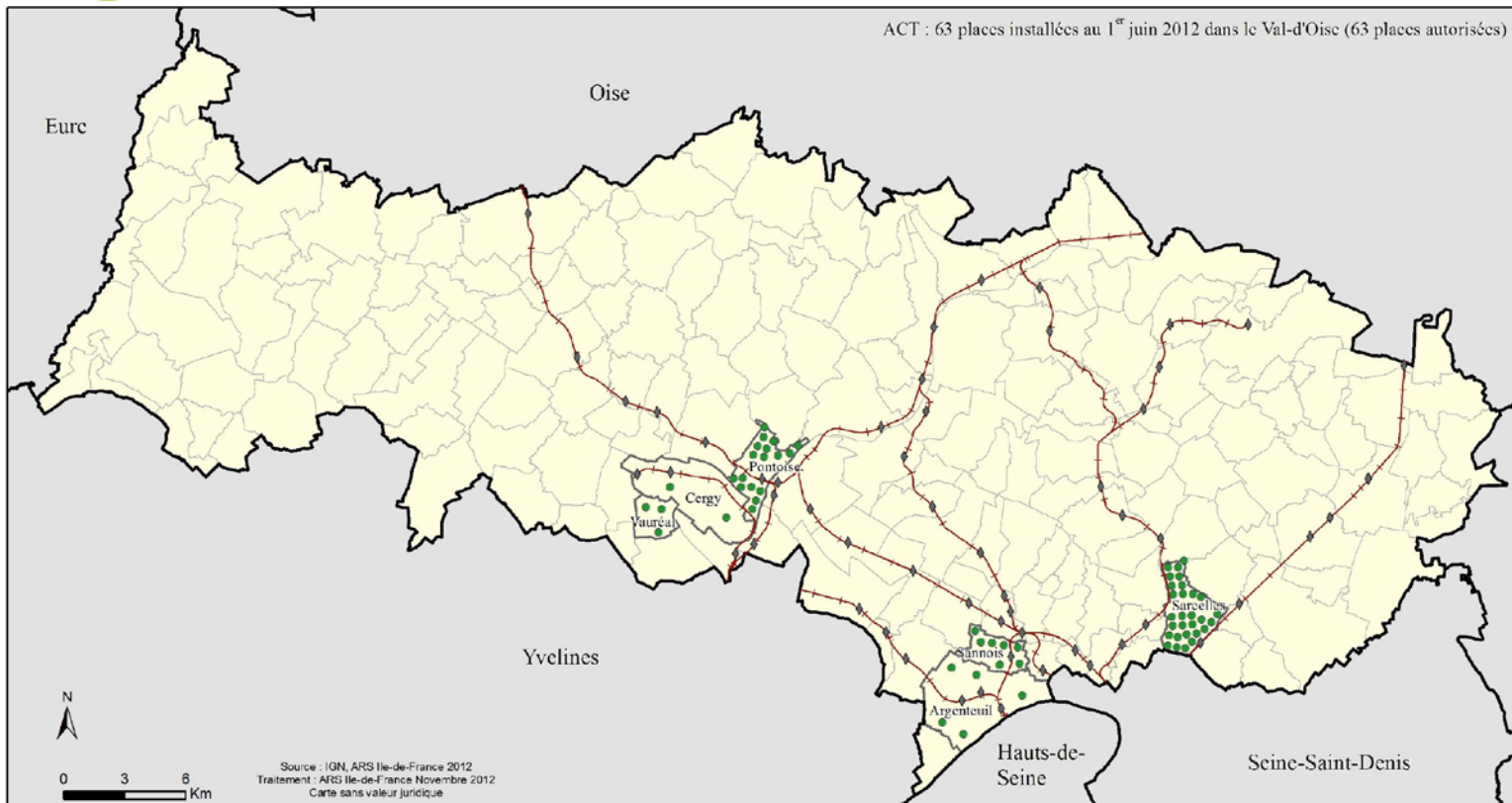


Schéma d'organisation médico-sociale



Accompagnement médico-social et hébergement des personnes malades ayant des besoins spécifiques dans le Val-d'Oise

