



Schéma d'organisation médico-sociale

ANNEXES – FICHES ACTIONS

 **PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



SOMMAIRE

OBJECTIF STRATEGIQUE 1 **16**

ORGANISER ET STRUCTURER UNE OFFRE MEDICO-SOCIALE ADAPTEE ET DE PROXIMITE

Objectifs opérationnels 1-1 **16**

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

VOLET PERSONNES AGEES

Action 1 **18**

↳ Améliorer la lisibilité et l'organisation des services intervenants à domicile SAAD

Action 2 **21**

↳ Renforcer la couverture territoriale en SSIAD et améliorer la réponse apportée aux besoins

Action 3 **24**

↳ Adapter l'offre en EHPAD

Action 4 **27**

↳ Maintenir l'offre existante en USLD

Action 5 **29**

↳ Améliorer l'accessibilité économique des EHPAD



Action 6

32

↳ Optimiser l'offre de structures de répit pour accompagner le maintien à domicile

Action 7

35

↳ Ouvrir les EHPAD sur leur environnement et favoriser leur concours à l'accompagnement à domicile

VOLET PERSONNES HANDICAPEES

Action 1

39

↳ Offrir à tous les jeunes enfants franciliens une prise en charge précoce en cas de suspicion de handicap ou de handicap avéré diagnostiquée ou non

Action 2

40

↳ Favoriser la scolarisation et l'insertion professionnelle adaptée aux besoins de chacun

Action 3

41

↳ Redéfinir les frontières du sanitaire et du médico-social pour la prise en charge des handicaps spécifiques

Action 4

42

↳ Développer des modes d'accueil plus souples et plus réactifs dans les établissements médico-sociaux

Action 5

43

↳ Restructurer et développer l'offre d'accueil pour les personnes souffrant d'autisme et de TED

Action 6

45

↪ Réorganiser l'offre d'accompagnement à destination des personnes handicapées vieillissantes après évaluation des besoins

Action 7

46

↪ Assurer sur les territoires une offre accessible et diversifiée aux enfants déficients auditifs, permettant l'exercice du libre choix des parents prévu par la loi entre un parcours scolaire bilingue et un parcours scolaire oraliste

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Action 1

49

↪ Organiser et structurer l'offre médico-sociale en addictologie pour assurer une prise en charge adaptée, pluridisciplinaire, continue, graduée et de proximité pour toutes les personnes ayant des conduites addictives et leur entourage

Action 2

61

↪ Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages

Action 3

86

↪ Structurer et développer l'offre en appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Action 4

90

↪ Développer l'offre en lits halte soins santé (LHSS)

Action 5

92

↪ Pérenniser l'expérimentation en lits d'accueil médicalisés (LAM) et développer cette offre

Objectifs opérationnels 1-2 95

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

VOLET PERSONNES AGEES

Action 1 97

↳ Prendre en compte les spécificités des malades Alzheimer vivant à domicile

Action 2 98

↳ Prendre en compte les spécificités des malades Alzheimer ayant des troubles du comportement

Action 3 100

↳ Prendre en compte les spécificités des malades Alzheimer jeunes

Action 4 101

↳ Prendre en compte les spécificités des personnes immigrées vieillissantes

Action 5 103

↳ Prendre en compte les spécificités des aînés en situation de grande précarité

Action 6 105

↳ Prendre en compte les spécificités des personnes âgées sortant de prison

VOLET PERSONNES HANDICAPEES

Action 1 **107**

↪ Développer les modes d'accueil permettant une mixité des populations

Action 2 **108**

↪ Favoriser des modes d'accompagnement innovants pour les personnes handicapées vieillissantes

Action 3 **109**

↪ Pour les personnes handicapées psychiques, mettre en place un dispositif d'information et documentaire à destination des usagers et des professionnels

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Action 1 **111**

↪ Développer et améliorer l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge des jeunes

Action 2 **126**

↪ Développer et améliorer l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge des femmes enceintes, des parents isolés ou en couples avec enfants

Action 3 **134**

↪ Développer et améliorer l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de précarité

Action 4 **148**

↪ Développer et renforcer les actions en milieux festifs

Action 5

155

↳ Améliorer le repérage, la prise en charge et la continuité des soins des personnes détenues ayant des conduites addictives, en lien avec le SROS santé des personnes détenues et placées sous main de justice

Objectifs opérationnels 1-3

176

Renforcer une logique d'efficience du système

VOLET PERSONNES HANDICAPEES

Action 1

178

↳ Converger vers un diagnostic partagé sur les indicateurs de coûts

Action 2

179

↳ Rechercher un système de comptabilisation fiable et sincère de l'activité des établissements applicable à la région

Action 3

180

↳ Aide à la décision concernant les choix d'immobilier et les modalités d'emprunt et d'amortissement

Action 4

181

↳ Rechercher l'optimisation du financement du transport dans les IME

OBJECTIF STRATEGIQUE 2 182

AMELIORER LA QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT POUR ASSURER UN PARCOURS DE VIE ET DE SOINS REpondANT AUX BESOINS DE LA PERSONNE

Objectifs opérationnels 2-1 182

Organiser et renforcer la prévention tout au long du parcours de vie

VOLET PERSONNES AGEES

Action 1 184

↳ Favoriser l'accès à l'offre de santé de premier recours de droit commun

Action 2 186

↳ Mener des actions de préventions pour les personnes âgées vivant à domicile pour maintenir leur autonomie le plus longtemps possible

Action 3 189

↳ Mener des actions de prévention et d'amélioration de l'efficacité des soins au sein des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes

VOLET PERSONNES HANDICAPEES

Action 1 192

↳ Réaffirmer le rôle du médecin traitant pour le suivi des personnes handicapées

Action 2 193

↳ Développer la prévention générale et secondaire

Action 3

195

- ↳ Favoriser l'accès aux soins palliatifs et améliorer l'accompagnement en fin de vie

Action 4

196

- ↳ Pour l'autisme et les TED, améliorer l'accès aux soins somatiques (mesure 14 du plan autisme et circulaire du 27 juillet 2010)

Action 5

198

- ↳ Développer le dispositif de l'HAD au sein des établissements sociaux et médico-sociaux

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Action 1

208

- ↳ Améliorer la connaissance et l'observation partagées des phénomènes de conduites addictives et à risques

Action 2

209

- ↳ Améliorer les réponses en matière de prévention des conduites addictives et à risques, c'est-à-dire agir sur la structuration, la qualité et l'accessibilité

Action 3

212

- ↳ Améliorer la prévention, le repérage précoce, l'évaluation, l'accompagnement et l'orientation des jeunes consommateurs de substances psycho-actives et/ou souffrant d'addictions sans substance, et de leur entourage

Action 4

215

- ↳ Développer des actions de prévention des conduites addictives et à risques, de repérage précoce en direction de certains publics (personnes en situation de vulnérabilité, de précarité, de handicap, âgées, de prostitution, détenues)

Action 5

218

↪ Développer la prévention des conduites addictives et à risques en milieu professionnel

Objectifs opérationnels 2-2

221

Favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs concernés (ambulatoire, hospitalier, médico-social) pour une prise en charge globale et sans rupture des personnes

Action commune PA/PH/PDS

Action 1

223

↪ *Expérimenter la mise en œuvre du dispositif de télémédecine dans les établissements médico-sociaux*

VOLET PERSONNES AGEES

Action 1

225

↪ Améliorer l'accès à l'information, au diagnostic, au conseil et à l'évaluation des situations individuelles

Action 2

227

↪ Décloisonner et coordonner les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social

Action 3

233

↪ Développer au sein de la région les dispositifs d'intégration des services afin d'améliorer la qualité de réponse apportée aux usagers

Action 4

235

↪ Améliorer la qualité de la fin de vie à domicile et en établissements en développant les soins palliatifs

VOLET PERSONNES HANDICAPEES

Action 1 237

↳ Organiser le partage d'information entre les équipes d'accueil petite enfance et le secteur médico-social

Action 2 238

↳ Renforcer la coopération entre l'éducation nationale et l'ARS pour la scolarisation des enfants handicapés

Action 3 239

↳ Développer la coopération sanitaire médico-sociale pour les personnes handicapées psychiques

Action 4 241

↳ Mobiliser tous les acteurs de l'insertion (entreprises, DIRECCTE, conseil régional, Cap Emploi ...)

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Action 1 243

↳ Garantir la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes confrontées à des difficultés spécifiques en organisant les coopérations entre les différents secteurs d'intervention (médecine de ville, médico-social, sanitaire)

Action 2 253

↳ Améliorer les prises en charge « conjointes » en cas de co-morbidité induites ou concomitantes, en particulier avec la psychiatrie, en lien avec le SROS volet Prise en charge des addictions et volet Psychiatrie

Objectifs opérationnels 2-3 256

Favoriser l'accès et le maintien au logement des personnes

Actions communes PA/PH/PDS

Action 1 258

↳ Adapter le logement à la situation des personnes âgées ou handicapées en perte d'autonomie afin de le rendre plus sécurisant et plus autonome

Action 2 260

↳ Organiser la concertation entre les responsables des politiques de l'habitat du logement et l'ARS

Action 3 262

↳ Faciliter les déplacements des personnes en perte d'autonomie dans leur environnement extérieur afin de maintenir le lien social

VOLET PERSONNES AGEES

Action 1 264

↳ Contribuer à la promotion d'une offre alternative et diversifiée de logements pour favoriser des parcours résidentiels

Objectifs opérationnels 2-4 265

Améliorer la qualité des prestations pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins et à la diversité des publics

VOLET PERSONNES AGEES

Action 1 267

↳ Améliorer la prise en charge dans les EHPAD

Action 2 271

↳ Favoriser les coopérations entre établissements

VOLET PERSONNES HANDICAPEES

Action 1 273

↳ Accompagner la personne handicapée dans l'ensemble de ses démarches et veiller à éviter les ruptures de prise en charge par toute forme d'aide à la compensation du handicap

Action 2 275

↳ Pour l'autisme et les TED, mettre en place un dispositif gradué de diagnostic afin de repérer, de diagnostiquer précocement conformément à la circulaire du 27 juillet 2012

Action 3 277

↳ Repérer et suivre les signes du vieillissement précoce pour mieux évaluer, accompagner et orienter la personne handicapée

Action 4 278

↳ Mieux cerner la population handicapée psychique

Action 5 280

↳ Faciliter l'entrée sur le marché du travail des jeunes handicapés et des primo demandeurs

Action 6 282

↳ Aménager le mode de fonctionnement des ESAT

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Action 1 284

↳ Améliorer la qualité des prestations en développant l'approche globale des conduites addictives et en diffusant les bonnes pratiques professionnelles



Action 2

289

↗ Améliorer la qualité des prestations en garantissant un accueil adapté aux évolutions des besoins et à la diversité des publics pris en charge en ACT, LHSS et LAM

Action 3

291

↗ Améliorer les sorties du dispositif médico-social en faveur des personnes confrontées à des difficultés spécifiques vers les autres dispositifs sociaux, médico-sociaux ou le logement par un accompagnement adapté

Objectifs opérationnels 2-5

294

Développer une démarche de bientraitance

Actions communes PA/PH/PDS

Action 1

296

↗ Développer une démarche de bientraitance dans les établissements médico-sociaux

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Action 1

299

↗ Développer une démarche de bientraitance en établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Objectifs opérationnels 2-6

301

Améliorer le soutien aux aidants (formation, reconnaissance de leurs actions, prise en compte de leur santé)



Action commune PA / PH

Action 1 303

↳ Accompagner les aidants familiaux

VOLET PERSONNES HANDICAPEES

Action 1 307

↳ Améliorer les conditions de l'annonce du handicap et ses suites

Action 2 309

↳ Améliorer les conditions de la prise en charge précoce de la surdité

Action 3 312

↳ Améliorer la qualité de l'accompagnement tout au long du parcours de vie pour les personnes souffrant d'autisme et de TED

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Action 1 314

↳ Reconnaître et assurer la présence d'accompagnants dans les appartements de coordination thérapeutique

Objectifs opérationnels 2-7 316

Valoriser les métiers du médico-social



Actions communes PA/PH

Action 1 318

↳ *Former les professionnels en nombre suffisant*

Action 2 320

↳ *Valoriser les métiers du médico-social*

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

Action 1 325

↳ Améliorer la formation des intervenants en addictologie

Action 2 333

↳ Favoriser, soutenir le développement de la recherche en addictologie



Schéma
d'organisation
médico-sociale

Schéma d'organisation médico-sociale

OBJECTIF STRATEGIQUE N°1

Organiser et structurer une offre médico-sociale adaptée et de proximité

OBJECTIF OPERATIONNEL N°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



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES AGEES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Améliorer la lisibilité et l'organisation des services intervenant à domicile SAAD

La place des services d'aide à domicile est déterminante pour permettre aux personnes âgées de rester à domicile et préserver leur autonomie dans des conditions favorables. L'ARS a vocation à faire le lien entre ces services et les services et établissements constituant l'offre médico-sociale et sanitaire pour organiser au mieux les complémentarités

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-1	Améliorer la connaissance des services implantés, les actions menées et leurs zones d'intervention et le partage des informations entre les différents acteurs (institutionnels d'abord et professionnels de terrain ensuite)	Procéder au recensement, dans chaque département, des services avec les Conseils généraux et la DIRECCTE afin de déterminer le degré de couverture des territoires et constituer à cet effet une base de données partagée et assurer sa mise à jour annuelle Réunions avec les partenaires pour le partage des tâches	Personnes âgées		Conseils généraux DIRECCTE (DR et UT)	- Réunion pour le partage des tâches - Constitution et actualisation annuelle de la base de données partagée	2015-2017
1-1-2	Veiller à une couverture territoriale équitable et encourager à l'implantation de services dans les zones non ou insuffisamment couvertes	Sur la base du recensement indiqué au point 1-1-1, examiner la situation de chaque territoire de façon concertée et cerner les situations pouvant nécessiter une action particulière	Personnes âgées		Conseils généraux DIRECCTE (DR et UT)	- Nombre de départements pour lesquels cet examen territorial aura été réalisé (cible de 2 par an)	2015-2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>conjointe ARS DIRECCTE-CG d'incitation à la création ou au développement de services</p> <p>Chercher à mesurer l'activité des SSAD (indicateurs à préciser)</p>					
1-1-3	Améliorer l'information des usagers (prestations, tarifs, etc.)	Réunir les acteurs du secteur du maintien à domicile avec ceux chargés de l'information pour leur proposer de travailler à une mise à disposition des usagers d'informations précises et uniformisées	Personnes âgées		Conseils généraux DIRECCTE (DR et UT)	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de réunions départementales avec les partenaires - Formalisation du mode de communication en direction des usagers 	Dès 2013 et sur la durée du schéma
1-1-4	Recenser les initiatives innovantes : mode d'organisation et d'intervention (gardes de nuit...), catégories particulières de populations prises en charge comme par exemple les personnes les plus précarisées sur le plan de l'autonomie et des ressources, malades Alzheimer, patients en fin de vie	Procéder au recensement de ces actions et expériences innovantes en lien avec les CG, les fédérations du secteur du maintien à domicile et les associations d'usagers en vue de les faire connaître et ainsi de promouvoir leur extension	Personnes âgées		Conseils généraux DIRECCTE (DR et UT)	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'un recensement des actions et expériences innovantes - communication auprès des partenaires 	2013-2014



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-5	Proposer aux Conseils généraux et à la DIRECCTE de mener une réflexion commune sur le secteur (contrôle de la qualité, évaluation, spécificité éventuelle des SAAD autorisés,...)	Réunir ARS, DIRECCTE et CG pour, dans le respect des compétences de chacun, fixer et traiter des thèmes de réflexion communs sur des actions transversales à mener	Personnes âgées		idem	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de réunions avec les partenaires - Elaboration d'un document cadrant cette réflexion commune 	Dès 2013 et sur la durée du schéma



Action 2 : Renforcer la couverture territoriale en SSIAD et améliorer la réponse apportée aux besoins

Les SSIAD sont à la charnière de la prise en charge des personnes âgées entre secteur social, secteur médico-social et secteur sanitaire. Il leur revient d'être un facteur de continuité et de qualité dans cette prise en charge, en développant leur dimension sanitaire (situation de retour d'hospitalisation par exemple) sans amoindrir pour autant leur dimension d'accompagnement médico-social. L'ARS doit agir pour favoriser l'adaptation de cette offre en SSIAD aux besoins en cours d'évolution et en faire un élément clé dans l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées comme des personnes handicapées

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-6	Développer l'offre en places de SSIAD dans les zones les moins bien pourvues (cf. appels à projets) et adapter, le cas échéant, les aires d'intervention des SSIAD existants	<p>Etablir pour chaque département une cartographie des SSIAD avec leurs aires d'intervention et leurs capacités afin d'identifier les zones à renforcer en places de SSIAD en s'appuyant notamment sur les projections démographiques</p> <p>Réviser si besoin les aires d'intervention entre SSIAD voisins dans le but de déployer l'offre de façon équilibrée</p> <p>Créer des places nouvelles de SSIAD dans les territoires jugés prioritaires, en fonction</p>	Personnes âgées dépendantes		Conseils généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de cartes départementales par aire d'intervention des SSIAD - Augmentation des taux d'équipement pour les Yvelines, l'Essonne, les Hauts-de-Seine et le Val-d'Oise pour tendre à la moyenne régionale (21 ‰) - Diminution des écarts des taux d'équipement entre secteurs gérontologiques - Couverture des quelques communes non encore couvertes à 	Dès 2012 et sur la durée du schéma



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		des crédits alloués par la CNSA à la région Ile-de-France				ce jour	
1-1-7	Promouvoir les SSIAD « mixtes » pour personnes âgées et personnes handicapées avec des modalités d'action différenciées et adaptées auprès des personnes handicapées	Analyse des modes d'intervention des SSIAD mixtes existants, en vue de valoriser les bonnes pratiques	PA et PH		Conseils généraux	- Elaboration d'un document de « bonnes pratiques »	2014
1-1-8	Favoriser une évolution des modalités d'action des SSIAD pour une meilleure réponse aux besoins : amplitude des horaires d'intervention en soirée et les fins de semaine, organisation d'un dispositif de nuit sous forme d'une coopération en SSIAD d'un territoire donné ou sous forme de SSIAD de nuit à créer	<p>Etablir un constat des modes d'intervention des SSIAD pour vérifier leur adéquation aux besoins des personnes prises en charge</p> <p>Développer et diversifier ces modes d'intervention : SSIAD intervenant en soirée, la nuit, en fin de semaine, organisation d'un dispositif de nuit sous forme d'une coopération entre SSIAD d'un territoire donné ou sous forme de SSIAD de nuit à créer,</p>	Personnes âgées		Conseils généraux	<p>- Réalisation d'un diagnostic sur les modes d'intervention des SSIAD (enquête, groupe de travail)</p> <p>- Augmentation du nombre de SSIAD dont les pratiques sont conformes aux modes d'intervention recommandés</p>	2 nd semestre 2013 à 2014