ACT : 63 places installées au 1^{er} juin 2012 dans le Val-d'Oise (63 places autorisées)



Source : IGN, ARS Ile-de-France 2012
 Traitement : ARS Ile-de-France Novembre 2012
 Carte sans valeur juridique

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

- ACT : 1 point = 1 place installée
 (Points placés aléatoirement au sein de la commune)

- ◆ Gare
- +— voie ferrée
- Départements limitrophes
- Commune avec au moins une structure
- Limites communales



2.2.8.2 Les aspects sociaux et démographiques du département

Le Val d'Oise est un département jeune, appelé à se développer, tout particulièrement autour des 2 pôles de Cergy et de Roissy.

Le nombre de personnes handicapées suivra cette évolution selon les taux de prévalence.

On note toutefois des spécificités liées aux origines géographiques des populations, notamment dans l'est du département.

Les personnes âgées dans le Val-d'Oise

Chiffres-clés

	Source de la donnée	Val-d'Oise	Ile-de-France
Nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en 2010	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	65 851	763 678
Part des 75 ans et plus dans la population générale	INSEE, RP2009, exploitation principale	5,5 %	6 %
Projection : évolutions démographiques de 2010 à 2020			
- des 75 ans et plus	Direction régionale INSEE IDF - mars 2011	+ 19 %	+ 14 %
- des 85 ans et plus		+ 53 %	+ 41 %
- des personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus (2007 à 2020)		+ 42 %	+ 32 %



2.2.8.3 Le diagnostic

2.2.8.3.1 LES PERSONNES AGEES

L'offre médico-sociale départementale

Capacités au 31 décembre 2010 et taux d'équipement par dispositifs calculés sur la population des plus de 75 ans en 2010 (65 851)

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES	TAUX D'EQUIPEMENT 95	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
EHPAD (hébergement complet)	6 300	96 ‰	77 ‰
Accueil de jour / Hébergement temporaire	200	3 ‰	3 ‰
SSIAD	1 100	17 ‰	21 ‰

Sources : FINESS/BREX et Direction régionale de l'INSEE IDF

Les points forts et points faibles du département

Les points forts

Le département a un taux d'équipement en EHPAD supérieur à la moyenne régionale.

Les points faibles

Bien que le département bénéficie d'un taux supérieur à la moyenne régionale il y a une disparité infra départementale des taux d'équipements en EHPAD qui rendent nécessaire un rééquilibrage.

Le taux d'équipement en Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) du département est inférieur à la moyenne régionale (17,4 contre 20,4 en Ile de France) et il y a également des disparités entre les territoires infra-départementaux. De même le taux d'équipement en accueils



de jour et en hébergement temporaire est inférieur à la moyenne régionale (3,17 contre 3,32 en Ile de France).

Il est constaté que les secteurs ambulatoires, médico-sociaux et sanitaires sont encore cloisonnés, cependant plusieurs acteurs œuvrent pour la coordination. La couverture du territoire par les réseaux gérontologiques est incomplète notamment sur l'ouest du département.

2.2.8.3.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

Enfants handicapés

Taux d'équipement par déficiences hors CMPP et CAMSP

calculé sur la population des enfants de 0 à 19 ans de 336 283 personnes

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 31/12/2010	TAUX D'EQUIPEMENT 95	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	880	2,62	3,30
Autisme/TED/Déf communication	106	0,32	0,44
Troubles du caractère et comportement	374	1,11	0,72
Déficiences motrices	210	0,62	0,83
Polyhandicapés	229	0,68	0,63
Troubles spécifiques du langage		0,00	0,05
Déficiences visuelles	80	0,24	0,33
Déficiences auditives	235	0,70	0,63
Toutes déficiences (<i>Epilepsie, VIH, VHC</i>)	83	0,25	0,10
TOTAL	2197	6,53	7,04

Alors que 11,10% des 0-19 ans franciliens résident dans le Val d'Oise, le département ne bénéficie que de 10,30 % de l'offre médico-sociale régionale enfants



Globalement le taux d'équipement est inférieur au taux d'équipement régional. L'examen par déficience met en évidence le faible taux concernant la déficience intellectuelle, l'autisme et la déficience motrice.