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>SSIAD renforcés pour les prises en charge les plus lourdes</p> <p>Sur la base de ce constat, soutenir les évolutions éventuelles à conduire dans chaque SSIAD et/ou de façon combinée entre plusieurs SSIAD</p>					
1-1-9	<p>Promouvoir les coopérations, les complémentarités et les mutualisations entre SAAD et SSIAD sous forme de SPASAD ou plus simplement au moyen de conventions de partenariat.</p>	<p>Sur la base des pratiques de coopérations entre SSIAD et SAAD existantes, constituer un groupe de travail chargé d'élaborer un document présentant les facteurs de réussite de ces modes de coopération et de mutualisation</p>	Personnes âgées		Conseils généraux	- Augmentation du nombre de rapprochements (SPASAD ou conventions)	2015



Action 3 : Adapter l'offre en EHPAD (hébergement complet)

Il s'agit d'adapter l'offre en EHPAD en procédant, autant que faire se peut, à un redéploiement de l'offre existante et à sa rénovation dans un souci d'amélioration de l'accès et du maillage territorial de proximité et à son extension dans les territoires considérés comme sous équipés. Une action étroitement concertée avec les Conseils généraux auprès des opérateurs est indispensable pour avancer dans cette voie

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-10	Conforter l'offre existante dans chaque département, au travers d'opérations de regroupement d'EHPAD, transfert d'autorisation, etc., permettant une rationalisation de l'offre et des redéploiements de capacités entre territoires d'action gérontologiques, au bénéfice des territoires les moins bien dotés	<p>Procéder à l'examen systématique des opérations en cours ou des projets de regroupement ou de transfert de capacités autorisées au regard de la recherche de réduction des inégalités d'accès à une offre ajustée et renouvelée</p> <p>Susciter le cas échéant de nouveaux projets en la matière de la part des opérateurs, pouvant dégager des ressources pour la rénovation et/ou l'extension de l'offre</p>	Personnes âgées dépendantes		Conseils généraux	- Nombre d'opérations projetées et réalisées (capacités concernées)	Dès 2012 et sur la durée du schéma



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-11	Analyser régulièrement les flux des résidents en EHPAD entre départements afin de mesurer les mouvements existants et la proportion de personnes trouvant ou non une place dans leur département, et en faire un élément d'aide à la planification	Mener chaque année une enquête auprès des EHPAD, en analyser les résultats et les diffuser largement Chercher à améliorer chaque année cette enquête (par exemple : données sur les flux infra-départementaux)	Personnes âgées dépendantes		Conseils généraux	- Réalisation de l'enquête, - Elaborer un document de diffusion des résultats	2 nd semestre 2014 et 2 nd semestre 2017
1-1-12	Promouvoir le recours à des outils partagés au niveau départemental : dossiers d'admission en EHPAD, information sur les places disponibles auprès des CLIC	S'assurer de l'utilisation effective du dossier unique d'admission en EHPAD prévue par la réglementation Proposer à un ou deux départements volontaires de s'engager dans cette démarche de recueil et de la circulation des informations disponibles sur les places vacantes	Personnes âgées dépendantes		Conseils généraux	- Nombre de départements engagés dans la mise en œuvre de la circulaire du 20/04/2012 et du décret du 13/04/2012 pour la mise en place d'un dossier d'admission unique	Dès 2012 et sur la durée du schéma
1-1-13	Créer des places nouvelles dans les territoires manifestement sous dotés, en fonction des ressources nouvelles allouées par la CNSA ou pouvant être redéployées dans le cadre de la dotation régionale et en tenant compte des indicateurs disponibles	Etablir un cadre régional et interdépartemental avec des règles et des critères partagés pour l'attribution de places nouvelles pouvant être créées avec des crédits issus de la	Personnes âgées dépendantes	SROS (gériatrie)	Conseils généraux	- Elaboration de ce cadre en concertation avec les CG	Dès 2012 et sur la durée du schéma



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	(flux des résidents entre départements, critères d'accessibilité économique, taux d'équipement,...)	<p>dotation régionale ou de mesures nouvelles alloués par la CNSA</p> <p>Ce cadre et ces règles serviront pour la programmation des années à venir pour les extensions de capacités comme pour les créations relevant de la procédure d'appels à projet</p>					
1-1-14	Encourager et soutenir la rénovation des EHPAD n'offrant pas les conditions d'hébergement satisfaisantes (aide à l'investissement, sur la base notamment des enseignements de l'enquête sur le bâti, en cours de réalisation en 2011)	<p>Etablir un état des lieux du bâti et des besoins de travaux (rénovation, restructuration, reconstruction,...)</p> <p>Suivre les moyens accordés par l'ARS et autres financeurs en soutien aux opérations d'investissement (au titre du PAI, dans la prise en charge des frais financiers)</p>	Personnes âgées dépendantes		Conseils généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'une enquête régionale sur les projets d'investissement prévus à 5 ans - Exploitation de l'enquête EHPA 2011 - Nombre de dossier subventionnés chaque année au titre du PAI 	<p>Dès 2013 et sur la durée du schéma</p> <p>Chaque année</p>



Action 4 : Maintenir l'offre existante en USLD

Les USLD faisant partie de l'offre sanitaire, il revient au schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) de prévoir l'évolution de ces structures au sein de cette offre. Les USLD ont une place particulière à l'intersection entre champ sanitaire et champ médico-social qu'il faut préserver et utiliser au mieux des besoins dans une logique de parcours de soins et de vie, organisée dans le cadre des filières gériatriques. Il est donc normal que le SROMS s'intéresse aux USLD.

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-15	Conserver les capacités existantes d'USLD en tenant compte des besoins de redéploiement entre départements et de rénovation	<p>Rassembler les données relatives à chaque établissement par département: capacités autorisées et installées, conditions d'accueil et de prise en charge, dépendance et SMTI, besoin éventuel de rénovation avec son incidence sur les capacités, place donnée à l'USLD dans le projet d'établissement</p> <p>Elaborer, sur la base de cet état des lieux, un plan pluriannuel de maintien et/ou de réaménagement de cette offre dans chaque département, voire entre départements.</p>	Personnes âgées dépendantes	SROS	Conseils généraux	- Réalisation de cet état des lieux dans le cadre des travaux d'élaboration du volet USLD du SROS	Dès 2012 et sur la durée du schéma



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		Préciser, le cas échéant, pour certaines USLD, une orientation spécifique : patients de moins de 60 ans, patients psychiatriques,				- Elaboration et début d'exécution du plan	2012-2013 pour l'élaboration 2013-2016 pour l'exécution
1-1-16	<p>Préciser la place des USLD dans le dispositif de prise en charge comme élément constitutif des filières gériatriques.</p> <p>Il s'agit pour cela de caractériser la fonction des USLD dans les filières gériatriques en insistant sur leur intégration dans ces filières et en différenciant bien cette fonction de celle des EHPAD, structures médico-sociales.</p>	Produire un document rappelant les fonctions respectives des USLD et des EHPAD dans le continuum de la prise en charge	idem	SROS	idem	- Réalisation de ce document	2013-2014



Action 5 : Améliorer l'accessibilité économique des EHPAD

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-17	Mesurer le niveau et l'évolution des tarifs d'hébergement au moyen d'un groupe de travail sur le reste à charge des résidents et d'une enquête auprès des EHPAD (départements et secteurs gérontologiques, catégories juridiques)	<p>Mettre en place le groupe de travail</p> <p>Etablir le questionnaire et l'adresser aux EHPAD en recherchant un taux de réponse maximum</p> <p>Analyser et restituer les résultats et les évolutions constatées</p> <p>Etudier la possibilité d'élargir l'étude au reste à charge des résidents en lien avec nos partenaires</p>	Personnes âgées dépendantes		Conseils généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation du questionnaire de l'enquête et envoi aux établissements - Publication des résultats de l'enquête annuelle - Constitution d'un groupe de travail 	<p>2nd semestre 2014 et 2nd semestre 2017</p> <p>2014</p>
1-1-18	Réaliser une étude des pratiques relatives à l'habilitation à l'aide sociale (totale, partielle, individuelle) des Conseils généraux, avec comme perspective éventuelle la définition de préconisations communes	<p>Recueillir auprès de chaque Conseil général les informations sur sa pratique en matière d'habilitation à l'aide sociale</p> <p>Etablir un tableau comparatif pour bien cerner les points communs et les différences</p>	Personnes âgées dépendantes		Conseils généraux	- Rédaction et publication d'un document	2 nd semestre 2013 et 1 ^{er} semestre 2014



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		Organiser une concertation et une réflexion commune sur les incidences des différentes pratiques et leur impact sur l'accès aux structures et les flux de résidents entre territoires				- Organisation d'un groupe de travail et rédaction d'une synthèse et de propositions	2014
1-1-19	Prendre en compte la dimension tarifaire en matière d'aides à l'investissement et lors d'appels à projets en vue de limiter le niveau des tarifs d'hébergement	<p>Prévoir d'étudier attentivement chaque dossier d'aide à l'investissement pour en mesurer l'impact sur les tarifs d'hébergement (et par conséquent sur le reste à charge de l'usager) et en faire un critère important de décision</p> <p>Prévoir dans les cahiers des charges des appels à projet d'EHPAD des dispositions sur les tarifs d'hébergement attendus</p>	Personnes âgées dépendantes		Conseils généraux	- production et diffusion de ces indicateurs	2013 à 2017



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		Travailler, à cet effet, à la définition d'indicateurs d'aide à la décision					
1-1-20	Mener une concertation avec les Conseils généraux, le Conseil régional et les autres acteurs susceptibles de contribuer au financement des opérations d'investissement des EHPAD	Réunir les Conseils généraux et le Conseil régional sur la question des investissements et de leur financement pour fixer des critères communs et complémentaires d'aide à l'investissement Réaliser un guide des aides à l'investissement et le mettre à jour régulièrement	Personnes âgées dépendantes		Conseils généraux Conseil régional	- Organisation de réunions régionales - Mise à jour et publication du guide	2 nd semestre 2013 2 nd semestre 2013



Action 6 : Optimiser l'offre de structures de répit pour accompagner le maintien à domicile

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-21	<p>Assurer la recomposition de l'offre existante en places d'accueil de jour afin d'atteindre des seuils de capacités conséquents permettant d'élaborer un projet de vie et de soins spécifique aux malades Alzheimer, avec une équipe de professionnels dédiés et avec l'obligation d'apporter une attention particulière au problème des transports</p> <p>(conformément au décret du sept 2011)</p>	<p>Solliciter chaque gestionnaire d'AJ en dessous du seuil minimal sur le devenir de cette activité</p> <p>Engager le travail de recomposition de l'offre en AJ dans chaque département, avec nos partenaires locaux, afin d'améliorer le service rendu (accessibilité géographique et économique, qualité, transports...)</p> <p>Assurer un suivi au plus près de l'activité des AJ (taux d'occupation, file active, organisation des transports, reste à charge pour l'usager...)</p>	PAD et malades Alzheimer		Conseils Généraux	<p>Disparition progressive du nombre d'AJ ayant des capacités inférieures au seuil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen par territoire de l'offre en AJ et ajustement en fonction des besoins - Réalisation de ce suivi (identification des établissements ne proposant pas de transport, évolution du taux d'occupation en AJ) 	Dès 2012 et sur la durée du schéma
1-1-22	<p>Veiller à garantir une offre équitable sur l'ensemble de la région en accueil de jour en créant de nouvelles places dans les zones non ou peu pourvues, en fonction</p>	<p>Création de places nouvelles (extension non importante ou appel à projets) au regard de la recomposition de l'offre déjà</p>	PAD et malades Alzheimer		Conseils Généraux	<p>- Augmentation des taux d'équipement des départements les moins bien pourvus</p>	Dès 2012 et sur la durée du schéma



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	des moyens alloués par la CNSA et des redéploiements éventuels au sein de la dotation régionale	existante (cf action précédente)					
1-1-23	<p>Prévoir des évolutions telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'accueil en alternance de personnes âgées atteintes ou non de la maladie d'Alzheimer et de malades Alzheimer jeunes, - l'ouverture en nocturne et en fin de semaine 	<p>Réunir un groupe de travail chargé d'élaborer des propositions en ce sens sur la base du cahier des charges national (à paraître)</p> <p>Promouvoir la mise en œuvre de ces propositions</p>	PAD et malades Alzheimer		Conseils Généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion et rédaction des propositions - Nombre d'AJ assurant un accueil en alternance - Nombre d'AJ ouvert les week-ends et/ou en nocturne 	Dès 2012 et sur la durée du schéma
1-1-24	<p>Repenser et donner toute sa place à l'hébergement temporaire en EHPAD, en déterminant les situations aux quelles ce mode d'accueil peut utilement répondre (capacités minimales, chambres dédiées à ce mode de prise en charge temporaire, conditions d'admission, réponse aux situations d'urgence, durée de séjour, taux d'occupation, ...); prévoir des places en hébergement de nuit</p>	<p>Réalisation d'un état des lieux</p> <p>Réunir un groupe de travail chargé d'élaborer des propositions en ce sens sur la base du cahier des charges national (à paraître)</p> <p>Promouvoir la mise en œuvre</p>	PAD et malades Alzheimer		Conseils Généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'un état des lieux - Réunion et rédaction des propositions 	Dès 2012 et sur la durée du schéma



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		de ces propositions					
1-1-25	Veiller à garantir une offre équitable sur l'ensemble de la région en hébergement temporaire en créant de nouvelles places dans les zones non ou peu pourvues et en redéployant, si nécessaire, une partie de l'offre existante sous-employée	Création de places nouvelles (extension non importante ou appel à projets) au regard de la recomposition de l'offre déjà existante (cf action précédente)	PAD et malades Alzheimer		Conseils Généraux	- Augmentation des taux d'équipement des départements les moins bien pourvus	Dès 2012 et sur la durée du schéma



Action 7 : Ouvrir les EHPAD sur leur environnement et favoriser leur concours à l'accompagnement à domicile

Les 700 EHPAD franciliens constituent un maillage territorial sur lequel il doit être possible de s'appuyer pour diversifier les modes d'action à mettre en œuvre au service de l'accompagnement à domicile. Il ne s'agit de solliciter les EHPAD de façon excessive en alourdissant et en démultipliant leurs tâches au détriment de leur mission principale d'accueil et de soins des personnes âgées dépendantes, mais d'en faire des acteurs tournés vers les autres acteurs sociaux et médico-sociaux présents dans leur environnement proche pour contribuer ensemble à prévenir l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées du territoire

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-26	Encourager les EHPAD à devenir un appui aux services d'aide à domicile et d'accompagnement des personnes âgées	Proposer aux EHPAD de se rapprocher de ces services présents dans leur environnement immédiat pour identifier, ensemble, les domaines et les actions pouvant donner lieu à la mise à disposition de compétences, d'installations et d'équipements (participation à la formation des aidants familiaux par exemple) Etablir à cet effet une liste précise et détaillée de domaines et d'actions exemplaires pouvant être proposés	PAD		Conseils généraux	- Nombre d'EHPAD engagés dans ce processus de rapprochement (formalisé au moyen d'une convention ou autre) - Liste à établir et à développer	A partir de 2014
1-1-27	Permettre et inciter les EHPAD à être	Identifier dans chaque	PAD		Conseils	- Nombre d'EHPAD engagés dans ce	A partir de



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	offreur de services et d'activités pour des personnes âgées non résidentes (restauration, activités de loisirs,...)	territoire les EHPAD déjà engagés dans cette voie (questionnaire à prévoir) Cerner les difficultés éventuelles pouvant faire obstacle au développement de cette offre et les moyens d'y remédier			généraux	type d'actions	2014
1-1-28	Inciter les EHPAD avec un accueil de jour de dix places ou plus à être porteurs de plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants de malades Alzheimer	Lancer les appels à candidatures pour les 21 plates-formes prévues en Ile-de-France par le plan Alzheimer 2008-2012 Opérer la sélection Organiser le suivi et l'évaluation	PAD		CG	- Nombre de plateformes de répit créées au sein d'EHPAD	2 nd semestre 2013 et 2014
1-1-29	Associer les EHPAD à la diffusion des actions de prévention de la perte d'autonomie et de promotion de la santé dans leur environnement	En lien avec les actions 1-1-26 et 27 dans le champ de la prévention	PAD	SRP	CG	- Nombre d'EHPAD engagés dans ce type d'actions	A partir de 2013
1-1-30	Organiser les relations entre EHPAD et les logements-foyers et autres formules	Informers les gestionnaires concernés sur les moyens	PAD		CG	- nombre de conventions signées entre gestionnaires d'EHPA	A partir de 2015



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	d'habitat intermédiaire	<p>d'anticiper les situations des personnes âgées dont la dépendance progressive ne permet plus le maintien dans leur logement et nécessite un accueil en EHPAD</p> <p>Inciter ces gestionnaires à passer convention avec un ou plusieurs EHPAD proches pour préparer dans de bonnes conditions d'éventuelles entrées de personnes devenues dépendantes en EHPAD</p>				(logements foyers notamment) et EHPAD	



Schéma d'organisation médico-sociale



VOLET PERSONNES HANDICAPEES



Action 1 : Offrir à tous les jeunes enfants franciliens une prise en charge précoce en cas de suspicion de handicap ou de handicap avéré diagnostiqué ou non

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-1	Evaluer et cibler le besoin de création de places pour la petite enfance sur les territoires prioritaires où le maillage est insuffisant (places de CAMSP et CMPP), accessible en moins de 30 minutes	Exploitation des rapports d'activité avec des critères communs (Nombre d'enfants suivis au moins 1 fois /semaine, délai moyen d'obtention du 1 ^{er} RV, délai moyen pour le début de la PEC) - Revoir la définition de la capacité d'un CAMSP (cf. groupe de travail efficience)	Tous handicaps		CG Associations	- Diminution du nombre d'enfants en attente d'un 1 ^{er} RV par an - Diminution du nombre d'enfants en attente de prise en charge par an - Taux d'augmentation du nombre de prise en charge par territoire - Accessibilité géographique en temps de transport	De janvier 2013 à décembre 2013
1-1-2	Etudier les besoins de création de places en SESSAD petite enfance (à partir de 3 ans)	Etude du nombre d'enfants sans place (IME, SESSAD, CMPP) à la sortie du CAMSP – Etude du nombre d'enfants de plus de 6 ans Elargissement de l'âge d'agrément selon les besoins ou création de places	Tous handicaps		CG, MDPH associations	Diminution du nombre d'enfants en attente de places en sortie de CAMSP par territoire	Avril 2013 à Juin 2014



Action 2: Favoriser la scolarisation et l'insertion professionnelle adaptées aux besoins de chacun

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-2-1	Développer en fonction des besoins territoriaux les SESSAD, et en lien avec l'EN, les unités d'enseignement, les CLIS et ULIS	Etude du bilan de l'existant et du nombre d'élèves handicapés non scolarisés Développer les places de SESSAD pour l'accompagnement des jeunes dans la scolarité	Tous handicaps		Education nationale MDPH associations	Suivi du bilan de l'Education Nationale Augmentation du nombre de CLIS, ULIS, UE et du nombre de jeunes scolarisés par an Augmentation du nombre de places de SESSAD selon les besoins par an	Juin 2013 à Décembre 2015
1-1-2-2	Permettre aux SESSAD qui ont une activité d'insertion professionnelle de poursuivre leur prise en charge du jeune adulte jusqu'à 25 ans	Identifier les structures concernées Changer l'agrément des EMS pour permettre l'insertion professionnelle	Tous handicaps		Education nationale MDPH, DIRECCTE	Nombre d'agrément jusqu'à 25 ans	De janvier 2013 à décembre 2013
1-1-2-3	Développer les services de suite dans les IMPRO afin d'assurer le suivi de l'insertion professionnelle du jeune et développer les structures expérimentales d'aide et d'accompagnement à l'insertion professionnelle	Réaliser un bilan qualitatif et quantitatif des services de suite (nbre d'années de suivi, nombre de jeunes) Réaliser un bilan du nombre de structures expérimentales	Tous handicaps		Education nationale CAP emploi DIRECCTE	% de jeunes suivis / nombre de jeunes en insertion professionnelle sortant d'IMPRO Nombre de structures expérimentales par territoire	De janvier 2013 à juin 2017 De juin 2013 à 2016