Adultes handicapés

Taux d'équipement par déficiences hors foyers et services gérés par le Conseil Général
calculé sur la population des adultes de 20 à 59 ans de 648 893 personnes

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 01/01/2011	TAUX D'EQUIPEMENT 95	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	80	0,12	0,19
Autisme	25	0,04	0,10
Déficience psychique	127	0,20	0,19
Déficiences motrices	35	0,05	0,16
Polyhandicapés	68	0,10	0,30
Déficience sensorielle		0,00	0,08
Toutes déficiences	2335	3,60	3,04
Cérébro-lésés	90	0,14	0,06
PHV		0,00	0,01
TOTAL	2760	4,25	4,13

Le Val d'Oise accueille 10,31 % des 20-59 ans franciliens et bénéficie de 10,31% de l'offre médico-sociale régionale adulte

Le taux d'équipement (structures financées par l'assurance maladie et les ESAT) est légèrement supérieur au taux régional; .on remarque cependant les taux faibles en matière de prise en charge de l'autisme et du polyhandicap.



Les points forts et points faibles du département

Points forts

Le Val d'Oise est globalement bien équipé en structures pour adultes handicapés, même si son taux d'équipement reste inférieur à la moyenne nationale.

Points faibles

Le Val d'Oise est globalement sous équipé en structures pour enfants handicapés.

Une étude réalisée par le CEDIAS-CREAHl à la demande de l'ARS sur les enfants dits « sans solution » fait état d'un chiffre de 232 enfants sans solution de prise en charge adaptée à leurs besoins, (113 de ces enfants sont scolarisés moins d'un mi-temps) La tranche d'âge majoritairement représentée est celle des 6-11 ans révolus. (135 enfants) Enfin 108 jeunes soit + de 45% de la population considérée souffre d'autisme ou de troubles envahissants du développement et 41 jeunes de déficience intellectuelle isolée. Notons que le département du Val d'Oise est celui où le nombre d'enfants dit sans solution est le plus élevé de la région.

De même une seconde étude sur les enfants handicapés et les adultes accueillis en Belgique identifie 24 enfants placés dans un établissement belge avec financement sécurité sociale dont 14 ont une pathologie « autisme ».

Enfin, des premiers éléments recueillis à partir de ES 2010 données brutes, permettent de constater que le Val d'Oise reçoit sur son département 86% de la population ciblée mais 14% sont orientés vers d'autres départements d'IDF notamment pour les orientations en IME.

S'agissant des SESSAD, 12% de la population résidant sur le département sont pris en charge dans un autre département.

Beaucoup d'associations du Val d'Oise ne gèrent qu'une ou deux structures et rencontrent, de ce fait, des difficultés pour gérer des établissements et services soumis à une réglementation de plus en plus complexe.

2.2.8.3.3 Les personnes en difficultés spécifiques

L'offre départementale en addictologie :

Le dispositif de prise en charge en addictologie dans le Val d'Oise se compose de :

- 1 CAARUD (centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) ;



Schéma d'organisation médico-sociale

- 6 CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) 2 « généralistes », 2 « spécialisés alcool » et 2 « drogues illicites » en ambulatoire et pour certains aussi en résidentiel (avec 9 places en appartements thérapeutiques) ;
- 5 Consultations Jeunes Consommateurs.

L'offre en réduction des risques est complétée par 6 sites d'implantation d'automates distributeurs échangeurs de seringues.

- L'offre en CSAPA

Dpt	Population	Nombre de CSAPA	Nombre d'antennes	File Active départementale
95	1 173 708	6	6	3 400

Population / Nombre de CSAPA	Population / Nombre de CSAPA + antennes	File Active départementale en % de la population du département
195 618	97 809	0,29%

CSAPA à gestion associative	CSAPA à gestion hospitalière	CSAPA pénitentiaire
4	2	0

- L'offre en consultations jeunes consommateurs

	Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs rattachées à un CSAPA	Population âgés de 15 à 24 ans / Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs	Pourcentage des 15 à 24 ans dans la population du département
Val d'Oise	5	33 153	14.1%
Ile de France	40	39.277	13.3%