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 3 : Redéfinir les frontières du sanitaire et du médico-social pour la prise en charge des handicaps spécifiques

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-3-1	Etudier les inadéquations de prise en charge dans le secteur sanitaire et médico-social (SSR, psychiatrie notamment) Actualiser et exploiter les études existantes dans ce domaine.	Relever dans tous les services concernés les prises en charge inadéquates	AVC, TC, polyhandicap, autisme, psychique	Sanitaire	Etablissements sanitaires	Etude réalisée sur les hospitalisations inadéquates	De janvier 2013 à juin 2014
1-1-3-2	Etudier les possibilités de fongibilité asymétrique des enveloppes pour disposer de moyens financiers pour le développement éventuel de structures médico-social	Faire un état des lieux spécifique dans le secteur psychiatrique	Handicap psychique Autisme	Sanitaire	CNSA	Montant de l'enveloppe sanitaire transférée au secteur médico-social et nombre de places médico-sociales créées.	De janvier 2015 à décembre 2015
1-1-3-3	Développer le nombre de places dédiées au handicap rare dans le secteur médico-social	Faire un état des lieux de l'existant et des besoins Mettre en œuvre le plan handicap rare à l'échelon régional	handicap rare	sanitaire	Sanitaire	Nombre de places dédiées dans la région au handicap rare	De janvier 2013 à décembre 2014



Action 4 : Développer des modes d'accueil plus souples et plus réactifs dans les établissements médico-sociaux

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-4-1	Offrir dans chaque territoire une palette diversifiée de prise en charge (accueil séquentiel, internat de WE, accueil d'urgence...)	Adapter les projets d'établissement à cette prise en charge diversifiée Adapter les modes de tarification en fonction des modes d'accueil (contrainte d'une révision réglementaire)	Tous handicaps	Sanitaire	CG MDPH Associations	% de places d'accueil temporaire, d'internat de WE, d'accueil d'urgence sur la capacité totale du territoire	De janvier 2013 à 2017
1-1-4-2	Développement des équipes mobiles d'intervention en cas d'urgence	Etude du nombre de cas d'urgence signalés aux DT Mise en place si besoin d'une coopération sanitaire médico-sociale pour mise à disposition du personnel nécessaire	Handicap psychique et trouble du comportement	Sanitaire Ambulatoire	CG MDPH Associations	Nombre d'équipes mobiles créées et en fonctionnement Nombre de situations d'urgence traitées	De juin 2013 à décembre 2016
1-1-4-3	Intervenir de manière réactive dans les situations d'urgence.	Disposer d'un système d'information exhaustif sur les places disponibles en temps réel pour l'ensemble des acteurs	Tous handicap	Sanitaire	Centres hospitaliers Equipe de secteurs Associations	Système d'informations exhaustif réalisé et mis en œuvre	D'avril 2015 à juin 2107



Action 5 : restructurer et développer l'offre d'accueil pour les personnes souffrant d'autisme et de TED

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-5-1	Restructurer l'offre	<ul style="list-style-type: none"> -Réaliser une enquête sur le nombre d'enfants diagnostiqués autistes et TED dans les IME pour déficients intellectuels - exploiter l'enquête ES 2010 - revoir, selon les résultats, les agréments de certains IME pour déficients intellectuels en IME pour autistes et TED - étudier la possibilité de créer des unités pour autistes et TED dans certains IME et MAS - prévoir l'accompagnement du personnel et la révision des projets d'établissements 	Autistes		MDPH Associations CG	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation de l'enquête Nombre d'agréments modifiés Nombre d'unités pour autistes et TED créés Nombre d'actions de formations d'accompagnement réalisées 	De janvier 2013 à juin 2017



Schéma d'organisation médico-sociale

1-1- 5-2	Rééquilibrer l'offre entre territoires	- Exploiter l'enquête concernant les personnes sans solutions et les personnes accueillies en Belgique Développer en priorité l'offre dans les territoires déficitaires et en faveur des adultes	Artistes		MDPH Associations CG	-Mesure annuelle des taux d'équipement des places installées entre le 31/12/2011 et le 31/12/2016 Diminution des personnes sans solution et des personnes accueillies en Belgique	De janvier 2013 à juin 2017
-------------	--	--	----------	--	----------------------------	--	-----------------------------



Action 6 : Réorganiser l'offre d'accompagnement à destination des personnes handicapées vieillissantes après évaluation des besoins

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1.1.6.1	Faire un bilan de l'existant en établissement En établissement :	Exploiter les résultats de l'enquête ES 2010 Et développer l'offre en fonction des besoins	PHV 40 ans et +	Sanitaire Ambulatoire	CREHAI	Bilan de l'existant Nombre de places créées	De Septembre 2013 à juin 2014
1.1.6.2	Au domicile :	Exploiter les Systèmes d'Information de la MDPH	PHV 40 ans et +		MDPH, CNSA	Nombre de conventions passées entre FH et SAD et SSAID	De juin 2013 à mars 2014
1.1.6.3	Encourager l'intervention des SAD et des SSIAD dans les foyers d'hébergement Renforcer les solutions de répit aux aidants familiaux : promouvoir l'accueil à temps partiel et l'accueil de jour pour permettre aux PHV de poursuivre une activité salariée plus souple en développant la combinaison ESAT à temps partiel/accueil de jour et garantir le maintien en Foyer d'Hébergement	Informations sur la réglementation en vigueur aux Conseils Généraux Connaître et évaluer l'accueil familial séquentiel ou d'urgence Dans le cadre des Appels à Projets pour les ESAT prévoir un nombre de places destinées à l'accueil à temps partiel et les solutions alternatives à cet accueil	PHV 40 ans et +		CG	Courier d'information envoyé aux Conseils Généraux Nombre d'ESAT avec possibilité de travail à temps partiel retenus dans les AAP	De juin 2013 à juin 2017



Action 7: Assurer sur les territoires une offre accessible et diversifiée aux enfants déficients auditifs, permettant l'exercice du libre choix des parents prévu par la loi entre un parcours scolaire bilingue et un parcours scolaire oraliste.

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-7-1	Mettre en place une évaluation du niveau linguistique de l'enfant à 3,4 et 5 ans et éventuellement réorienter/ revoir les choix en fonction des besoins de l'enfant		Enfants déficients auditifs			Intégration de l'évaluation dans le projet personnalisé de scolarisation et le projet individuel de prise en charge	D'avril 2014 à décembre 2016
1-1-7-2	Organiser dans chaque département une rencontre tripartite ou quadripartite (Education Nationale –établissements médico-sociaux et MDPH le cas échéant) pour vérifier l'adéquation de l'offre quantitative et qualitative, et évaluer les actions à mettre en place	<p>Etudier systématiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transformation de places de SEES en SEHA - Transformation de places de SEES en SEFFIS - Les possibilités de regroupement afin de limiter l'intégration individuelle qui montre ses limites (voir les problèmes connexes : transport, repas...) <p>Dresser un comparatif des moyens offerts par l'éducation nationale et le secteur médico-social sur chaque territoire</p>	Enfants déficients auditifs		<p>Education nationale</p> <p>MDPH</p> <p>Etablissements médico-sociaux</p> <p>DT ARS</p>	<p>Nombre de places transformées / besoin</p> <p>Nombre de places transformées / besoin</p> <p>Nombre de regroupements</p> <p>Nombre de CLIS, ULIS</p>	De janvier 2014 à décembre 2014
1-1-7-3	Etablir une cartographie du territoire francilien qui permette d'identifier ses	Identifier les points de blocage				Existence d'un comparatif des moyens existants	De janvier 2015 à décembre



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	ressources et ses manques à partir de diagnostics départementaux					Cartographie réalisée	2015 De janvier 2015 à décembre 2015



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Organiser et structurer l'offre médico-sociale en addictologie pour assurer une prise en charge adaptée, pluridisciplinaire, continue, graduée et de proximité pour toutes les personnes ayant des conduites addictives et leur entourage

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, au regard de la précarité d'une majorité d'utilisateurs, il est nécessaire d'élaborer des stratégies d'intervention adaptées, globales, graduées et coordonnées, qui vont de la prévention aux soins et à l'accompagnement médico-social et social.

Pour mémoire, le dispositif médico-social de prise en charge et de soins en addictologie, dont les premières structures (alors non intégrées dans le champ des établissements et services médico-sociaux) sont apparues dans les années 1970 (Centre d'Hygiène Alimentaire qui deviendront en 1975 les Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie, antennes toxicomanies), s'est constitué progressivement avec les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), dont l'évolution conduira à la création des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Par ailleurs, l'article L. 3121-5 du code de la santé publique issu de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique crée une nouvelle catégorie d'établissement médico-social : les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour utilisateurs de drogues (CAARUD) qui relèvent de l'article L.312-1,9° du code de l'action sociale et des familles au même titre que précédemment les CCAA, les CSST, et actuellement les CSAPA.

Le dispositif médico-social de prévention, de réduction des risques et de soins en addictologie s'est donc d'abord 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...), mais aussi du fait d'opportunités locales, de possibilités financières, etc.

La mise en place récente des 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.

L'addictologie médico-sociale occupe aujourd'hui une place primordiale dans la prévention, la réduction des risques et des dommages, la prise en charge et les soins en addictologie.

Cette position et les missions qu'elle doit assurer lui donnent un rôle central dans le dispositif de prise en charge en addictologie.



Schéma d'organisation médico-sociale

L'addictologie médico-sociale se caractérise ainsi notamment par :

- sa proximité : elle occupe ainsi une « *place de pivot de proximité inséré dans un territoire* » disposant de la capacité d'intégrer la prévention des conduites addictives dans les ressources locales, d'assurer un accueil et des soins aux personnes présentant des conduites addictives et à leur entourage, d'inscrire le parcours de soins dans le projet de vie de la personne ;
- sa pluridisciplinarité voire l'interdisciplinarité des professionnels permettant ainsi d'allier compétences médicales, psychologiques, sociales et éducatives, dans un objectif d'accompagnement et de prise en charge adaptée, globale et individualisée ;
- son accompagnement de durée adaptée.

Elle se distingue de l'addictologie hospitalière centrée sur les phases aiguës du traitement des maladies addictives, les cas compliqués par les pathologies et comorbidités associées, les activités de consultation, de liaison et d'hospitalisation.

Toutefois, elle intervient en complémentarité d'intervention.

Il en est de même pour la médecine de ville avec laquelle des articulations, des coopérations doivent être trouvées.

Cette nécessaire coopération doit aussi exister avec le secteur social, véritable et nécessaire relais vers l'insertion sociale, professionnelle, l'hébergement, le logement mais aussi la reconstruction des liens sociaux.

Le dispositif médico-social de prévention, de prise en charge et de soins, composé et articulant CAARUD, CSAPA ambulatoires et résidentiels, unités de prévention, consultations de proximité, consultations jeunes consommateurs, doit ainsi s'organiser, se structurer pour devenir le « centre ressources » sur son territoire.

Toutefois, et c'est là bien un enjeu important du SROMS, le développement d'une offre de soins globale et cohérente implique, outre le développement du dispositif médico-social spécialisé, que le dispositif de soins généraux, somatiques (médecins généralistes, hôpitaux généraux) soit également investi et que les centres hospitaliers spécialisés et les secteurs psychiatriques s'organisent également sur le même modèle pour apporter une réponse spécialisée et spécifique aux pathologies addictives.

Les CSAPA peuvent aussi assurer des prestations d'hébergement thérapeutique/ de soins résidentiels, en individuel (appartements thérapeutiques - AT), en collectif (centres thérapeutiques résidentiels - CTR) ou encore selon les modalités familles d'accueil (FA) ou communautés thérapeutiques (CT).

Le dispositif dispose aussi d'un certain nombre de nuitées d'hôtel pour la mise à l'abri.

Ce dispositif de soins résidentiels constitue un outil indispensable et complémentaire dans la prise en charge des personnes ayant des conduites addictives.

L'état des lieux francilien témoigne de la diversité des modalités de soins résidentiels (AT, CTR, FA, CT) mais aussi de sa répartition hétérogène sur l'ensemble de la région (offre centrée sur Paris et la petite couronne).



Schéma d'organisation médico-sociale

Il montre aussi l'évolution des profils de patients nécessitant un hébergement : jeunes, personnes vieillissantes et/ou en perte d'autonomie, grande précarité, personnes présentant des comorbidités psychiatriques et neurologiques sévères, poly-addictions, ...ou encore ceux pour lesquels les réponses proposées sont insuffisantes ou inadaptées.

Un des enjeux du SROMS réside aussi dans la structuration du soin résidentiel en addictologie, de sa « reconnaissance » (héberger/soigner), et ce dans un contexte général de contraintes budgétaires et de crise du logement qui accentue les difficultés, ou crée des difficultés particulières.

A noter que la région Ile-de-France dispose d'un schéma régional d'addictologie (SRA), volet médico-social, arrêté par le préfet de région en décembre 2009, et d'un SROS, volet « prise en charge des addictions », arrêté par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation en décembre 2009.

Ce premier pas dans la planification visait notamment, à la lumière des constats et des éléments de diagnostic partagé, à l'organisation du dispositif francilien de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie.

Ce travail de planification se poursuit donc avec le SROMS, qui intègre les orientations et objectifs du SRA tout en tenant compte des axes stratégiques de l'ARS dans la perspective de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, d'améliorer la qualité du service rendu et l'efficacité de l'organisation.

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



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-1-1	<p>Améliorer la visibilité des dispositifs médico-sociaux en addictologie</p> <p>Améliorer le partage des informations entre les différents acteurs (institutionnels et professionnels de terrain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exploitation régionale et départementale des rapports d'activité des CAARUD et CSAPA ; constitution d'une base de données régionale - Mise en place d'une instance régionale d'information, d'échanges sur les addictions et poursuite de groupes de travail thématiques - Elaboration d'un annuaire régional et départemental actualisé des dispositifs de prévention, de réduction des risques, de prise en charge et de soins, des actions et des lieux d'interventions <p><i>Secteurs visés</i> : médecine de ville, sanitaire, médico-social, social, prévention, éducation à</p>	Personnes ayant des conduites addictives et leur entourage		<p>Etablissements médico-sociaux : CAARUD, CSAPA</p> <p>Etablissement expérimental : communauté thérapeutique</p> <p>Dispositifs : Consultations Jeunes Consommateurs MILDT DGS OFDT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Constitution et actualisation annuelle de la base de données partagée - Exploitation régionale et départementale des indicateurs d'activités - Elaboration et diffusion d'un annuaire régional et départemental partagé et actualisé des dispositifs de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie - Mise à jour régulière de la cartographie - Installation et tenue régulière (au moins une fois par an) d'une instance régionale sur les addictions 	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>la santé, intervention précoce, réduction des risques, prise en charge et soins, insertion/réinsertion sociale et professionnelle</p> <p>Remarque : Prise en compte des caractéristiques du secteur médico-social (proximité, pluri/transdisciplinarité, accompagnement de durée adaptée)</p> <p><i>Territoires concernés</i> : région et tous les territoires départementaux</p>					



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-2	<p>- Structurer et renforcer l'offre en CAARUD et CSAPA (ambulatoires et résidentiels)</p> <p>-Assurer une prise en charge de proximité en renforçant le maillage territorial et le rôle du dispositif médico-social</p> <p>- Positionner le CSAPA comme « centre ressources » pluridisciplinaire et de proximité</p>	<p>Les CAARUD, CSAPA, ainsi que les consultations jeunes consommateurs assurent une offre de proximité favorisant la précocité et la continuité des interventions ainsi qu'une approche globale des patients.</p> <p>Renforcer leur rôle et leur inscription dans un partenariat local et apporter des réponses sur les territoires insuffisamment dotés constituent un objectif prioritaire de prise en charge de proximité.</p> <p>Cela passe notamment par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la poursuite du renforcement des équipes pour parvenir à une réelle transdisciplinarité de l'accueil, de la prise en charge et des personnes ayant des conduites addictives et de leur entourage. 	Personnes ayant des conduites addictives	SRP SROS Addictions, Psychiatrie	Etablissements : CAARUD, CSAPA, CT	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'ETP financés dans le cadre du renforcement des CAARUD et CSAPA - Nombre de CAARUD renforcés et créés, nombre d'antennes CSAPA déployées, nombre de CSAPA créés, nombre de CJC renforcées et créées <p>Remarque : mise en œuvre de l'action liée aux mesures nouvelles</p>	<p>Dès 2013</p> <p>Valeur cible à 5 ans :</p> <p>CAARUD : au moins deux CAARUD par département disposant au minimum de 4 ETP</p> <p>CSAPA :</p> <p>La priorité est la restructuration et le renforcement des CSAPA ambulatoires et en soins résidentiels, Ceux-ci passent par : - le renforcement, notamment en temps médical, paramédical et socio-éducatif, de</p>



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
	<p>- la structuration, le développement des capacités d'accueil en ambulatoire et en soins résidentiels (CTR, AT, CT).</p> <p>Remarque : il n'existe pas de taux d'équipement défini au niveau national.</p> <p>Objectifs retenus pour le SRA :</p> <p>*Ambulatoire :</p> <p>Obtenir sur chaque territoire une offre diversifiée et adaptée.</p> <p>(indicateur : nombre de CSAPA pour 1 000 000 habitants âgés de 20 à 70 ans et comparaison avec le taux national)</p> <p>*Hébergement thérapeutique :</p> <p>- Augmenter le nombre de places en CTR et en AT : obtenir dans chaque département un taux d'équipement minimum de 15 places en CTR et de 15 places</p>						<p>manière à assurer un accompagnement et une prise en charge globale de la personne et de son entourage ;</p> <p>- le développement de l'offre en ambulatoire (consultations avancées, dispositifs « aller vers », antennes) et en soins résidentiels (hébergements collectifs et individuels) avec comme objectif un équilibre régional intégrant les besoins et la réduction des inégalités sociales et territoriales.</p> <p>Chaque</p>



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>en AT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouverture d'une communauté thérapeutique (Seine-Saint-Denis) - le renforcement de la place et du rôle des CSAPA dans la prise en charge addictologique de proximité, en tant que « centres ressources », notamment par la mise en œuvre de conventions de partenariat avec les différentes structures concernées (sociales, de prise en charge, de dépistage, de prévention, de réduction des risques, etc.). 					<p>département devra disposer d'une offre en soins résidentiels collective (au moins, un CTR par département) et individuelle (AT : les besoins identifiés affichent une cible de 30 places par département).</p> <p>Les places proposant un accompagnement spécifique, intégré ou non à une expérimentation (personnes placées sous mains de justice ou sortant de prison, femmes avec ou sans enfants, jeunes, usagers actifs, usagers vieillissants) sont à</p>



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<p>- la promotion, la mise en place de lieux, de temps d'échanges, de rencontres, d'actions de partages d'information, de communication entre les différents professionnels de proximité concernés (médecins généralistes, pharmaciens, hépatologues, gynécologues, dentistes, etc.) : constitutions de « réseaux partenariaux » d'acteurs locaux.</p>					<p>orientation régionale.</p> <p>Valeur cible :</p> <p>Augmenter (au minimum : tripler) le nombre de conventions de partenariat et de coopération (entre structures et domaines différents, entre services médico-sociaux de même nature et à vocation complémentaire)</p>



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-3	<p>Recenser et promouvoir les initiatives innovantes et les expérimentations :</p> <p>modes d'organisation et d'intervention, modalités de prise en charge, populations nécessitant une prise en charge adaptée, spécifique comme par exemple les jeunes, les femmes avec ou sans enfants, les usagers vieillissants, les personnes placées sous main de justice, etc.</p>	<p>- Procéder au recensement de ces actions et expériences innovantes en lien avec les acteurs, associations d'usagers, gestionnaires, les fédérations du secteur en vue de les faire connaître et ainsi de promouvoir leur extension.</p> <p>- Adapter le dispositif de prise en charge et de soins (ambulatoires et résidentiels) aux besoins et aux évolutions des consommations, (addictions sans substance, jeux pathologiques, troubles des conduites alimentaires, etc.), des profils des patients (usagers vieillissants), des modalités de prise en charge (accueil tout produit et tout degré d'usages, etc.) (programmes innovants et expérimentations).</p>	Personnes ayant des conduites addictives		<p>MILDT, DGS</p> <p>OFDT</p> <p>DRIHL, DDCCS</p> <p>Etablissements concernés</p>	<p>- Réalisation d'un recensement des actions et expériences innovantes, de leurs évaluations</p> <p>- Mise en place et évaluation d'expérimentations</p> <p>- Communication auprès des partenaires</p>	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Action 2 : Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages

- 1/ Eléments de contexte / enjeux :

Les dommages sanitaires et sociaux associés aux consommations de substances psychoactives licites et illicites ont justifié la mise en place depuis plusieurs années d'une politique de réductions des dommages énoncée en France comme une politique de réduction des risques.