- L'offre en réduction des risques

CAARUD

	Nombre de CAARUD	Population âgés de 20 à 49 ans / Nombre de CAARUD
Val d'Oise	1	495 740
Ile de France	21	246 655
France	141	181 062

Programmes d'échanges de seringues : Ventes de Steribox dans le Val d'Oise, en Ile-de-France et en France en 2009 pour 100 habitants de 20 à 39 ans (sources Siamois/INVS, Insee, OFDT)

Val d'Oise	Ile de France	France
7.1	9.0	14.6

Nombre de site d'implantations des automates et de distributeurs de seringues dans le Val d'Oise et en Ile-de-France, en 2011 (source Association SAFE)

	Nombres de sites d'implantation	% des installations régionales
Val d'Oise	6	4.8%
Ile-de-France	126	100%



L'offre médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

La prise en charge des personnes malades en situation de fragilité sociale et/ou psychologique, sans domicile mais dont la pathologie ou l'état de santé nécessite des prestations coordonnées et adaptées de soins, un suivi médical et un accompagnement social est mise en œuvre au travers du dispositif ACT (63 places).

DISPOSITIFS	PLACES AUTORISEES au 01 06 2012	TAUX D'EQUIPEMENT 95 / total IDF
ACT	63	8.8%
LHSS	0	0%
LAM	0	0%

2.2.8.4 Les priorités et les perspectives à 5 ans

2.2.8.4.1 LES PERSONNES AGEES

Les établissements du département présentent des problématiques spécifiques notamment, un taux de vétusté important, qui affecte les secteurs public (EHPAD et USLD des CH, et les maisons de retraites publiques) et associatif et crée des besoins en investissements.

S'y ajoutent des tensions budgétaires pour les USLD du fait de l'impact majeur de la convergence sur ces structures, et les restructurations lourdes à prévoir que les hôpitaux gestionnaires vont avoir des difficultés à supporter.

La restructuration de l'offre

Il conviendra de porter une vigilance particulière sur les établissements n'ayant pas exécuté les mises aux normes qu'ils s'étaient engagés à faire. S'agissant des EHPAD n'ayant pas atteint la capacité optimale il pourra être envisagé de redéployer des places dans un souci d'efficacité des dépenses.



Le développement de l'offre

Il est proposé de développer l'offre de SSIAD existant dans le département dans le cadre d'un appel à projets. Il conviendra de créer des places nouvelles de SSIAD dans les territoires sous-dotés (Vallée de Montmorency et Sud de la Plaine de France...), en tenant compte des contraintes du PRIAC. Par ailleurs, il conviendra également de créer des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire dans les territoires infra-départementaux sous dotés.

Afin de structurer l'offre il est proposé de créer un noyau dur des différentes institutions concernées au niveau départemental, celles-ci se donneront pour objectif de conforter le rôle prépondérant des acteurs locaux existants et de les aider à dépasser les clivages institutionnels et à organiser des complémentarités (CLIC, Réseaux, MAIA, ...).

Les innovations et les expérimentations

Il est prévu de faire le bilan du fonctionnement de l'unité pour personnes handicapées vieillissantes de l'EHPAD Le Clos de l'Oseraie à Osny, pour étudier l'opportunité de démultiplier cette offre de soins sur 2 ou 3 autres sites.

2.2.8.4.2 LES PERSONNES HANDICAPEES

La restructuration de l'offre

3 priorités ressortent de ce diagnostic :

- Approfondir les résultats de l'enquête CREA sur les enfants sans solutions de prise en charge adéquate, et ceux provenant de ES 2010 pour identifier les places d'IME et de SESSAD nécessaires par zones.
- Conduire une étude sur l'ensemble des IME pour procéder aux restructurations nécessaires en fonction des modalités de fonctionnement et des besoins de la population accueillie.
- Poursuivre la politique d'incitation au regroupement des très petites associations. Plusieurs transferts d'autorisation de gestion sont envisagés, à la demande de certaines associations.



Le développement de l'offre

Une programmation ambitieuse a fait l'objet d'une négociation avec le Conseil Général du Val d'Oise, afin de subvenir au mieux aux besoins de la population.

A ce titre l'effort portera en priorité sur le champ des enfants handicapés avec le développement de l'offre en ce qui concerne l'autisme (création d'un IME de 40 places et d'un SESSAD de 22 places)

Conformément aux orientations du SROMS, l'accent sera mis sur le renforcement de la prise en charge précoce en développant les capacités d'un CAMSP (50 places) et en créant un SESSAD destiné à fluidifier le parcours des jeunes enfants à la sortie du CAMSP (30 places).

Une attention particulière devra également porter sur la déficience intellectuelle puisqu'il existe une carence d'offre globale sur ce type de handicap et plus particulièrement sur le secteur de Cergy Pontoise.

Pour les personnes adultes handicapées, l'accent devra être mis sur les personnes handicapées vieillissantes, les personnes atteintes d'autisme et celles porteuses de déficience motrice. Ainsi seront médicalisés des foyers, notamment pour les personnes autistes et celles présentant une déficience motrice (médicalisation au total de 70 places). Un SSIAD sera créé pour personnes handicapées.

La prise en charge des adultes handicapés psychiques (notamment ceux qui sortent des structures sanitaires) est une priorité dans l'offre de soins. Pour cette catégorie de handicap, il faut prévoir le développement de SAMSAH et de GEM, opération qui ne peut se concevoir sans un travail de développement des logements. (Création d'un SAMSAH de 40 places pour personnes déficientes psychiques)

Les innovations et les expérimentations

Un appel à projets va être lancé pour inciter deux IME à faire évoluer leurs pratiques afin de mieux accueillir des enfants atteints d'autisme ou de TED (création d'unités autisme au sein d'IME existants).



2.2.8.4.3 LES PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

La restructuration de l'offre

Au titre de la restructuration de l'offre, les objectifs concernent :

- L'amélioration de l'accès aux dispositifs de prévention, de prise en charge et de soins pour toutes les personnes ayant des conduites addictives ainsi que leur entourage ;
- Déménagement de certains CSAPA sur des communes mieux desservies ou dans des locaux plus adaptés
- L'amélioration de la qualité des prestations, en développant une approche de proximité, diversifiée, globale, pluridisciplinaire, graduée et cohérente c'est-à-dire articulée avec les autres secteurs concernés (médecine de ville, sanitaire, médico-social, social).

Le développement de l'offre

Au titre du développement de l'offre, les objectifs portent notamment sur :

- Le développement de la politique de réduction des risques et des dommages ;
- L'amélioration de la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire, et notamment s'assurer de la continuité des soins à l'arrivée, en détention, dans le cadre des transferts et à la sortie du milieu carcéral ;
- L'augmentation de la capacité d'hébergement, notamment pour les personnes sortant de prison ;
- La création d'un dispositif LHSS (aucun lit dans le Val d'Oise à ce jour).
- La mise en place d'une réflexion sur l'évolution des ACT (ouverture à d'autres pathologies chroniques).



3 SUIVI ET EVALUATION

3.1 Rappel du cadre général

La loi HPST et le décret d'application de mai 2010 stipulent que le plan stratégique régional de santé doit prévoir « l'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé ». A ce titre, cette orientation fait l'objet d'un objectif spécifique au sein du PSRS Ile-de-France.

Pour répondre à ces exigences réglementaires, l'ARS Ile-de-France a décidé de mettre en place une organisation commune, et homogénéisée, via :

- la mise en place d'outils de pilotage (« fiches actions PRS », « tableaux de gestion » respectifs à chacune des directions),
- ainsi que l'instauration d'un groupe de travail *Evaluation du PRS* qui a en partie pour mission de recenser et partager l'ensemble des travaux et outils, pouvant concourir à la réalisation de l'évaluation du PRS.

A ce titre, les indicateurs définis dans le cadre de la déclinaison opérationnelle du schéma régional d'organisation médico-sociale participent au suivi et à l'évaluation transversale du PRS.

Rappel

Pour rappel, le suivi et l'évaluation du PRS sont deux activités distinctes qui n'ont ni les mêmes objectifs ni la même temporalité.