La mise en évidence d'une prévalence élevée du VIH dès les années 1985 puis du VHC dans les années 1990 chez les usagers de drogues a été dans plusieurs pays et en France à l'origine de nombreuses actions engagées par des associations et des professionnels de santé pour aboutir à la définition et à la mise en œuvre de politiques publiques de réduction des risques : en témoignent l'inscription d'un volet réduction des risques dans les différents plans gouvernementaux de santé publique : plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les toxicomanies, plan de prise en charge et de prévention des addictions, plans « hépatites », etc.

En France, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)¹ estime à environ 230 000 le nombre d'usagers problématiques de drogues², dont 81 000 usagers injecteurs actifs.

Sur le plan international et national, plusieurs articles et études ont montré que si la réduction des risques avait eu un impact important sur la transmission du VIH chez les usagers de drogues, cet impact est plus limité pour le VHC.

Ainsi, la politique de réduction des risques en faveur de usagers de drogues basée en France notamment sur la mise en place d'un accès élargi au matériel d'injection, aux traitements de substitution aux opiacés, au dépistage du VIH et aux traitements antirétroviraux a joué un rôle important sur la réduction de l'incidence du VIH, la baisse des décès liés aux usages de drogues et l'amélioration de l'accès aux soins pour les usagers de drogues. Mais, les résultats insuffisants pour l'infection par le VHC (prévalence qui reste estimée entre 40 et 50 % contre 6 à 8 % pour le VIH), la hausse récente des décès par surdose, le développement de nouveaux modes de consommation et de nouvelles pratiques à risques (sniff, paille, tatouage, piercing, etc.), le recours à l'injection par certains groupes d'usagers, l'émergence de nouvelles

¹ *Prévalence de l'usage problématique de drogue en France, estimations 2006*, OFDT, Tendances n°69, décembre 2009

² Usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamine durant l'année passée pour le groupe d'âge 15-64 ans



Schéma d'organisation médico-sociale

populations non couvertes par les dispositifs existants, etc. témoignent d'une part des limites atteintes par cette stratégie et d'autre part, de la nécessité de d'expérimenter, d'évaluer, de mettre en place d'autres stratégies et modes d'intervention, d'autres outils, complémentaires, impliquant l'ensemble des acteurs concernés, et en cohérence de ceux existants et des politiques sanitaires.

Dans ce contexte et face à ces constats, il apparaît donc nécessaire **d'améliorer, poursuivre, renforcer, développer, compléter, relancer les stratégies et politiques en matière de réduction des risques et des dommages, de définir une nouvelle dynamique inscrite dans un continuum prévention- réduction des risques et des dommages- soins, structurée et cohérente sur le long terme, de reprendre l'initiative en affichant clairement la volonté politique continue de lutter contre les dommages et les risques infectieux et notamment de réduire la prévalence du VHC.**

Définition et évolution de la politique de réduction des risques :

- *Concept et définition :*

Apparue à la fin des années 1980, une politique de réduction des risques visant à minimiser les risques d'infection en lien avec l'usage de drogues s'est mise en place dans de nombreux pays d'Europe, en Amérique du Nord et en Australie.

Le concept :

Le registre sémantique utilisé pour qualifier la politique de réduction des risques diffère selon les pays : ainsi si le vocable de la réduction des méfaits est davantage utilisé au Canada, celui de réduction des risques est préféré en France et en Suisse.

Originellement, le vocable découle du terme anglais harm reduction qui désignait un ensemble d'actions pragmatiques destinées à réduire les torts et les dommages liés à l'usage de drogue consommée par voie intraveineuse.

Définition :

Il existe de nombreuses définitions de la réduction des risques ; toutefois, celle-ci peut être définie comme « un modèle d'intervention en toxicomanie qui cherche à répondre aux besoins sanitaires et sociaux des usagers de drogue. Ce modèle s'adresse à tous les consommateurs et en particulier à ceux qui ne peuvent ou ne veulent, pour l'instant, arrêter leur consommation. Son but est non seulement de réduire les risques et dommages liés à l'usage de drogues, mais aussi de contribuer au processus de soin de l'individu, d'œuvrer pour les acquisitions des droits civiques et sociaux en favorisant la réinsertion des usagers. Dans ce sens, la réduction des risques est à la fois une pratique et une politique. Elle fonde son action sur un double précepte : celui du pragmatisme des actions menées sur le terrain et celui du respect du choix de l'usager. » (cf. Charte Européenne pour la Réduction des Risques – 1999).

A la fois stratégie, démarche et ensemble d'actions, centré sur la personne ou de santé collective, ce modèle semble recouvrir des réalités plurielles. Ainsi **les modalités d'intervention se déclinent en actions diverses qui, prises dans leur ensemble, forment une palette de dispositifs et d'outils adaptés aux individus et aux différents profils de consommation et problématiques possibles.**



Schéma d'organisation médico-sociale

Le pragmatisme, l'acceptation de la consommation ainsi que l'approche des risques aussi bien sanitaires que sociaux, pour ne reprendre que des mots clés, semblent néanmoins former un fil rouge reliant les divers éléments du concept de réduction des risques.

La RDR en France : une politique de santé publique, des stratégies et des programmes d'intervention et une reconnaissance législative

Initiée en 1987 avec la vente libre des seringues et poursuivie en 1995-1996 avec les traitements de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine haut dosage), mais aussi par le biais du dépistage VIH/VHC et de l'accès aux traitements antiviraux, la politique de réduction des risques s'est construite progressivement pour aboutir à une reconnaissance législative avec la loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique ainsi qu'à la définition d'un cadre de référence pour les activités de réduction des risques (cf. article D. 3411-33 du Code de la santé publique ; décret n°225-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique).

Ainsi, l'article L. 3121-3 du Code de la santé publique (CSP) précise que la définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue relève de l'Etat.

L'article L. 3121-4 du CSP indique que « **la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par substances classées comme stupéfiants** ».

Le référentiel national de réduction des risques de 2005 indique que « **la réduction des dommages repose à la fois sur des interventions qui visent directement les consommateurs et sur une mobilisation des services ou des associations qui peuvent favoriser leur inclusion dans la collectivité par la concertation et la médiation au bénéfice des usagers et de l'ensemble des habitants des zones de résidences concernées** ».

Le dispositif de réduction des risques repose ainsi sur des structures, des programmes et des actions complémentaires.

Il a pour objectif la prévention des risques infectieux par notamment la mise à disposition de matériel d'injection stérile, la diffusion de messages préventifs, l'accès aux dépistages pour une population à haut risque, la prescription de traitements de substitution aux opiacés (TSO) et l'appui aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle.

La réduction des risques et des dommages est ainsi fondée sur une approche pragmatique, dans un souci du respect et de la dignité des personnes, de non-jugement pour aller « là où ils sont, là où ils en sont » et donc agir au plus près de la réalité des usages et des prises de risques.

La RdR implique aussi une attitude de veille permanente, permettant d'initier des approches expérimentales, au regard des nouveaux produits, nouveaux usages et des nouveaux besoins des usagers.



Schéma d'organisation médico-sociale

Principes d'organisation et d'action :

➤ *Les populations cibles*

La réduction des risques s'adresse aux personnes, qui du fait de leur addiction, peuvent avoir des comportements à risques.

Ces risques sont liés aux produits eux-mêmes, aux modes d'usage, aux circonstances de consommation.

➤ *Les acteurs*

Le dispositif de réduction des risques est structuré autour :

- des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD) ;
- des CSAPA (la RdR constitue une mission obligatoire pour tous les CSAPA qu'ils soient « généralistes » ou spécialisés « drogues illicites », « alcool ») ;
- des actions de réduction des risques (programmes d'échanges de seringues, programmes en milieux festifs, automates d'échanges de seringues, équipes mobiles,hors CAARUD).

Il inclut aussi d'autres acteurs, pluriels :

- des associations œuvrant dans le champ de la réduction des risques liés aux infections, issues ou non de la lutte contre le sida et/ou le VHC, ou du secteur des usagers de drogues (auto-support, prévention, RDR, soins) ;
- des pharmaciens d'officine ;
- des médecins généralistes et des réseaux de santé ;
- des collectivités locales, etc.

- Les **CAARUD** ont pour missions (cf. article R. 3121-33-1 du CSP) :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :
 - a) l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place ;
 - b) l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;
 - c) l'incitation au dépistage des infections transmissibles ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou à 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 ;
- le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.



Schéma d'organisation médico-sociale

L'article R. 3121-33-2 du CSP précise qu'ils ont également une mission de participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. (mission facultative).

Le contenu de chacune de ces missions est explicité dans l'annexe 3 de la circulaire n°DGS/DSS/DGAS/2006/01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des CAARUD et à leur financement par l'assurance maladie.

Par ailleurs, la circulaire précitée précise que le projet d'établissement devra faire état des stratégies mises en œuvre pour favoriser l'accès au dépistage et au traitement pour ce qui concerne le VIH et le VHC, ainsi que pour l'accès au vaccin de l'hépatite B compte tenu des enjeux actuels dans la population concernée.

Enfin, dans l'objectif de permettre un suivi des usagers et d'apporter une réponse adaptée à leurs besoins, des partenariats doivent être recherchés et organisés (conventions) avec d'autres organismes ou structures : centres de dépistages anonymes et gratuits, CSST, réseaux ville hôpital, travailleurs sociaux, centres d'hébergement d'urgence sociale, autres CAARUD, etc.

En outre, cette même circulaire indique que les conventions de partenariat ne doivent pas avoir pour objet « *la réalisation d'une mission fondamentale du CAARUD* ».

- La mission de réduction des risques des **CSAPA** a pour but de (cf. article D.3411-1 du CSP) :

- limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives ;
- contribuer au processus de soin, au maintien et à la restauration du lien social.

La circulaire du 28 février 2008 précitée précise les modalités de mise en œuvre de cette mission obligatoire pour tous les CSAPA : « Toute personne prise en charge par un CSAPA doit pouvoir bénéficier de séances d'informations collectives et/ou de conseils personnalisés d'éducation à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux, overdose...). Elle est accompagnée tout au long de son parcours pour élaborer et mettre en œuvre sa propre stratégie de réduction des risques », « les activités de réduction des risques doivent ainsi s'articuler avec les autres missions développées dans les CSAPA », « Les activités de réduction des risques doivent ainsi s'articuler avec les autres missions développées dans les CSAPA. », « Un effort tout particulier devra être consenti aux actions visant à réduire les contaminations par les virus hépatotropes. »

Ainsi, la RDR dans les CSAPA va au-delà des risques infectieux et concerne tous les comportements habituellement associés à la prise de substances psychoactives.

2/ Limites de la politique de réduction des risques : Une séroprévalence VHC qui reste élevée



Schéma d'organisation médico-sociale

Si la politique de réduction des risques a incontestablement conduit à une réduction de l'incidence du VIH (cf. enquête Coquelicot 2004 : seuls 10,8 % des usagers interrogés sont séropositifs au VIH), à une diminution des décès par surdose et à une amélioration de l'accès aux soins pour les usagers de drogues, elle a néanmoins montré certaines limites face aux constats et évolutions suivants :

- une prévalence du VHC qui reste élevée chez les usagers de drogues (voie intraveineuse et/ou voie nasale) puisqu'elle atteint près de 60 % des usagers et qu'elle apparaît comme particulièrement préoccupante chez les usagers de drogues de moins de 30 ans (28 % infectés),
- l'émergence de populations nécessitant une prise en charge adaptée,
- le développement de nouvelles pratiques à risques et/ou le recours à l'injection par certains groupes d'usagers.

Autant de situations qui demandent une révision des stratégies, une adaptation des mesures de prévention et des actions de réduction des risques.

Ainsi, les risques et les complications liés aux usages de drogues, et notamment le risque de transmission du VIH et des hépatites virales B (VHB) et C (VHC), sont liés à de multiples facteurs : épidémiologiques (charge virales VIH, VHB ou VHC, modalités de partage de matériel, susceptibilité individuelle, etc.), psychosociaux (connaissances et attitudes par rapport à la prise de risques, etc.), poly consommations, situations de précarité, usages et pratiques (« usage pressé » dans les lieux publics, usage de matériel non stérile, prisons, etc.).

Les éléments de constats montrent que la politique de RDR ne doit pas être réduite ni à la diffusion de message d'information sur les risques liés à l'injection, ni la seule mise à disposition de matériel, d'outils.

Ainsi, comme le souligne l'expertise collective Inserm de juin 2010 sur la réduction des risques chez les usagers de drogues, la RDR doit impérativement faire partie d'une stratégie plus globale de réductions des inégalités sociales de santé : « *La RDR chez les usagers de drogues doit donc d'inscrire dans une logique de continuum (et non d'opposition), avec les stratégies de prise en charge de la dépendance. Elle doit adapter, en fonction des besoins et leurs évolutions, la palette des mesures et des approches, tout en renforçant l'accès à des projets thérapeutiques personnalisés et à un suivi médical et social. Il s'agit en tout premier lieu de prévenir le passage à l'injection et de limiter, pour les usagers qui ne peuvent se passer de l'acte d'injection, d'en limiter les risques associés* ».

- 3/ Réduction des risques, alcool, tabac, jeux et addictions comportementales :

La réduction des risques et des dommages s'applique à l'usage de tous les produits psychoactifs, mais de façon différente, en fonction des caractéristiques propres à chaque substance et à leurs modes et circonstances de consommation.

Pourtant, si les stratégies de la RDR envers les risques infectieux liés notamment à l'injection sont relativement bien établies et connues des usagers, des professionnels, il en est différemment pour les autres modes de consommation et pour les risques liés aux substances psychoactives licites (alcool, tabac, médicaments, etc.) et aux addictions comportementales (jeu pathologique, etc.).



Schéma d'organisation médico-sociale

Ainsi concernant l'alcool, la circulaire du 28 février 2008 précitée indique que « les modalités de réduction des risques pour les personnes en difficulté avec l'alcool seront précisées ultérieurement sur la base d'une expertise scientifique au niveau national ».

Aussi, la RDR avec le produit alcool est à définir et à formaliser.

Cela ouvre la question du risque en alcool (cf graphique Pyramide du risque), nécessite de distinguer la finalité de la consommation, de différencier l'alcoolisation aiguë, chronique, la dépendance, et de dépasser la vision centrée sur la dépendance.

La RDR en alcoologie viserait à prévenir les risques :

- pour l'usager lui-même,
- pour la santé de l'enfant à naître dans le cadre à naître d'une grossesse,
- liés à la désinhibition et la perte de vigilance (accidents de la route, transmission d'infections sexuellement transmissibles, violences, etc.).

A noter qu'il reste à définir, à approfondir certaines modalités de l'action de réduction des risques, s'agissant d'usage de tabac, de jeu pathologique, etc.