- Le suivi permet de réaliser un bilan régulier des réalisations au regard d'indicateurs de moyens et d'indicateurs de résultats. Il consiste donc à apprécier le degré de déploiement ou de réalisation des actions (objectifs opérationnels) éventuellement la consommation des financements définies dans les schémas et les programmes, ainsi qu'à décrire les écarts observés au regard des résultats attendus.

Dans ce cadre, le schéma régional d'organisation médico-sociale s'assure que chaque action est mesurable, définie dans la durée, en lien avec le CPOM ; chacune de ces actions devant répondre aux critères suivants :

- o être opérationnelle : obligations de moyen ou de résultats intermédiaires ce qui sous-tend un impact direct sur la valeur des indicateurs ;
 - o avoir une temporalité affichée (date de début/date de fin selon les actions).
- L'évaluation relève de questionnements et d'analyses plus approfondis, qui permettent de mesurer, au-delà des moyens et des résultats, l'impact de l'action conduite. Elle consiste à tenter de répondre à un ensemble de questions relatives à une politique, sa mise en



œuvre et ses effets, selon plusieurs critères généralement reconnus (cohérence, efficacité, efficience, utilité, pertinence).

Elle consiste à émettre un jugement sur les modalités et/ou les résultats sur la base du recueil et de l'analyse des informations quantitatives et qualitatives. Elle suppose également une approche comparative des valeurs prises par des indicateurs, dans le temps ou dans l'espace, par rapport à un ou plusieurs objectifs définis ex ante.

Instrument au service des décisions stratégiques et opérationnelles, de part ses analyses et les recommandations qui en découlent, l'évaluation répond à une exigence de transparence de l'action conduite, au souci de l'intérêt général et du bon usage des ressources collectives.

Mise en œuvre opérationnelle du dispositif d'évaluation

Afin d'être objective, crédible et reconnue par les sociétés savantes, les institutions, et les professionnels, la mise en œuvre du dispositif d'évaluation du PRS de l'ARS Ile-de-France sera effectuée par un expert-évaluateur externe, via une procédure d'appel d'offre, ayant le double intérêt d'apporter :

- un support méthodologique,
- une impartialité nécessaire au diagnostic du résultat.

La mise en place du dispositif d'évaluation du PRS par cet expert comportera deux phases distinctes :

- une évaluation du PRS en 2013-2014 portant principalement sur les enjeux de cohérence
 - o entre la stratégie affichée dans le plan stratégique régional de santé et les actions effectivement conduites (notamment au titre des schémas) ;
 - o et entre la stratégie affichée dans le plan stratégique régional de santé et la dépense
- une évaluation-bilan, en 2016-2017, sur les aspects d'efficacité, d'efficience et d'impact.

Par ailleurs, le groupe de travail ad hoc *Evaluation du PRS* de l'ARS pourra également instituer d'autres actions d'évaluation sélectionnées en fonction de l'importance de leurs enjeux financiers, stratégiques et politiques respectifs.

Le schéma régional d'organisation médico-sociale par l'anticipation et l'identification d'indicateurs médico-économiques, participe à la réalisation de la mise en place du dispositif d'évaluation de manière pluriannuelle.

Le suivi fait l'objet d'une présentation régulière aux instances de démocratie sanitaire.



3.2 Rôle et missions du Comité de suivi du SROMS

Faisant suite au Comité de pilotage du SROMS mis en œuvre pour son élaboration, celui-ci a vocation à constituer une instance de concertation, d'échanges et d'information dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du schéma régional ainsi que des politiques publiques concernant le secteur médico-social (personnes âgées, personnes handicapées, personnes confrontées à des difficultés spécifiques).

Ce comité pourrait avoir pour missions et objectifs :

- o d'accompagner la mise en œuvre de la politique régionale médico-sociale concernant les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes confrontées à des difficultés spécifiques ;
- o de permettre une meilleure articulation entre les secteurs social, médico-social, sanitaire, ainsi qu'entre les différents schémas et programmes concernés (schéma régional de prévention, SROS dans ses différents volets, PRIAC, PRAPS, PPRGDR) afin de mettre en œuvre une politique régionale médico-sociale coordonnée, cohérente et planifiée.