Les éléments de contexte, constats, problématiques et enjeux décrits ci-dessus conduisent à la proposition des actions suivantes :

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-2-1	Poursuivre la structuration et compléter le dispositif de réduction des risques et des dommages	<u>Concernant l'amélioration de l'accessibilité au matériel d'injection et de prévention :</u> - Améliorer la couverture territoriale en automates : La région Ile-de-France	Personnes ayant des pratiques addictives et à risques		CAARUD CSAPA Programmes d'échanges de seringues Pharmaciens d'officine	- Nombre d'automates distributeurs/échangeurs de seringues - Nombre de pharmaciens impliqués dans la diffusion du matériel d'injection stérile aux usagers de drogues	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>compte 128 automates d'échanges de seringues en 2012, répartis de manière hétérogène sur l'ensemble des territoires de la région.</p> <p>L'amélioration de la couverture territoriale en automates commence par la poursuite de la restructuration des dispositifs existants (Sont essentiellement concernés les départements de Paris et des Hauts-de-Seine) et l'implantation de machines dans les départements très peu pourvus (grande couronne).</p> <p><i>- Renforcer la mobilisation et l'implication des pharmaciens dans la diffusion du matériel d'injection stérile aux usagers de drogues et dans la délivrance de médicaments de substitution.</i></p>		Collectivités territoriales (dont les municipalités pour l'implantation des automates)	et dans la délivrance de médicaments de substitution	



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>Territoires concernés : tous les territoires, en tenant compte des initiatives locales existantes.</p> <p>Critères de priorisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre l'étude sur le rôle des pharmaciens dans la réduction des risques ; - Augmenter le nombre de pharmaciens mobilisés dans la diffusion du matériel d'injection stérile aux usagers de drogues et dans la dispensation de médicaments de substitution aux opiacés. <p><u>Concernant les CAARUD :</u> <i>Renforcer l'offre en CAARUD</i></p>				



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<p>Le taux d'équipement en CAARUD pour la région Ile-de-France est de 3,9 CAARUD pour 1 000 000 habitants âgés de 20 à 49 ans, alors qu'il est de 5,2 au niveau national. Toutefois, ce chiffre masque des réalités hétérogènes (cf tableau répartition des CAARUD par département).</p> <p>Aussi, le renforcement du dispositif sera rendu concret par l'obtention d'un taux d'équipement d'au moins deux CAARUD par département, ce qui permettrait à la région Ile-de-France de se rapprocher de la moyenne nationale.</p> <p>Territoires concernés par ordre de priorisation : Hauts-de-Seine, Yvelines, Essonne, Val d'Oise, Val-de-Marne, Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis, Paris</p>					<p>Valeur cible à 5ans :</p> <p>Taux d'équipement d'au moins deux CAARUD par département (composé au minimum de 4 ETP), ce qui permettrait à la région Ile-de-France de se rapprocher de la moyenne nationale.</p>



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> - Conforter leur inscription dans le réseau de prise en charge des soins <p>Territoires concernés : tous les territoires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'accès à l'hébergement pour les usagers des CAARUD <p>Cette mesure concerne deux niveaux d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le premier vise à la promotion et au développement de conventions de partenariat avec des structures d'hébergement du dispositif spécialisé (hébergement thérapeutique) et/ou du dispositif Accueil, Hébergement, Insertion ; - le second vise à l'expérimentation 					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<p>suivie de l'évaluation de protocoles de prises en charge socio-sanitaires incluant l'hébergement.</p> <p>En effet, il convient de rappeler que les CAARUD sont des structures ambulatoires ; toutefois, les usagers accompagnés sont souvent en situation de grande précarité et les besoins en hébergement spécialisé ou de droit commun sont importants.</p> <p>Territoires concernés par ordre de priorité : Seine-Saint-Denis (usagers de crack), autres territoires</p> <p><u>Concernant les CSAPA :</u></p> <p>- Développer une clinique de</p>					



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p><i>la RdR en CSAPA intégrant les différentes approches (drogues illicites, alcool, addictions sans substances, etc.).</i></p> <p>Lorsque les modalités de réduction des risques pour les personnes en difficulté avec l'alcool seront précisées au niveau national, l'instance régionale thématique sur les addictions proposera une déclinaison régionale permettant leur mise en application au sein de la région Ile-de-France.</p>					
1-1-2-2	Développer la culture de la réduction des risques et des dommages	<p>- Favoriser, développer l'appropriation par les acteurs du champ de la santé, du médico-social, du social, de l'éducation et de la justice, qu'ils interviennent dans le cadre d'un accompagnement individuel ou collectif, des enjeux, des concepts et des</p>	Personnes ayant des pratiques addictives et à risques			<p>- Nombre d'intervenants ayant bénéficié d'une formation en addictologie et en RDR (information sur les produits, les risques et leurs effets, sur les dispositifs, les stratégies d'intervention</p>	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<p>outils de la réduction des risques.</p> <p>Enrichir les savoirs dans le domaine de la RDR implique aussi que soit donnée une place à l'expérience et à l'expression des usagers, des consommateurs (<i>empowerment</i> des usagers, savoirs d'usages).</p> <p>Le développement de la culture de réduction des risques nécessite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La diffusion aux professionnels des différents champs des études existantes sur les stratégies, outils et dispositifs innovants en matière de réduction des risques ; ➤ La rédaction et la diffusion de principes de bonnes pratiques en matière de 				<p>et les outils, etc)</p>	



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>réduction des risques liés à l'alcool (information, repérage des quantités et des circonstances de consommation, stratégies de modération, de réorganisation des consommations, prise en compte de l'entourage ...) à l'attention des équipes des CSAPA et des CAARUD qui ont peu d'expérience en la matière et des professionnels de santé, notamment les médecins généralistes ;</p> <p>➤ Le renforcement des temps de formation autour de la réduction des risques à destination des équipes des CSAPA et l'organisation d'échanges avec les équipes des CAARUD pour favoriser notamment la mise en place de lieux d'accueil à seuil d'exigence adapté (lieu où les personnes peuvent venir se poser, boire un café, échanger</p>					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>...) au sein des CSAPA ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le développement de l'information de temps de sensibilisation/formation en direction des médecins généralistes, des infirmières libérales et des pharmaciens autour de la réduction des risques et des traitements de substitution aux opiacés, en s'appuyant notamment sur les équipes des CAARUD et les médecins des microstructures pour favoriser notamment l'élargissement de la mise à disposition de jetons pour les distributeurs/échangeurs de seringues ; ➤ La mise en place de temps de sensibilisation/formation en direction des acteurs qui accueillent et accompagnent des personnes en situation de 					



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>précarité ;</p> <p>➤ Le renforcement des temps de sensibilisation/formation en direction des professionnels de la justice et des services de répression ;</p> <p>➤ L'impulsion de temps de réflexion et de débat auprès du grand public autour de l'image des boissons alcoolisées, des effets psychoactifs de l'alcool, des risques inhérents à sa consommation, des stratégies de réduction des dommages.</p>					
1-1-2-3	<p>Développer les actions visant à réduire la morbidité et la mortalité de l'hépatite C chez les usagers de drogues (dépistage du statut sérologique hépatites et VIH conformément à l'article L. 3411-4 du CSP, vaccination hépatite B, accès aux</p>	<p>- Mettre en place dans les CAARUD et les CSAPA des « procédures/protocoles hépatite C » depuis le dépistage (à réaliser dans ou hors les murs),</p>	<p>Personnes ayant des pratiques addictives et à risques</p>	SRP	<p>CAARUD CSAPA Collectivités territoriales</p>	<p>- Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage, d'une vaccination - Nombre de personnes bénéficiant d'un accès</p>	<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p>



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
traitements)	<p>l'accompagnement des résultats, la vaccination éventuelle, jusqu'aux relations avec les hépatologues ainsi que les modalités de suivi des traitements.</p> <p>Il s'agit en effet de réduire la morbidité et la mortalité liée aux hépatites chroniques virales B et C, par la combinaison d'une meilleure prévention et d'un dépistage plus accessible, tout en améliorant l'accès aux traitements efficaces et les prises en charge.</p> <p><i>- Renforcer les actions de prévention et de réduction des risques et des dommages pour réduire le nombre de nouvelles contaminations.</i></p> <p>La prévention des infections par le virus de l'hépatite C sera renforcée par le développement des stratégies</p>				<p>aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement et pérennisation de la mise à disposition de l'outil Fibroscan selon les modalités définies dans le projet régional (nombre de CAARUD et de CSAPA ayant signé une convention de partenariat avec l'association en charge de la coordination du projet, nombre de personnes ayant bénéficié de l'examen, nombre de personnes ayant bénéficié d'un accompagnement dans l'accès aux soins, etc.) - Expérimentations de nouvelles stratégies d'intervention, de nouveaux outils (accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection, salle(s) de consommation à 	<p>2013 : développement et pérennisation du projet régional « Fibroscan »</p>



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>d'intervention, la mise à disposition de matériel de prévention et de réduction des risques ainsi que par la mise en place de programmes et d'actions innovantes en matière de réduction des risques et des dommages : prévention du passage à l'injection, éducation à la santé, y compris par les pairs, accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection, etc.</p> <p>- Augmenter le nombre de personnes diagnostiquées pour permettre un accès aux soins plus précoce.</p> <p>- Renforcer et développer l'accès aux traitements : amélioration de la réponse et adaptation de la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale aux besoins</p>				<p>moins de risque, développement des stratégies d'intervention intégrant le « aller vers », etc.).</p>	



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<p><i>des personnes exposées dont celles en situation de précarité.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Porter une attention particulière aux personnes incarcérées (prévalence élevée) en termes de prévention, dépistage (renforcement des dépistages), accès aux soins, accompagnement, soutien, etc.</i> - <i>Poursuivre les expérimentations et actions innovantes qui visent à une amélioration des outils de réduction des risques et à une dynamisation de la lutte contre les hépatites.</i> - <i>Promouvoir l'éducation aux pratiques de consommation à</i> 					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p><i>développer son utilisation.</i></p> <p>Objectif cible : Pérenniser la mise à disposition de l'outil Fibroscan dans les CAARUD et les CSAPA (dans un premier temps ceux spécialisés « drogues illicites », « généralistes », puis dans un second temps ceux « spécialisés « alcool »).</p> <p><i>-Contribuer à la recherche sur les produits consommés et leurs évolutions, sur les usages et modes de consommation et leurs évolutions, sur les nouveaux outils, sur le développement de nouvelles modalités d'intervention (en lien et grâce au contact direct avec les pratiques et les savoirs des usagers) qui pourront impulser une nouvelle dynamique à l'ensemble du dispositif.</i></p>					



Schéma d'organisation médico-sociale

	Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-2-4	<p>Renforcer les stratégies de réduction des risques en milieux festifs</p>	<p>Les prises de risques en milieux festifs sont fréquentes.</p> <p>Il convient par conséquent d'accompagner les événements festifs pour permettre aux jeunes et aux adultes qui y participent de connaître, de maîtriser et de gérer les risques inhérents aux consommations de substances psychoactives.</p> <p>Une des actions à envisager, en plus de celles existantes visant à structurer et renforcer les stratégies d'intervention en milieux festifs, est, suite à la création d'un collectif inter-caarud, de :</p> <p>créer, à titre expérimental, une équipe mobile CAARUD multidisciplinaire et coordonnée sur le territoire</p>	<p>Personnes ayant des conduites addictives et à risques</p>	<p>SRP</p>	<p>Associations de prévention et de réduction des risques</p> <p>Collectif Fêtez Clairs</p> <p>CAARUD (« collectif Inter-CAARUD »)</p> <p>CSAPA</p> <p>Collectivités territoriales</p> <p>Préfectures</p>	<p>-Elaboration et diffusion d'un guide des stratégies d'intervention et actions et des bonnes pratiques professionnelles en milieux festifs</p>	<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p>



	Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>francilien, ayant pour mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'effectuer un travail de sensibilisation en direction des organisateurs des événements festifs et de s'inscrire dans l'événement dès sa préparation pour favoriser l'appropriation par ces derniers de la démarche de réduction des risques ; - d'assurer des interventions en milieu festif avec proposition de mise en place de dispositifs souples et complémentaires pouvant associer stands de diffusion d'information et de matériel (préservatifs masculins et féminins, gels, éthylotests, réglottes de calcul de l'alcoolémie, matériel de prévention des risques infectieux, couvertures de survie ...), accueil, écoute et conseils personnalisés, espace d'échanges autour des pratiques, gestes de premier 					



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		secours, veille sanitaire, orientation vers les dispositifs de droit commun.					
1-1-2-5	Développer et renforcer les stratégies de réduction des risques en milieu carcéral	<p>- Mettre en place des actions de réduction des risques adaptées au milieu carcéral d'une part et aux besoins des publics concernés d'autre part.</p> <p>- Organiser la présence des acteurs de réduction des risques (CAARUD, CSAPA) en milieu pénitentiaire.</p> <p>Territoires prioritaires : Tous les territoires concernés (lieux d'implantation d'établissements pénitentiaires)</p>	Personnes ayant des pratiques addictives et à risques	SROS santé des personnes détenues	UCSA SMPR CSAPA CAARUD Administration pénitentiaire	-Mise en œuvre des mesures préconisées par la circulaire DGS/DH/DAP n°79 du 5 décembre 1996 et par le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Action 3 : Structurer et développer l'offre en appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Eléments de contexte / problématique :

La loi n ° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale a permis de pérenniser le dispositif des appartements de coordination thérapeutique en mettant fin au statut expérimental en vigueur depuis 1994 et en l'intégrant dans le cadre des établissements sociaux et médico-sociaux financés par l'Assurance Maladie.

Les ACT fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion ³

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'Île-de-France compte **712 places autorisées d'ACT dont 687 places installées.**

Objectif général : Mieux prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques sévères, en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, une aide à l'observance des traitements, un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-4-1	Développer l'offre en ACT	- Mise en œuvre d'un appel à projets, dès mesures nouvelles	Personnes confrontées à des difficultés spécifiques	PRAPS	DGS DRIHL DDCS	- Nombre de places d'ACT créées	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma

³ Articles D.312-154 et D.312-155 du Code de l'action sociale et des familles



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>- Améliorer la structuration territoriale de l'offre en ACT pour mieux répondre aux évolutions des besoins (pathologies chroniques sévères).</p> <p>Principes directeurs et critères à suivre pour l'évolution du dispositif ACT :</p> <p>-Création de places en priorité sur les territoires déficitaires et renforcement sur les territoires moins bien dotés dans le but de réduire les inégalités territoriales</p> <p>-Dans le cadre de la planification des capacités d'accueil des établissements médico-sociaux, nécessité de prendre en compte l'éventualité d'une saturation de l'accueil et de l'accompagnement en ACT,</p> <p>-Développement de l'offre</p>					<p>Valeur cible à 5 ans</p> <p>- Renforcer l'offre en ACT dans chaque département en tenant compte de l'évolution des personnes accueillies (pathologies chroniques sévères) et des orientations (renforcement de l'offre ACT pour « sortants de prison »)</p>



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>adaptée aux personnes sortant de prison ou placées sous main de justice,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre de programmes expérimentaux tenant compte de l'évolution des demandes, des profils de patients, des pathologies, etc. <p>Dans ce cadre, l'expérimentation est soumise à un cahier des charges, une évaluation, un suivi...</p> <p>L'orientation des personnes peut être dans ce cas régionale.</p>					
1-1-4-2	Améliorer la connaissance des ACT	<ul style="list-style-type: none"> - Exploitation régionale des rapports d'activités standardisés ACT, - Constitution d'une base de données régionale. 	Personnes confrontées à des difficultés spécifiques	PRAPS	DGS ACT	<ul style="list-style-type: none"> - Constitution d'une base de données régionale et départementale de suivi d'activités des ACT 	<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p> <p>Chaque année</p>



Action 4 : Développer l'offre en lits halte soins santé (LHSS)

Eléments de contexte / problématique :

Créés en 2005, les LHSS offrent un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, un suivi thérapeutique, un accompagnement social, et des prestations d'éducation sanitaire auprès d'usagers en grande précarité.

Leur mission est d'offrir une suite et une alternative à l'hospitalisation ou un soin ne relevant pas de l'hôpital, et ce quelque soit la pathologie, aux personnes vivant à la rue.

Des résultats de l'enquête menée actuellement par la DGCS sur la pertinence et le fonctionnement de ces structures dépendra une éventuelle programmation supplémentaire permettant ainsi la création de nouvelles places supplémentaires.

Au 1^{er} janvier 2012, la région Ile-de-France compte 385 places de LHSS.

Objectif général : Offrir une suite ou une alternative à l'hospitalisation aux personnes sans domicile sur l'ensemble de la région.



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-4-1	Assurer une offre en LHSS sur les huit départements franciliens	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre d'un appel à projets, dès mesures nouvelles <p>Territoires prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Val d'Oise, Essonne, Yvelines (territoires non équipés en LHSS) - Val-de-Marne, Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine, Paris (territoires à renforcer). 	Personnes confrontées à des difficultés spécifiques	PRAPS	DGCS DRIHL	- Nombre de lits créés	<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p> <p>Valeur cible à 5 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'une offre en LHSS dans chaque département (minimum 40 places) - Doubler l'offre régionale en LHSS
1-1-4-2	Améliorer la connaissance des LHSS	<ul style="list-style-type: none"> - Exploitation régionale des rapports d'activités standardisés LHSS, - Constitution d'une base de données régionale. 	Personnes confrontées à des difficultés spécifiques		DRIHL DR/DDJSCS URIOPSS FNARS LHSS	- Constitution d'une base de données régionale et départementale de suivi d'activités des LHSS	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Action 5 : Pérenniser l'expérimentation en lits d'accueil médicalisés (LAM) et développer cette offre

Eléments de contexte / problématique :

Créées en 2006, les structures « Lits Halte Soins Santé » (LHSS) ont rapidement vu une bonne partie de leurs lits (35 à 40 %) occupés de façon chronique par une population extrêmement marginale atteinte de pathologies de pronostic sombre (Korsakov, Alzheimer, schizophrénie, psychose, cancers évolués...).

Or les LHSS ne sont ni prévus, ni équipés, ni financés pour prendre en charge un tel public.

C'est pourquoi il a été décidé d'expérimenter un mode de prise en charge adaptée à ce type de public plus âgé et atteint de pathologies lourdes : les LAM. L'expérimentation commencée en 2009 s'applique à une capacité de 45 lits répartis sur trois sites Lille et Troyes et depuis décembre 2010 à Paris (24 places gérées par le Samu social).

D'une durée de trois ans, cette expérimentation (cf arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité) 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 communs....

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.

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-1-5-1	Poursuivre l'expérimentation et développer l'offre en LAM	- <u>Concernant le public</u> , déterminer la nature des pathologies, les parcours, les profils des personnes accueillies, leurs problématiques, les raisons des freins, voire du nonaccès aux structures dite « de droit	Personnes confrontées à des difficultés spécifiques	PRAPS	DGCS DRIHL	- Poursuite de l'expérimentation ; résultats de l'évaluation pour le dispositif parisien ; - Nombre de places créées et répartition	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma Valeur cible à 5 ans : - Pérennisation de l'expérimentation et



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>commun ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Concernant le dispositif</u>, identifier les conditions optimales de fonctionnement (taille, personnels, etc.), inscrire les LAM dans un réseau local partenarial sanitaire, médico-social, social - Après la phase d'expérimentation et en fonction de la programmation nationale et des mesures nouvelles, structurer l'offre en LAM : - Assurer une répartition territoriale en LAM s'inscrivant dans l'objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; - Améliorer les orientations vers le dispositif LAM ainsi que les sorties vers d'autres structures sociales, médico- 				territoriale	<p>évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une offre en LAM (minimum 25 places) dans chaque département francilien - Réflexion quant la possibilité d'intégration des LAM dans le dispositif SIAO



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		sociales (notamment celles accueillants des personnes âgées, handicapées) (notions de parcours de vie et de soins ; fluidité du parcours ; prise en charge adaptée, pluridisciplinaire, médico-sociale, de proximité).				



Schéma d'organisation médico-sociale

OBJECTIF STRATEGIQUE N°1

Organiser et structurer une offre médico-sociale adaptée et de proximité

OBJECTIF OPERATIONNEL N°1-2

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



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES AGEES



Action 1 : Prendre en compte les spécificités des malades Alzheimer vivant à domicile

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-1	Veiller à assurer une couverture homogène de l'intervention des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) des SSIAD sur l'ensemble du territoire francilien, de manière à ce que tout besoin exprimé puisse trouver une solution de prise en charge (cf. appel à projet auprès des SSIAD et SPASAD existants, pour la création de 59 nouvelles équipes spécialisées sur la région en 2011 et 2012)	Appel à projets régional pour la création de 59 ESA sur 2011-2012	Malades Alzheimer (ou maladie apparentée)			- Nombre d'ESA autorisées - Couverture effective du territoire	2013
1-2-2	Communiquer sur l'action menée par les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) à domicile auprès des professionnels de santé (notamment les médecins prescripteurs) et des familles (par l'intermédiaire des CLIC et autres lieux d'information).	Sensibilisation des médecins prescripteurs par services compétents de l'ARS (service ambulatoire + DT ARS) – envois mail + communication site internet	Malades Alzheimer (ou maladie apparentée)	SROS ambulatoire	URPS CG	-Nombre de représentants des professionnels de santé informés -Nombre de CG informés (pour les CLIC)	2013 - 2017



Action 2 : Prendre en compte les spécificités des malades Alzheimer ayant des troubles du comportement

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-3	Procéder à la labellisation et au suivi de 257 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) au sein des EHPAD afin de diminuer les troubles du comportement des malades Alzheimer	Instruction des dossiers de demande de labellisation, puis visite sur site en partenariat avec les équipes ARS et CG	Malades Alzheimer (ou maladie apparentée)		Conseils généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de PASA labellisés - Taux de progression du nombre de PASA labellisés - Actions menées auprès des opérateurs pour les sensibiliser à la création de PASA 	Dès 2013 et sur la durée du schéma
1-2-4	Soutenir la création de PASA au sein des EHPAD par le biais d'une aide financière à l'investissement, afin de limiter l'impact du coût des travaux sur le tarif hébergement à la charge de l'usager	Aides financières à solliciter dans le cadre des instructions annuelles de la CNSA sur le Plan d'aide à l'investissement (PAI)	Malades Alzheimer (ou maladie apparentée)		Conseils généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de PASA inscrits sur la liste du PAI -IDF remontée à la CNSA - Nombre de PASA effectivement financés 	Dès 2013 et sur la durée du schéma
1-2-6	Soutenir la création d'UHR au sein des USLD par le biais d'une aide financière à l'investissement	Aide à l'investissement accordée dans le cadre de l'instruction des dossiers UHR en fonction des crédits disponibles	Malades Alzheimer (ou maladie apparentée)	SROS	Conseils généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'UHR ayant bénéficié de cette aide - Montant des crédits d'investissement accordé 	2013 - 2014



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-7	<p>Veiller à la bonne articulation entre les unités cognitivo-comportementales (UCC) relevant des SSR des établissements sanitaires et les structures UHR en EHPAD et AJ</p>	<p>Recenser les situations de partenariat entre les UCC et UHR en EHPAD et AJ</p> <p>Encourager la signature de conventions de partenariat et l'inscription dans une filière gériatrique</p>	<p>Malades Alzheimer (ou maladie apparentée)</p>	<p>SROS</p>	<p>Conseils généraux</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de conventions de partenariat conclues - Nombre d'UHR en EHPAD, d'UCC et d'AJ intégrés dans les filières gériatriques 	<p>Dès 2013 et sur la durée du schéma</p>



Action 3 : Prendre en compte les spécificités des malades Alzheimer jeunes

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-8	Créer des places en établissement pour accueillir à temps complet des malades Alzheimer de moins de 60 ans (structures PA et/ou PH)	Sélectionner un ou plusieurs opérateurs chargés de mettre en place un accueil spécifique des malades Alzheimer jeunes, à l'échelon régional	Malades Alzheimer jeunes (ou maladie apparentée)		Conseils Généraux	- Nombre de places créées	Dès 2013 et sur la durée du schéma
1-2-9	Assurer un accompagnement adapté aux besoins spécifiques de ces malades jeunes	Projet de vie et soins spécifique aux malades Alzheimer jeunes Personnel formé aux spécificités des personnes accueillies	Malades Alzheimer jeunes (ou maladie apparentée)		Conseils Généraux	- Existence de projets de vie spécifiques - Nombre de professionnels formés à la maladie d'Alzheimer	Dès 2013 et sur la durée du schéma



Action 4 : Prendre en compte les spécificités des personnes immigrées vieillissantes

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-10	Améliorer la connaissance des besoins de ces populations	Rassembler les données disponibles (population et offre) au niveau régional, départemental, des organismes gestionnaires de foyers pour travailleurs migrants, des associations,...) Réunir l'ensemble des partenaires concernés pour évaluer les besoins de santé et médico-sociaux spécifiques de ces populations	Immigrés âgés		Conseils généraux DRJSCS (PRIPI) DDCS	- Création de la base de données - Evaluation des besoins (au plan quantitatif et au plan qualitatif)	Dès 2014 et sur la durée du schéma
1-2-11	Développer les mesures de soutien à la vie à domicile (lutte contre l'isolement, maintien du lien social, accompagnement à l'accès aux droits, prévention de la dépendance,...)	Recenser les actions proposées par les collectivités, associations,... Coordonner les acteurs aux différents niveaux territoriaux	Immigrés âgés		Conseils généraux DRJSCS (PRIPI) DDCS	- Réalisation du recensement - Réunion des acteurs aux différents niveaux territoriaux	Dès 2015
1-2-12	Créer ou adapter des structures	Identifier des projets répondant aux besoins (1 à 2	Immigrés		Conseils	- Nombre de projets intégrant un accompagnement spécifique (cible 2	A partir du 2 nd semestre



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	d'hébergement (EHPAD) existantes	<p>dans chaque département)</p> <p>Veiller aux exigences de formation des personnels pour un accompagnement adapté aux besoins spécifiques de ces personnes</p>	âgés		généraux DRJSCS (PRIPI) DDCS	<p>par an)</p> <p>- inscription dans le projet d'établissement de la structure des mesures prévues à cet effet et contrôle de l'effectivité de ces mesures</p>	2014



Action 5 : Prendre en compte les spécificités des aînés en situation de grande précarité

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-13	Améliorer la connaissance des besoins de ces populations (besoins relatifs au logement et à un accompagnement médico-social ou autre (cf. PRAPS))	Rassembler les données disponibles (population et offre) au niveau régional, départemental, des organismes gestionnaires de structures d'accueil, des associations,...) Réunir l'ensemble des partenaires concernés pour évaluer les besoins de santé et médico-sociaux spécifiques de ces populations	Personnes âgées précaires	PRAPS	Conseils généraux DRJSCS DRIHL	- Création de la base de données - Evaluation des besoins (au plan quantitatif et au plan qualitatif)	Dès 2014
1-2-14	Veiller à assurer le lien entre dispositif chargé des urgences sociales et dispositif médico-social	Réunion dans chaque département des administrations concernées pour déterminer les modalités de liaison à mettre en place	Personnes âgées précaires	PRAPS	Conseils généraux DRJSCS DRIHL	- réunion dans chaque département et rédaction d'un document précisant ces modalités de liaison	A partir de 2015
1-2-15	Développer les mesures de soutien à la vie à domicile (quand il y a domicile)	Recenser les actions proposées par les collectivités, associations,...	Personnes âgées précaires	PRAPS	Conseils généraux DRJSCS DDCS	- Réalisation du recensement	A partir du 2 nd semestre 2014



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		Coordonner les acteurs aux différents niveaux territoriaux				- Réunion des acteurs aux différents niveaux territoriaux	
1-2-16	Créer ou adapter des structures d'hébergement existantes en formant les personnels pour un accompagnement adapté	<p>Identifier des projets répondant aux besoins (1 à 2 dans chaque département)</p> <p>Veiller aux exigences de formation des personnels pour un accompagnement adapté aux besoins spécifiques de ces personnes</p>	Personnes âgées précaires	PRAPS	Conseils généraux DRJSCS DRIHL	<p>- Nombre de projets intégrant un accompagnement spécifique (cible 2 par an)</p> <p>- inscription dans le projet d'établissement de la structure des mesures prévues à cet effet et contrôle de l'effectivité de ces mesures</p>	A partir du 2 nd semestre 2014



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 6 : Prendre en compte les spécificités des personnes âgées sortant de prison

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-17	<p>Améliorer la connaissance des besoins de cette population</p> <p>Veiller à la mise en place d'un accompagnement médico-social pour les personnes âgées en perte d'autonomie</p>	<p>Rassembler les données disponibles (population et offre) au niveau régional et départemental</p> <p>Sensibiliser les partenaires aux dispositifs d'accompagnement médico-sociaux pour la vie à domicile et en institution</p>	Personnes âgées de plus de 60 ans sortant de prison		<p>Travailleurs sociaux</p> <p>DRIHL</p>		A partir du 2 nd semestre 2014



Schéma d'organisation médico-sociale



VOLET PERSONNES HANDICAPEES



Action 1 : Développer des modes d'accueil permettant une mixité des populations

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-1-1	Etudier l'opportunité de développer des espaces regroupant un lieu de prise en charge précoce (grâce à une offre paramédicale de proximité formée) et un lieu de socialisation petite enfance entre enfants valides et enfants en situation de handicap	Faire un état des lieux de l'existant et des différentes modalités de fonctionnement Recenser les besoins des territoires	Tous handicaps (0 – 6 ans)		CG Municipalités DRJSCS CAF Associations	% de places dédiées aux enfants handicapés / capacité totale Nombre d'espaces avec unité thérapeutiques prenant en charge les enfants	De juin 2014 à juin 2017
1-2-1-2	Encourager l'accueil d'enfants handicapés dans les centres de loisirs	Prévoir une évaluation par l'équipe pluridisciplinaire des MDPH des besoins d'accompagnement de l'enfant handicapé dans le cadre des activités extrascolaires et ce indépendamment de l'appréciation des besoins liée à l'attribution des prestations accordées au titre de la compensation du handicap.	Tous handicaps (6 – 14ans)		CG Municipalités DRJSCS	Nombre de centre de loisirs accueillant des enfants handicapés avec une prise en charge spécifique	D'avril 2013 à juin 2017



Action 2 : Favoriser des modes d'accompagnement innovants pour les personnes handicapées vieillissantes

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-2-1	Repérer et évaluer les besoins en soins des personnes handicapées vieillissantes atteintes de maladies chroniques afin d'éviter les hospitalisations itératives	Mettre en place un référentiel des besoins en soins en s'appuyant sur les études conduites par la CNSA	PHV 40 ans et +	Sanitaire Prévention ambulatoire	Conseils de l'Ordre médecins et infirmiers Conseils généraux CNSA	Référentiel Diffusion aux Conseils de l'Ordre et aux conseils généraux pour utilisation dans les structures d'hébergement	De janvier 2014 à décembre 2014
1.2.2.2	Modifier la réglementation afin de passer du concept de « type de structure » à celui de « mode de prise en charge »	Elaborer un cahier des charges pour cadrer le fonctionnement de studios expérimentaux dans les foyers de vie avec un éducateur référent (expérimentation relevée dans un territoire) Expérimenter ce concept	40 ans et +				de juin 2013 à juin 2017
1.2.2.3	Prévoir des autorisations d'extensions pour des sections réservées aux PHV dans les EHPAD	Faire une étude des structures déjà existantes Lancer des appels à projet conjoints suivant les résultats de l'étude	40 ans et +	Sanitaire			de juin 2013 à juin 2017



Action 3: Pour les personnes handicapées psychiques, mettre en place un dispositif d'information et documentaire à destination des usagers et des professionnels.

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-3-1	Participer à la mise en place de la plateforme d'information « Santé mentale-handicap psychique » prévu par la plan santé mental en y intégrant les données sur le médico-social	<ul style="list-style-type: none"> - aborder le thème en transversal à travers la prévention, les soins, l'accompagnement médicosocial et social ; - répondre, par une triple entrée, d'une part aux attentes des usagers et de leurs familles, d'autre part au besoin d'information du grand public, enfin aux attentes des professionnels ; - s'assurer que le projet soit porté, au niveau régional, conjointement par les ARS, pilote de la politique de santé, et les MDPH, dont l'une des missions est l'accueil et l'information. 	Handicap psychique	Prévention, Sanitaire	MDPH	Mise à disposition sur Internet	De janvier 2014 à décembre 2014



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Développer et améliorer l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge des jeunes

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-1-1	<p>Organiser une offre de soins globale, accessible, adaptée et de proximité en faveur des jeunes</p>	<p>Les éléments du diagnostic partagé montrent qu'il existe encore de nombreux freins à l'accès aux soins addictologiques : inégalités territoriales en matière d'offre, modalités d'accueil et d'accompagnement pas toujours adaptés, freins psychologiques, difficultés de déplacement, etc.</p> <p>Il convient donc de développer des stratégies d'interventions et d'actions visant à favoriser l'entrée en contact, à renforcer l'attractivité des structures d'addictologie, à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux dispositifs de prévention, d'intervention précoce, de prise en charge et de soins.</p> <p>Cela passe notamment par :</p>	<p>Jeunes confrontés à des conduites addictives et à risques</p>	SRP	<p>CSAPA</p> <p>CJC</p> <p>Education Nationale</p> <p>Etablissements de la Protection Judiciaire de la Jeunesse</p> <p>Structures d'accueil de l'Aide Sociale à l'Enfance</p> <p>Structures d'accueil des Jeunes (PAEJ, missions locales, etc.)</p> <p>Collectivités</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de Consultations Jeunes Consommateurs renforcées et créées - Diffusion et mise en œuvre du guide sur les Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs - Organisation de journées régionales et départementales dédiées aux Consultations Jeunes Consommateurs 	<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p>



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> - le développement de stratégies et d'outils favorisant l'appropriation par les jeunes des informations relatives aux conduites addictives et à risques, ainsi qu'aux dispositifs de prévention, d'intervention précoce, d'accueil, d'accompagnement et de soins existants ; - l'organisation de temps d'information, de sensibilisation, de présentation, en milieu scolaire et extrascolaire, par les dispositifs d'addictologie et/ les associations de prévention, des différents dispositifs de prévention, d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge, des missions, des modalités d'accès et de fonctionnement, etc. ; - le renforcement et le développement des Consultations 		territoriales		



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>Jeunes Consommateurs (CJC), dispositif adapté aux jeunes consommateurs et à leur entourage. Elles sont au service d'une stratégie d'intervention précoce pour faciliter le repérage, l'accès aux soins et améliorer la prise en charge.</p> <p>En cela, elles sont centres ressource sur les questions d'addictions chez les jeunes et à ce titre il convient d'en assurer leur structuration, leur renforcement et leur développement.</p> <p>- l'amélioration de l'accessibilité et de l'accueil par l'identification et l'aménagement d'espaces et d'horaires adaptés et dédiés aux publics jeunes et à leur entourage dans les structures proposant une consultation jeunes consommateurs (CJC) ;</p> <p>- le renforcement et le</p>				



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>développement de consultations de proximité, à partir des consultations jeunes consommateurs (CJC) des CSAPA, dans des lieux, des structures accueillant des jeunes, comme les missions locales, les PAEJ, les établissements de la PJJ, ceux de l'éducation spécialisée accueillant des adolescents, etc. ;</p> <p>- le développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires associant des compétences en addictologie et en pédopsychiatrie et allant à la rencontre (notion d' « aller vers ») des jeunes sur leurs lieux de vie, d'activités, après évaluation des besoins ;</p> <p>- le renforcement et le développement des CJC au sein des centres pour jeunes détenus (CDJ) et dans les lieux accueillant des jeunes placés sous mains de</p>					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>charge systémiques, animation d'ateliers, de groupes de paroles, etc.).</p> <p>-la mise en œuvre (suivi de la pérennisation) d'approches thérapeutiques expérimentales, innovantes, permettant notamment d'intégrer la prise en compte de l'entourage familial, de l'environnement du jeune et concourant à diversifier l'offre d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge.</p> <p>C'est dans ce cadre que s'inscrit la Consultation Jeunes Consommateurs, à orientation régionale, intégrant l'approche thérapeutique MultiDimensional Family.Therapy (MDFT) et mettant en œuvre le programme expérimental de prise en charge spécifique des jeunes au sein d'une structure relevant de la PJJ, en application du Plan gouvernemental de lutte contre les</p>				



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		drogues et la toxicomanies (2008-2011) (fiche 3-3 action n°2).					
1-2-1-2	Agir en direction et avec les adultes, l'entourage	<p>Selon des éléments du diagnostic partagé, il apparaît que les jeunes confrontés à des conduites addictives et à risques arrivent relativement tardivement dans les dispositifs de prise en charge et de soins en addictologie.</p> <p>Pour les amener à consulter plus précocement, il convient aussi d'agir sur leur entourage, d'apporter un soutien aux parents, mais aussi de renforcer les compétences des adultes, des professionnels de première ligne intervenant directement auprès des jeunes.</p> <p>Une telle action passe notamment par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le développement d'espaces de paroles, d'échanges à destination 	Jeunes confrontés à des conduites addictives et à risques, et leur entourage	SRP		-	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>des parents dans des lieux connus d'eux, investis par eux (comme par exemple, les centres éducatifs, sociaux, culturels, sportifs, etc.) en amont du soin ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - le développement de l'information auprès des parents, de l'entourage sur les phénomènes émergents et les dispositifs de prévention, de prise en charge et de soins existants ; - l'organisation de formations multidisciplinaires en direction des professionnels, des acteurs de proximité intervenant auprès des jeunes visant le renforcement de leurs compétences par rapport au repérage précoce des conduites addictives et à risques, à la relation d'aide, à l'orientation vers les soins, etc. ; - l'organisation de coopérations, 				



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		de partenariats entre des espaces ouverts, généralistes (donc non stigmatisants), fréquentés par les jeunes et avec lesquels ils sont dans une relation de confiance et qui peuvent jouer un véritable rôle de médiation (structures de proximité accueillant des jeunes, structures intermédiaires comme les PAEJ, les maisons des adolescents, les centres de santé, les centres de planning familial, les associations de prévention, etc.) et les dispositifs d'addictologie dans un but de favoriser les orientations, l'accompagnement vers la prévention et les soins.					
1-2-1-3	Constituer une « filière de prise en charge des jeunes », globale, adaptée, couvrant l'intégralité des parcours possibles, tenant compte de la sévérité de l'addiction ou de la conduite à risques, des éventuelles comorbidités somatiques, psychologiques ou psychiatriques, de la situation sociale et familiale du	Les intoxications aiguës (tous produits) et les alcoolisations massives et répétées chez les jeunes semblent en augmentation. Par ailleurs, certains adolescents sont déjà dans une relation de dépendance aux substances psycho-actives.	Jeunes confrontés à des conduites addictives et à risques, et leur entourage	SRP SROS volet ambulatoire et hospitaliers		- Articulation et complémentarité d'intervention entre les dispositifs médico-sociaux et sanitaires	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
jeune	<p>Ces consommations sont souvent le symptôme d'autres difficultés, plus globales, sur le plan familial, scolaire, social ou de la santé, voire d'une véritable souffrance psychique.</p> <p>Or, il n'existe pas de réponse organisée permettant d'assurer des soins aigus dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée, ces jeunes étant hospitalisés dans différents services (pédiatrie, pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, médecine, maternité ...) en fonction des situations, des places disponibles, des orientations, etc.</p> <p>La mise en place d'une organisation graduée et cohérente en la matière constitue donc un axe fort d'amélioration.</p> <p>Cela implique de fait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le renforcement des partenariats de proximité, à l'échelle des 					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<p>territoires et infra territoriale, entre, d'une part, les médecins généralistes, les CAARUD, CSAPA, les consultations jeunes consommateurs et, d'autre part, les services hospitaliers spécialisés en addictologie ;</p> <p>- le renforcement des interventions des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) dans les services hospitaliers, notamment les services d'urgences ;</p> <p>- l'élaboration de protocoles d'accueil et de prise en charge aux urgences des intoxications aiguës chez les jeunes prévoyant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ l'intervention systématique d'un intervenant sensibilisé, formé à la problématique addictive, en capacité d'évaluer, de diagnostiquer, de prendre en charge et de s'articuler avec les dispositifs d'addictologie ; ➤ une proposition 					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>systematique de rencontre avec un professionnel spécialisé en addictologie de façon à engager avec le jeune, en aval de l'intoxication aigüe, une démarche de soins ;</p> <p>➤ l'impulsion d'une réflexion approfondie, en lien avec la pédopsychiatrie, la pédiatrie, la psychiatrie, l'addictologie et les urgences (adultes et pédiatriques), autour des difficultés particulières de certains jeunes inscrits dans des conduites addictives lourdes, complexes, présentant parfois des comorbidités psychiatriques, et en rupture familiale et sociale, nécessitant une prise en charge globale par une équipe pluridisciplinaire dotée de compétences en psychiatrie/pédopsychiatrie, addictologie et pédiatrie dans la perspective éventuelle de création d'une unité dédiée aux jeunes ;</p>				