Dans ce cadre, il pourrait veiller notamment :

- o à l'application, au suivi et à l'évaluation du schéma régional d'organisation médico-sociale ;
- o à l'amélioration du dispositif régional de prévention, de prise en charge et de soins en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes confrontées à des difficultés spécifiques que ce soit en termes de structuration territoriale de l'offre, de stratégies d'accès aux dispositifs d'accompagnement et de soins, de moyens, etc. ;
- o à suivre l'évolution des données et des problématiques, en lien avec l'ensemble des partenaires ayant des missions de veille et d'observation (notamment avec l'ORS, l'OFDT etc.)

La Comité de suivi du SROMS pourrait se réunir au moins une fois par an.

Des formations thématiques pourraient être constituées et poursuivre des travaux, en appui du Comité de suivi et dans l'objectif permanent d'améliorer la qualité de la prise en charge des



personnes âgées, handicapées, confrontées à des difficultés spécifiques, de renforcer l'articulation et la coordination des professionnels intervenant dans les différents secteurs (prévention, éducation à la santé, intervention précoce, médico-social, sanitaire, médecine de ville, réseaux de santé).

C'est aussi dans ce cadre que pourraient être élaborées des recommandations relatives aux bonnes pratiques.

La **Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie** (CRSA) et la **Commission spécialisée Médico-sociale** seront informées de la mise œuvre du schéma et des résultats de son évaluation.

Il en est de même pour la Commission de Coordination des Politiques Publiques (CCPP).

L'organisation de l'**animation territoriale du schéma**, qu'elle soit régionale, interdépartementale ou départementale sera assurée par les **délégations territoriales**, en lien avec le siège.

Les **Conférences de territoires** seront également informées de la mise œuvre du schéma et des résultats de son évaluation.

3.3 Définition et contenu d'un tableau de bord pour le suivi du SROMS

Il pourrait être proposé la construction d'un tableau de bord défini comme outil de mesure de la progression de la mise en œuvre du SROMS eu égard au calendrier fixé.

Ce tableau de bord pourrait comprendre donc les informations relatives au suivi proprement dit du SROMS et intégrerait les données nécessaires à prendre en compte pour répondre aux questions évaluatives intermédiaires et finales.

Les actions développées dans le SROMS sont décrites dans les fiches actions détaillées dans la partie 3.



Chaque fiche action comporte un volet suivi et évaluation avec des indicateurs de suivi et des indicateurs d'évaluation.

Dans la perspective de mesurer la progression de la mise en œuvre du SROMS, les indicateurs de suivi, souvent liés à des indicateurs d'activité (à caractère quantitatif et/ou qualitatif) ou de processus (dynamique de processus) pourraient être exploités de manière régulière et, a minima, une fois par an.

3.4 L'évaluation du SROMS

Les critères d'évaluation du SROMS comportent des indicateurs de résultat. Ces indicateurs sont à caractère quantitatif ou qualitatif.

Les indicateurs pourront être, le cas échéant, discutés et complétés en fonction de la mise en œuvre du schéma.

Cette évaluation, qui vise à mesurer le degré d'atteinte des objectifs fixés par le SROMS, pourrait conduire dans des dimensions multiples :

- o déclinaison territoriale des indicateurs : régionale, départementale, interdépartementale, pour rendre compte de l'évolution de la structuration territoriale de l'offre ;
- o prise en compte des modalités d'intervention et des missions que doivent assurer les établissements et services visés, pour mieux appréhender l'évolution du dispositif (offre/besoins) et sa qualité ;
- o amélioration du parcours de vie et de soins des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes confrontées à des difficultés spécifiques ;
- o place et rôle du SROMS dans la dimension transversale du PRS en fonction des indicateurs communs définis pour l'ensemble des schémas et des programmes du projet régional de santé



GLOSSAIRE

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique
AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
AJ : Accueil de jour
AME : Aide Médicale d'Etat
ANESM : Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale
AP – HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
APAJH : Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés
ARS : Agence Régionale de Santé
AT : Appartement Thérapeutique
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire
BAIP : Bureaux d'aide à l'Insertion Professionnelle
BAPU : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
BHD : Buprénorphine Haut Dosage (Subutex – traitement de substitution)
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CAMSP : Centres d'Action Médico-sociale Précoce
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie



CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte des Infections Nosocomiales
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDEA : Centre de Diagnostic et d'Evaluation Autisme
CEDIAS : Centre D'Etudes, de Documentation, d'Information et d'Actions Sociales
CFA : Centre de Formation d'Apprentis
CG : Conseil Général
CIRE : Cellule de l'Institut de veille sanitaire en Région
CJC : Consultation Jeunes Consommateurs
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CLIS : Classe d'Inclusion Scolaire
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho Pédagogique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAIF : Centre de Ressources Autisme Ile de France



CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France
CREAHI : Centre Régional d'Etudes et d'Animation sur le Handicap et l'Insertion
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP : Code de la santé publique
CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
CT : Communauté Thérapeutique
CTR : Centre Thérapeutique Résidentiel
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion Sociale
ECIMUD : Equipe de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogue
EHESP : Ecole des Hautes Etudes En Santé Publique
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes
ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMS : Etablissement Médico-social



EN : Education Nationale
Enquête ES : Enquête sur les Etablissements Sociaux
ESA : Equipes spécialisées Alzheimer
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ex CAT)
ESMS : Etablissement et/ou Service Médico-Social
ESMS : Etablissement Social ou Médico-Social
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FEGAPEI : Fédération Nationale des Associations Gestionnaires au service des Personnes Handicapées et fragiles
FH : Foyer d'hébergement
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale
GDR : Gestion Du Risque
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GEVA : Grilles d'Evaluation des Besoins
GNCHR : Groupement National de Coopération Handicap Rare
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST (loi) : Hôpital, Patients, Santé et Territoire
HT : Hébergement temporaire
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat



IDF : Ile de France
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IME : Institut Médico-Educatif
IMPRO : Institut Médico-Professionnel
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRTS : Institut Régional de Travail Social
ITEP : Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
LAM : Lit d'Accueil Médicalisé
LHSS : Lit Halte Soins Santé
MAIA : Maison d'Autonomie et d'Intégration des malades Alzheimer
MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MPP : Médecine Physique et de Réadaptation
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OOPH : Organisation de l'Offre Personnes Handicapées
PA : Personnes Agées
PAD : Personnes Agées Dépendantes



PAI : Plan d'Aide à l'Investissement
PASA : Pôle d'Activité et de Soin Adapté
PASS : Pôle d'Accompagnement à la Scolarisation des Jeunes Sourds
PASSMO : Passerelle vers le Milieu Ordinaire
PDS : Personnes confrontées à des Difficultés Spécifiques
PH : Personnes Handicapées
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRIPI : Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées
PRITH : Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés
PRS : Plan Régional de Santé
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
RDR : Réduction des Risques
RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAAD : Service d'Aide A Domicile
SAFEP : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce



Schéma d'organisation médico-sociale

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SEES : Section d'Education et d'Enseignement Spécialisés
SEHA : Section pour Enfants avec Handicaps Associés
SESSAD : Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SMTI : Soins Médicaux et Techniques Importants
SIPFP : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle
SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
SRA : Schéma régional d'addictologie
SROMS : Schéma Régional de l'Organisation Médico-sociale
SROS : Schéma Régional D'Organisation des Soins
SRP : Schéma Régional de Prévention
SSEFIS : Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire
SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
STIF : Syndicat des Transports d'Ile de France
TC : Traumatisés Crâniens
TCC : Thérapie Cognitivo-comportementale



TED : Troubles Envahissants du Développement
TSA : Troubles Spécifiques des apprentissages
TSL : Troubles Spécifiques du Langage
TSL : Troubles Spécifiques du Langage
TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés
UCC : Unité Cognitivo-Comportementale
UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UE : Unité d'Enseignement
UHR : Unité d'Hébergement renforcée
ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
UMI : Unité Mobile Interdépartementale
UNAFAM : Union Nationale de Familles ou Amis de personnes Malades ou Handicapées Psychiques
UNAPEI : Union Nationale des Parents d'Enfants Inadaptés
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
USIDATA : Unité Sanitaire Interdépartementale d'Accueil Temporaire d'Urgence
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine

35 rue de la gare - 75935 Paris cedex 19

Tél : 01.44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