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>- l'organisation de suites de soins dans un centre thérapeutique résidentiel (porté par un CSAPA), étroitement articulé avec la pédiatrie, la pédopsychiatrie, pouvant accueillir des jeunes de la région confrontés à des conduites addictives et à risques pour des séjours d'une durée de 6 mois renouvelable, leur permettant de retrouver un équilibre dans un cadre protégé, de construire un projet individuel de réinsertion et de consolider éventuellement un sevrage ou une substitution.</p> <p>(dispositif expérimental soumis à évaluation)</p> <p>-le développement et le renforcement de lits d'hospitalisation, ainsi que l'organisation de soins de suite pour adolescents confrontés à des conduites addictives (dispositif à construire en articulation avec le dispositif médico-social).</p>				



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-1-4	Mieux comprendre les effets, les impacts des consommations massives et répétées de substances psychoactives chez les jeunes, et notamment sur leurs capacités cognitives et leurs comportements	Pour améliorer la connaissance de l'impact des consommations massives de substances psychoactives et/ou des intoxications chroniques chez les jeunes, et notamment sur leurs capacités cognitives et leurs comportements, il conviendrait d'encourager, de soutenir, voire de conduire des travaux de recherche, en s'appuyant sur les professionnels de la région intéressés, et en lien avec le niveau 3 régional d'addictologie, une fois celui-ci mis en place.	Jeunes confrontés à des conduites addictives et à risques, et leur entourage	SRP	Niveau 3 en addictologie hospitalière		Dès 2013



Action 2 : Développer et améliorer l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge des femmes enceintes, des parents isolés ou en couple avec enfants

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-2-1	Proposer une prise en charge globale, cohérente et coordonnée de la femme enceinte et de son entourage	<p>La prise en charge des femmes enceintes ayant des conduites addictives ou à risques doit s'inscrire dans une approche globale, pluridisciplinaire, graduée, coordonnée et cohérente.</p> <p>L'offre en la matière et l'organisation de cette offre diffèrent selon les territoires : si elle existe (CSAPA ambulatoires et résidentiels spécialisés), même si insuffisante, elle apparaît encore trop souvent peu coordonnée et s'inscrivant trop rarement dans une approche globale.</p> <p>Le dispositif existant doit donc</p>	Femmes enceintes, parents isolés ou couples avec enfants	SRP SROS	Professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité Réseaux de périnatalité et d'addictologie CSAPA CAARUD		Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>être amélioré, les compétences des professionnels développées et un travail en réseau impulsé.</p> <p>Les pistes d'action retenues à cette fin sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le renforcement de la coordination entre les structures d'addictologie, les professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité (pédopsychiatres, psychiatres, pédiatres, gynécologues, médecins généralistes, professionnels de PMI ...) et les réseaux en périnatalité pour favoriser un meilleur repérage et un accompagnement global des femmes enceintes dont les consommations de substances psycho-actives s'inscrivent souvent dans des problématiques multiples et 					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		étroitement articulées avec les structures de prise en charge médico-psychologique en périnatalité, favorisant une prise en charge coordonnée avant, pendant et après la grossesse et permettant une prise en charge pédiatrique, notamment pour les enfants atteints d'un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).					
1-2-2-2	Proposer un accompagnement adapté et de proximité aux parents isolés ou aux couples avec enfants	<p>- Améliorer, renforcer les réponses permettant de soutenir les parents consommateurs de substances psycho-actives dans leur parentalité.</p> <p>Développer des outils, des stratégies et des dispositifs permettant des réponses adaptées, comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ la mise en place d'espaces d'accueil, de groupes de paroles de soutien 	Femmes enceintes, parents isolés ou couples avec enfants	SRP SROS			Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>à la parentalité, de proximité, co-animés par des professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité et des professionnels spécialisés en addictologie, favorisant ainsi les échanges entre parents autour des difficultés rencontrées et des savoir-faire et savoir-être développés ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ le développement de l'intervention à domicile d'IDE ou de puéricultrices formées en addictologie pour des mères en capacité de vivre chez elles mais nécessitant toutefois un accompagnement pour favoriser la relation mère-enfant et gérer le quotidien dans l'objectif de prévenir une éventuelle rechute et d'éviter un placement ; ➤ le renforcement, après évaluation précise des besoins, du nombre d'appartements 					



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>thérapeutiques (AT) pour favoriser l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge de femmes/parents isolés avec jeunes enfants y compris scolarisés ;</p> <p>➤ la création d'un centre thérapeutique résidentiel (CTR) pour femmes/parents avec jeunes enfants y compris scolarisés, après validation des besoins.</p>				



Action 3 : Développer et améliorer l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de précarité

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-3-1	Renforcer l'information, améliorer la lisibilité des dispositifs de prévention, de prise en charge et de soins en direction des personnes en situation de précarité et des professionnels du champ social et de l'insertion	<p>Les éléments du diagnostic partagé montrent que les personnes en situation de précarité confrontées à des conduites addictives et à des risques accèdent difficilement aux informations autour des dispositifs de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie existants, les outils de communication étant souvent peu appropriés.</p> <p>Il en est de même pour les professionnels du social et de l'insertion.</p> <p>Il convient par conséquent de développer des stratégies d'interventions, d'actions plus adaptées, répondant mieux à</p>	Personnes en situation de précarité confrontées à des conduites addictives et à des risques	SRP PRAPS	DRIHL DDCS		Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<p>temps d'information autour des droits, du recours au médecin traitant et au milieu hospitalier, de l'organisation des soins addictologiques, avec interprète si nécessaire ;</p> <p>- le renforcement de l'information autour du dispositif d'addictologie en direction des professionnels du champ social et de l'insertion par l'élaboration et la mise à disposition d'un répertoire régional et départemental, actualisé, des dispositifs, des actions, des lieux d'interventions ;</p> <p>- le renforcement et le développement d'actions de sensibilisation et de formation des professionnels des CAARUD et des CSAPA vers les structures sociales d'accueil ; d'hébergement et</p>					



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		d'insertion (notion d' « aller vers », travail sur les représentations, les échanges de pratiques, le relais de savoir-faire, etc.).					
1-2-3-2	Améliorer l'accès aux soins en addictologie	<p>De nombreux freins à l'accès aux dispositifs d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge, aux soins en addictologie subsistent pour les personnes en situation de précarité :</p> <ul style="list-style-type: none"> freins psychologiques et culturels, cumul des problématiques, problématiques d'accès aux droits, modalités d'accueil pas toujours adaptées, etc. <p>Il convient par conséquent de renforcer l'attractivité et l'accès aux dispositifs de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie.</p> <p>Cela passe notamment par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le développement de stratégies d'interventions et 	Personnes en situation de précarité confrontées à des conduites addictives et à risques	SRP PRAPS	CSAPA CAARUD Dispositifs sociaux et d'insertion DRIHL DDCS Collectivités territoriales		Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>d'actions s'inscrivant dans « l'aller vers » ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise en place de stratégies d'accueil adaptées au sein des structures d'addictologie CAARUD, CSAPA ambulatoires et résidentiels: locaux accessibles et accueillants ; abord bienveillant et respectueux de la personne ; accueil inconditionnel, sans rendez-vous, etc. ; - le développement, dans les CSAPA, des activités de maintien et de restauration du lien social (activités culturelles, artistiques, sportives, etc.) et de gestion du quotidien (réapprentissage des rythmes de vie, etc.) et des temps d'information/éducation à la santé (hygiène de vie, maladies sexuellement transmissibles, équilibre alimentaire, vaccination...); 					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<ul style="list-style-type: none"> - un renforcement du travail autour de la question de l'accès aux droits pour les personnes sans droits effectifs, de manière à garantir, en aval de la prise en charge initiée gratuitement en CSAPA, les relais vers la médecine de ville, l'hôpital, les soins de suite et de réadaptation ; - la poursuite de la mise en place de consultations avancées des CSAPA dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion ; - la mise en place d'accompagnements, de visites dans les lieux de vie, d'hébergement/logement, de prise en charge, auprès de personnes en situation d'isolement par des équipes d'addictologie à la demande de professionnels du social ou 					



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		de la santé.					
1-2-3-3	Renforcer l'approche globale, graduée, cohérente, coordonnée des personnes en situation de précarité confrontées à des conduites addictives et à risques	<p>Proposer une prise en charge globale, graduée, cohérente et coordonnée des personnes en situation de précarité confrontées à des pratiques addictives et à risques, garantir la fluidité des parcours de soins, dépasser les cloisonnements persistants entre les secteurs social, médico-social, sanitaire et la médecine de ville, ... supposent notamment pluri/interdisciplinarité, travail en équipes et en coopération, articulation avec les acteurs et intervenants de tous les champs concernés, etc.</p> <p>Cela passe aussi par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'information du médecin généraliste sur le contexte et les suites de la prise en charge en CSAPA et en 	Personnes en situation de précarité confrontées à des conduites addictives et à risques	SRP SROS PRAPS			Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>service d'addictologie en milieu hospitalier ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - la poursuite de la mise en place de consultations avancées des CSAPA dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion ; - le renforcement de l'articulation entre équipes mobile psychiatrie précarité (EMPP), équipes de liaison en psychiatrie et équipes d'addictologie ; - le développement d'équipes mobile assurant la liaison, la coordination entre les soins somatiques (y compris infectiologie, hépatogastrologie) et psychiatrie ; - l'intégration de « microstructures » médicales dans les maisons médicales pluridisciplinaires, notamment en très grande couronne et milieu rural, pour favoriser une approche globale des 					



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		personnes.					
1-2-3-4	Adapter les prises en charges aux contraintes, difficultés et aux trajectoires des personnes	<p>Les personnes en situation de précarité, résidant dans un logement ou un hébergement précaire ou sans abri présentent souvent des problématiques 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.</p> <p>Du fait de leurs conditions de vie, de leurs problématiques qui entremêlent des questions sociales (accès et maintien des droits sociaux, logement, protection sociale, insertion, etc.), médicales (prévalence élevée de certaines pathologies, conduites addictives, etc.) et/ou psychologiques voire psychiatriques (comorbidités</p>	Personnes en situation de précarité confrontées à des conduites addictives et à risques	SRP SROS PRAPS	DRIHL DRJCSC DDCS		Dès 2013



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>psychiatriques), les besoins de ces personnes sont à la fois sanitaires, médico-sociaux et sociaux.</p> <p>La réponse implique 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.</p> <p>La réponse implique aussi, et en l'absence de prise en charge adaptée par d'autres structures sanitaires et sociales, des dispositifs médico-sociaux permettant d'assurer <u>conjointement</u> un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique, ainsi qu'un accompagnement social, en un mot une intervention</p>					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>globale reposant sur l'action pluridisciplinaire, concomitante et coordonnée des professionnels des champs concernés.</p> <p>Il convient par conséquent de disposer de dispositifs d'hébergement, allant de la mise à l'abri (urgence sociale) à la stabilisation, de dispositifs de soins résidentiels (en individuels, en collectifs, AT, CTR, réseaux de familles d'accueil), c'est-à-dire de proposer et d'organiser des réponses adaptées (usagers consommateurs actifs, en traitements de substitution ou autres, en sevrage ou sevrés, etc.), permettant aux personnes de bénéficier d'un hébergement, d'un toit (« housing first »), de stabiliser leur situation sociale dans une perspective d'accès aux soins, de soins, d'observance</p>					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>médicale, thérapeutique, par la biais notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'expérimentations d'hébergement adossées à des CAARUD, en lien avec la DRIHL ; - de la formation des personnels et professionnels en addictologie (médico-sociaux, hospitaliers, de ville) à une meilleure connaissance des conditions de vie des personnes en situation de précarité et aux stratégies d'accueil et de prise en charge appropriées (travail autour des notions de trajectoire de soins et de rechute..). <p>Adapter les prises en charges aux contraintes, difficultés et aux trajectoires des personnes en situation de précarité, faciliter leur accès aux soins addictologiques signifient</p>					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>aussi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le renforcement de l'accès des personnes en situation de précarité aux consultations et hôpitaux de jour en addictologie ; - le développement des dispositifs médico-sociaux ACT, LHSS, mais aussi des maisons relais, résidences sociales, etc. pour les personnes en grande précarité, cumulant addictions et comorbidités somatiques et/ou psychiatriques et la mise à disposition de ces dispositifs de compétences en addictologie. 					

Action 4 : Développer et renforcer les actions en milieux festifs

Les différents plans en matière de drogues, d'addictions ou de comportements à risques font référence au milieu festif ou aux consommations festives/récréatives de produits psychoactifs dans leurs états lieux. Pourtant les actions recommandées qui en découlent ne ciblent qu'exceptionnellement ce milieu.

En conséquence, c'est sur la base d'un volontarisme local ou communautaire que des actions spécifiques ont émergées, disparates et plus ou moins ponctuelles.

L'exception à cela est le champ de la prévention routière mais sur un domaine très limité.



Schéma d'organisation médico-sociale

Toutefois, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 inscrit, parmi ses mesures, de « *réduire les risques sanitaires liés à l'usage de drogues en développant des campagnes d'information spécifiques dans les milieux festifs, en prenant en compte le poly-usage qui caractérise la population fréquentant ces lieux, qui associe consommations élevées d'alcool et de drogues illicites tels le cannabis, la cocaïne et autre psychostimulants, mais aussi l'héroïne* ».

Au niveau départemental, plusieurs plans départementaux de lutte contre les drogues et les toxicomanies mentionnent parmi leurs recommandations la prévention en milieu festif.

Les interventions, actions en milieu festif mobilisent de nombreux acteurs, des domaines de compétences multiples.

Elles regroupent à la fois des approches appartenant à la prévention, à l'éducation à la santé, à l'intervention précoce, à la réduction des risques, au soin/secourisme, etc.

Elles utilisent des outils et des modalités d'intervention variées.

Ainsi se pose la problématique de la définition du milieu festif, notion qui reste très ancrée dans le champ de l'usage de drogues.

En fait le milieu festif se définit au pluriel : pluralité de lieux, de publics, d'acteurs, de temporalité, de cultures, d'approches, de modalités, etc.

Les actions en milieu festif visent à :

- **Informier sur les produits, les comportements à risques (documents, vidéos, stands...)** ;
- **Limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives par la mise à disposition de matériel de prévention et de réduction des risques** ;
- **Soutenir les personnes en difficultés suite à une prise de produit (réassurance, « dé-badtripage »)** ;
- **Sensibiliser et former des intervenants relais (professionnels des établissements, agents de sécurité et d'accueil, pairs)** ;
- **Sensibiliser aux démarches de soins, de maintien et de restauration du lien social.**

Autant d'éléments qui concourent à retenir le renforcement des actions en milieux festifs comme un objectif général du schéma régional d'addictologie.



Schéma d'organisation médico-sociale

- Principes d'organisation :

➤ Les acteurs :

Les acteurs sont variés : association de associations de prévention, de réduction des risques, CAARUD, CSAPA, collectivités territoriales (conseil régional, conseils généraux, communes), professionnels des établissements de nuit, mutuelles, syndicats, services de secours (protection civile, pompiers, SMUR, etc.), etc., tout comme leurs domaines de compétences : prévention, éducation à la santé, intervention précoce, réduction des risques, soin/secourisme, etc.

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-4-1	Mieux identifier et structurer les actions en milieux festifs	<p>- Repérer les acteurs, les actions ; définir les stratégies d'action,</p> <p>- Améliorer la visibilité et la lisibilité des dispositifs et des actions en milieux festifs.</p>	Personnes ayant des conduites addictives et à risques en milieux festifs	SRP	DASES Fêtez clairs Associations de prévention CAARUD CSAPA CRIPS	<p>- Mise à jour l'état de lieux des acteurs et des actions en milieux festifs sur l'ensemble du territoire francilien</p> <p>- Diffusion, communication à l'ensemble des acteurs concernés de l'annuaire actualisé des acteurs, des actions, des formations.</p>	<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p> <p>Valeur cible à 5 ans : Mettre à jour l'état de lieux des acteurs et des actions en milieux festifs sur l'ensemble du territoire francilien</p>
1-2-4-2	Développer et renforcer les actions en milieux festifs	<p>- Mettre en place des programmes pluriannuels d'actions.</p> <p>Objectifs visés :</p>	Personnes ayant des conduites addictives et à risques en milieux festifs	SRP	DASES Fêtez clairs Associations de prévention	<p>- Nombre d'actions inscrites dans un programme pluriannuel (convention pluriannuelle)</p>	<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p>



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
				CAARUD CSAPA CRIPS		



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> - projets en direction de publics déterminés, - diversification de l'offre et amélioration de la couverture territoriale. - Impliquer davantage les CAARUD <p>Expérimentation d'une équipe mobile inter-CAARUD assurant des interventions et des actions en milieux festifs : dispositif « souple » et complémentaire pouvant associer « équipes sac à dos », stands de diffusion d'information et de matériel de prévention et de réduction des risques (préservatifs masculins et féminins, gels, éthylotests, réglettes de calcul de l'alcoolémie, matériel de prévention et de réduction des risques infectieux, couvertures de survie, etc.), accueil, écoute et conseils personnalisés, espaces</p>					



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		d'échanges autour des pratiques, gestes de premier secours, veille sanitaire, orientations vers les dispositifs spécialisés et/ou de droit commun, - Mieux couvrir l'ensemble des milieux festifs.					
1-2-4-3	Reconnaître et développer les outils et les modalités d'actions	- Rédiger et diffuser un guide des bonnes pratiques professionnelles	Personnes ayant des conduites addictives et à risques en milieux festifs	SRP	DASES Fêtez clairs Associations de prévention CAARUD CSAPA CRIPS	- Elaboration et diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma
1-2-4-4	Poursuivre la sensibilisation et la formation des acteurs	- Renforcer et valoriser les actions de sensibilisation, les formations en direction des intervenants, des pairs;	Personnes ayant des conduites addictives et à risques en	SRP	DASES Fêtez clairs Associations de	- Nombre d'actions de sensibilisation, de formations suivies par des intervenants en milieux festifs,	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer, développer le travail de sensibilisation, de formation en direction des organisateurs des événements festifs (appropriation de la démarche de prévention et de réduction des risques) ; - Promouvoir le croisement des compétences ; instaurer des lieux et des espaces de transmission et de mutualisation des savoir-faire, d'échanges des pratiques ; constituer un réseau des acteurs en milieux festifs. 	milieux festifs		prévention CAARUD CRIPS	- Nombre d'actions de sensibilisation, de formations suivies par les organisateurs d'événements festifs, les professionnels de la nuit (direction d'établissements, personnels, etc).	



Action 5 : Améliorer le repérage, la prise en charge et la continuité des soins des personnes détenues ayant des conduites addictives, en lien avec le SROS Santé des personnes détenues et placées sous main de justice.

Eléments de contexte : **Un objectif transversal à l'organisation régionale médico-sociale, sanitaire et de prévention**

Deux priorités :

- **Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins à l'arrivée en détention, dans le cadre des transferts et à la sortie ;**
- **Définir les modalités de coordination et d'organisation, au niveau local, de la prise en charge des addictions en détention, clarifier le rôle des différents intervenants pour une prise en charge adaptée des personnes détenues**

Cadre d'intervention de la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire

- **Code de la santé publique, notamment les articles L. 1431-2, 2° et 5°, D. 3411-1 (missions des CSAPA, y compris CSAPA en milieu pénitentiaire),**
- **Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009,**
- **Circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie,**
- **Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 09 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive (5 objectifs : repérage des usages nocifs et des dépendances, diversification des prises en charge, développement de la prévention, proposition d'un traitement de substitution, préparation à la sortie),**
- **Instruction n°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention,**
- **Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice ».**

Des acteurs pluriels :

- **UCSA**
- **SMPR**
- **4 CSAPA « généralistes » en milieu pénitentiaire:**
 - **Maison d'arrêt Paris La Santé (75),**
 - **Maison d'arrêt de Bois d'Arcy (78),**
 - **Maison d'arrêt de Fleury Mérogis (91),**
 - **Maison d'arrêt de Fresnes (94)**
- **CSAPA et CAARUD réalisant des interventions en milieu pénitentiaire**
- **le SPIP,**
- **Des structures d'accueil et d'accompagnement (social , médico-social) pour personnes placées sous main de justice et/ou sortant de prison**



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-5-1	<p>Améliorer le repérage des personnes présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, réalisé systématiquement, dès le début de l'incarcération dans le cadre de la visite médicale d'entrée en détention (obligatoire).</p>	<p>En outre, la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (article 51) a instauré « un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac ».</p> <p>Ce repérage est effectué par les services sanitaires de l'établissement (UCSA et/ou SMPR selon l'organisation mise en place).</p> <p>Il doit être réalisé systématiquement, dès le début de l'incarcération, dans le cadre de la visite médicale obligatoire d'entrée en détention.</p> <p>Il est suivi de la mise en place d'une prise en charge sanitaire et sociale adaptée, d'un relais de soins cohérent (en accord</p>	Personnes détenues ayant des conduites addictives	SROS Santé des personnes détenues	UCSA SMPR CSAPA SPIP Administration pénitentiaire	-	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>avec la personne et dans le respect du secret médical).</p> <p>☞ L'organisation interne doit permettre une articulation entre les services concernés (UCSA, SMPR, CSAPA, SPIP, personnel de direction et de surveillance), garantissant le respect du secret médical et assurant à la personne détenue une prise en charge adaptée à ses besoins, globale, pluridisciplinaire et coordonnée.</p>					



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-2-5-2	<p>Proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue (suivi du sevrage, prescription et suivi de traitements médicamenteux et de substitution aux opiacés, suivi psychologique).</p>	<p><i>Objectifs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue »⁴ ; - « Proposer une prescription de substitution pour les personnes dépendantes aux opiacés » (méthadone et buprénorphine haut dosage). <p><i>Leviers d'actions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir une qualité des soins identique à celle de la population générale, - Assurer et/ou s'assurer de la continuité des soins. 	Personnes détenues ayant des conduites addictives	SROS Santé des personnes détenues	UCSA SMPR CSAPA SPIP	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de protocoles d'organisation de la prise en charge et des soins en addictologie validés par le DGARS <p>(protocole organisationnel local élaboré de manière concertée et sous la responsabilité de la personne désignée comme assurant la fonction de</p>	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma

⁴ Note interministérielle n°M.I.L.D.T./D.G.S./D.H.O.S./D.A.P./474 du 09 août 2001 précisant les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> - Proposer une consultation spécialisée régulière à tous les patients dépendants ou ayant une consommation abusive de produits psychoactifs, - Permettre la pluralité des modes de prise en charge (traitements de substitution aux opiacés, sevrages, suivis psychothérapeutiques, etc.), - « Proposer un traitement médicamenteux dans un but de sevrage pour les personnes dépendantes aux opiacés »⁵. - Garantir quotidiennement 				<p>pilotage)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de rapports d'activité renseignés - Nombre de personnes détenues suivies en consultations spécialisées d'addictologie - Nombre de personnes sous TSO 	



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>(les prévenus notamment), prévoir un support d'information sur les CSAPA extérieurs à remettre au moment de la libération.</p> <p>Lorsque la sortie est programmée, fournir une ordonnance permettant à la personne sous traitement de substitution d'attendre la consultation dans un CSAPA extérieur ou chez un médecin généraliste sans rupture de médicament.)</p> <p>- Mettre en place des consultations externes.</p>					
1-2-5-3	Promouvoir, renforcer, développer La réduction des risques infectieux et des dommages	<p><i>Objectifs :</i></p> <p>- Prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques, en particulier celles liées à l'utilisation commune du matériel</p>	Personnes détenues ayant des conduites addictives	SROS Santé des personnes détenues	UCSA SMPR CSAPA SPIP Administration	<p>- Nombre d'actions de réduction des risques et des dommages</p> <p>- Nature et</p>	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>d'injection,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévenir les intoxications aiguës, notamment les surdoses mortelles résultant de la consommation de stupéfiants et/ou de leur association avec des médicaments et/ou de l'alcool. <p><i>Leviers d'actions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir les actions de prévention et de réduction des risques des virus V.I.H., V.H.B., V.H.C., - Renforcer l'information sur l'utilisation de l'eau de Javel à des fins de décontamination de tout matériel, - Organiser la distribution du matériel d'hygiène et de réduction des risques ; - Améliorer l'accessibilité au préservatif et au gel, - Développer la diffusion de 			pénitentiaire	<p>nombre de matériel de réduction des risques mis à disposition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de dépistages des infections VIH, VHB, VHC - Nombre de formation et de personnels formés (intervenants santé, social et personnel pénitentiaire) - Procédure d'élimination des déchets infectieux formalisée et sécurisée, validée 	



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>l'information sur les risques associés à l'usage de drogues et leur prévention,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le dépistage des infections V.I.H., V.H.B., V.H.C., en liaison avec les services sanitaires de l'établissement pénitentiaire (U.C.S.A.) et/ou par le biais de conventions de partenariat avec des Centres de Dépistages Anonymes et Gratuits (C.D.A.G.), - Développer la formation de l'ensemble des intervenants (équipes) et du personnel pénitentiaire (travail sur les représentations) - Mettre en place une procédure d'élimination des déchets infectieux formalisée et sécurisée. 					
1-2-5-4	Renforcer, développer les actions de promotion, prévention et d'éducation à	- Organiser la mise en place des actions, animations,	Personnes détenues ayant	SROS Santé des	UCSA	- Nombre d'actions	Dès 2013 et sur toute la



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
<p>la santé</p>	<p>programmes de prévention et d'éducation à la santé (diversité des thèmes proposés, des intervenants, des actions > addictions, usages/mésusages, VIH, hépatites, nutrition, violence, santé, etc.),</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir l'éducation à la santé et les actions de prévention et de réduction des risques des virus V.I.H., V.H.B., V.H.C., - Inclure les personnes dépendantes dans les programmes d'éducation à la santé, - Réunir de manière régulière les personnes, acteurs et intervenants concernés (COFIL), 	<p>des conduites addictives</p>	<p>personnes détenues SRP</p>	<p>SMPR CSAPA</p>	<p>d'éducation à la santé, de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre et fréquences des COFIL 	<p>durée du schéma</p>



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		- Développer l'appui méthodologique régional (objectifs, actions prioritaires, cahiers des charges, mutualisation des outils et des actions, évaluation, etc.).					
1-2-5-5	<p>Améliorer la préparation à la sortie des personnes présentant une dépendance aux produits psychoactifs ou ayant une consommation abusive⁶,</p> <p>« Favoriser les aménagements de peine au profit des personnes présentant une dépendance aux produits psychoactifs ou ayant une consommation abusive »⁷.</p>	<p>- Améliorer la préparation à la sortie par la mise au point de contacts personnalisés avec un intervenant extérieur susceptible de prendre le relais de la prise en charge à l'extérieur de la prison</p> <p>Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et à la</p>	Personnes détenues ayant des conduites addictives	SROS Santé des personnes détenues	UCSA SMPR CSAPA SPIP	- Nombre de CSAPA de référence désignés par le DGARS	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma

⁶ Note interministérielle du 09 août 2001 précitée.

⁷ Idem



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<p>mise en place des schémas régionaux d'addictologie</p> <p>Cf. missions facultatives point 4 « Intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison »</p> <p>« <i>L'intervention des CSAPA en prison doit permettre la continuité de la prise en charge aussi bien pendant l'incarcération qu'après la sortie.</i></p> <p><i>Par ailleurs, si un patient du CSAPA est incarcéré, le centre doit veiller à ce que la continuité des soins soit assurée.</i></p> <p><i>La note interministérielle du 9 août 2001 référencée dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (septembre 2004) rappelle les axes essentiels de travail pour</i></p>					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p><i>la prise en charge sanitaire et sociale des addictions en milieu pénitentiaire ;:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - repérage des usages abusifs et des dépendances ; - diversification des prises en charge ; - développement de la prévention ; - préparation à la sortie. <p><i>Du fait de leur mission et de leur intégration dans les réseaux sanitaires et sociaux, les CSAPA assurent les liens entre la personne sortante et les professionnels de santé chargés du suivi à la sortie. Ce travail doit se faire en lien avec le secteur de psychiatrie générale ou de psychiatrie en milieu pénitentiaire et l'UCSA mais également avec les autres spécialités médicales à la prise en charge du patient. »</i></p>					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<p>- Désigner des CSAPA et CAARUD de référence</p> <p>Cf. la circulaire interministérielle du 26 septembre 2011 relative à la campagne budgétaire pour 2011 des établissements et services accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques prévoit la mise en place de CSAPA référents, en application de la mesure 12 du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice »</p> <p><i>Autres leviers d'actions :</i></p> <p>- Développer les actions de prise en charge socio-éducative et les programmes de préparation à la sortie ; diversifier les modalités d'intervention ;</p>					



Schéma d'organisation médico-sociale

	Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> - Inciter la personne détenue à s'engager le plus tôt possible dans la réalisation d'un projet individuel comportant les « pré requis » nécessaires à sa réinsertion (situation personnelle et familiale, situation administrative, insertion sociale et professionnelle, logement, etc). Celui-ci doit être adapté, cohérent et réaliste ; - Définir, en lien avec le service judiciaire d'application des peines et le S.P.I.P., les modalités et les démarches relatives aux aménagements de peine ; - Organiser, en lien avec le S.P.I.P., l'accompagnement et le suivi socio-éducatifs après la libération ; mettre en place les relais nécessaires (hébergement, protection sociale, obtention d'une allocation de ressources, ouverture des droits sociaux, 					



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		réinsertion sociale et professionnelle, etc.).					
1-2-5-6	Poursuivre la structuration du dispositif médico-social de prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les CSAPA pénitentiaires pour assurer une prise en charge adaptée aux besoins et aux spécificités de la population carcérale ayant des conduites addictives ; - Renforcer la fonction de pilotage de la prise en charge des addictions, l'intégrer dans le cadre d'une collaboration avec les autres services (somatiques et psychiatriques) ; - Renforcer et développer les collaborations et les partenariats. <ul style="list-style-type: none"> - en « interne » : entre les équipes CSAPA/UCSA/SMPR /SPIP, 	Personnes détenues ayant des conduites addictives			- Exploitation régionale des rapports d'activités standardisés	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



	Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> - en externe, entre les acteurs des différents secteurs : médico-social (CAARUD, CSAPA), hospitalier (addictologie, somatique, psychiatrie), médecine de ville, secteur social, justice, etc. - Favoriser l'inscription des CSAPA en milieu pénitentiaire dans le réseau de soins (spécialisés ou non) tout en reconnaissant leurs spécificités. <p>Territoires concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Territoires d'implantation des CSAPA en milieu pénitentiaire (Essonne/ Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis ; Val de Marne/ Maison d'Arrêt de Fresnes ; Yvelines/ Maison d'Arrêt de 					



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		Bois d'Arcy ; Paris/ Maison d'arrêt de la Santé) - Autre territoires concernés compte tenu des zones de résidence des personnes incarcérées.				



Schéma d'organisation médico-sociale

OBJECTIF STRATEGIQUE N°1

Organiser une offre médico-sociale adaptée et de proximité

OBJECTIF OPERATIONNEL N°1-3

Renforcer une logique d'efficience de système



Schéma d'organisation médico-sociale



VOLET PERSONNES HANDICAPEES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Converger vers un diagnostic partagé sur les indicateurs de coûts

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-3-1-1	Pondérer les coûts à la place et l'attribution des moyens selon différents coefficients en fonction de différents critères	Etudier les critères de pondération selon : <ul style="list-style-type: none"> - Les populations accueillies - Les modalités d'accueil - Le nombre de jour d'ouverture - L'activité - Le coût du foncier... 	Tous handicaps		CG Associations	Définition des indicateurs Expérimentation des indicateurs sur les établissements IME, ITEP, MAS	De janvier 2013 à décembre 2013

Action 2 : Rechercher un système de comptabilisation fiable et sincère de l'activité des établissements applicable à la région



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-3-2-1	Homogénéiser la comptabilisation de l'activité des établissements	En concertation avec les CPAM, étudier comment prendre en compte l'accueil diversifié mis en place par les établissements	Tous handicaps		CPAM	Réalisation d'une procédure harmonisée pour la région	De janvier 2014 à décembre 2014
1-3-2-2	Harmonisation du mode de comptage de l'activité pour chaque structure de type ambulatoire : SESSAD, CMPP et CAMSP	Mise en place d'un groupe de travail pour déterminer des critères d'activité pour chaque type de structure	Tous handicaps		Associations CPAM	Conclusions du groupe de travail	De janvier 2014 à décembre 2014
1-3-2-3	Formalisation d'un rapport d'activité type pour les SESSAD	Construction d'un rapport d'activité type			Associations (établissements)	Réalisation et diffusion du rapport d'activité type	De janvier à déc ; 2013



Action 3 : Aide à la décision concernant les choix d'immobilier et les modalités d'emprunt et d'amortissement

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-3-3-1	Réalisation de fiches pratiques sur les aspects juridiques, financiers pour conseiller les gestionnaires sur le choix de la propriété ou de la location des locaux	Etude des aspects juridiques et financiers des solutions existantes (étude des baux...)	Tous handicaps		Associations CG	Fiche technique réalisée	De janvier 2013 à décembre 2013
1-3-3-2	Réalisation de fiches pratiques concernant les modalités d'emprunt et d'amortissement (linéaire ou progressif) permettant de soutenir les établissements dans l'élaboration des plans pluriannuels d'investissement	Etude des différentes modalités d'emprunts et investissements et des avantages et inconvénients des différentes solutions	Tous handicaps		Associations CG	Fiche technique réalisée	De janvier 2013 à décembre 2013



Action 4 : rechercher l'optimisation du financement du transport dans les IME

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
1-3-4-1	Réalisation d'une enquête sur les coûts du transport dans un échantillon d'IME	Etude des comptes administratifs des IME de l'échantillon et des différents comptes concernés par le transport (personnel, prestations extérieures...)	Tous handicaps		Associations CG CPAM Education nationale	Réalisation de l'enquête	Décembre 2013 à juin 2014
1-3-4-2	Recherche d'une optimisation des dépenses de transport : <ul style="list-style-type: none"> analyse financière des modes de transport (prestataire extérieur ou en interne), étude du cadre juridique de la dépense –assurance maladie, Conseil Général, Education Nationale, établissements, familles..., détermination des différents coûts de références pour les créations de structures nouvelles 	Groupe de travail mis en place afin de rechercher l'optimisation de ce poste de dépense	Tous handicaps		Associations CG CPAM Education nationale	Conclusions du groupe de travail	D'avril 2014 à décembre 2014



Schéma
d'organisation
médico-sociale

Schéma d'organisation médico-sociale

OBJECTIF STRATEGIQUE N°2

Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes

OBJECTIF OPERATIONNEL N°2-1

Organiser et renforcer la prévention tout au long du parcours de vie



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES AGEES



Action 1 : Favoriser l'accès à l'offre de santé de premier recours de droit commun

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-1	Donner la possibilité aux personnes âgées d'accéder à un médecin traitant, professionnel indispensable dans l'organisation et le suivi du parcours de soin de la personne âgée	Réunir, au niveau régional départemental et/ou local, les médecins libéraux (syndicats, associations locales) en vue d'une réflexion commune sur les moyens de favoriser cet accès Solliciter et rencontrer plus particulièrement les centres de santé et les autres structures d'exercice collectif (cabinets de groupe,...).	PA Professionnels de santé	SROS ambulatoire SRP	URPS Ordres	- Tenue de réunions sur cette problématique	Dès 2014 et sur la durée du schéma
2-1-2	Favoriser la participation des paramédicaux libéraux et des pharmaciens à l'offre de premier recours	Sensibiliser et associer ces professionnels au repérage et au suivi des personnes âgées en situation de fragilité et de perte d'autonomie	Professionnels de santé	SROS ambulatoire SRP	URPS Ordres	- Actions d'information des professionnels de santé du premier recours sur ces personnes et les liens à établir avec les acteurs sociaux et médico-sociaux locaux	Dès 2014 et sur la durée du schéma
2-1-3	Encourager les expérimentations et les actions destinées à soutenir les médecins	Soutenir les maisons de santé gérontologiques, plates-formes	Professionnels de	SROS ambulatoire	URPS	- Nombre de dispositifs mis en œuvre dans chaque département sur la	2013 - 2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	libéraux dans leur exercice auprès de personnes âgées malades chroniques, dans leur organisation du parcours de soins	<p>pour les malades chroniques complexes avec une organisation des activités de soins visant à améliorer la prise en charge et à soutenir les médecins généralistes en exercice en épargnant le temps médical.</p> <p>Soutenir les réseaux gérontologiques et développer les MAIA chargés de contribuer à la prise en charge des cas complexes</p>	santé	SRP	Ordres CG	durée du plan	
2-1-4	Mieux informer et former les étudiants en médecine et les médecins aux problématiques du vieillissement, de la gérontologie et de la gériatrie (à domicile et en établissement)	Faire le lien avec les universités de médecine	Professionnels de santé	SROS SRP			2013-2017



Action 2 : Mener des actions de prévention pour les personnes âgées vivant à domicile pour maintenir leur autonomie le plus longtemps possible

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-5	Prévenir et lutter contre l'isolement social en associant le secteur médico-social avec l'ensemble des acteurs dans les territoires de proximité	<p>Mobiliser les acteurs de la santé et médico-sociaux sur leur place dans la prévention de l'isolement et leur rôle de repérage et d'alerte sur les situations d'isolement et organiser la liaison avec les acteurs sociaux :</p> <p>le réseau des services locaux tels que portage de repas, services de téléalarme, clubs du 3^{ème} âge, foyers restaurants, services organisant des sorties et des visites à domicile,</p> <p>les associations locales, les autres acteurs de la vie sociale, notamment ceux investis dans des actions de solidarité intergénérationnelle</p>	PA	SRP	<p>Conseils généraux</p> <p>Collectivités territoriales</p> <p>CNAV-IDF</p> <p>CRAMIF</p> <p>Autres opérateurs et financeurs</p>	- Proposer des recommandations pour aider à une formalisation de cette liaison	2013 - 2017
2-1-6	Veiller à la connaissance et à l'articulation des actions de prévention	Recenser les multiples actions de prévention menées par les	PA		Conseils généraux	- Réalisation de ce recensement	2013 - 2017



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	menées en direction des personnes âgées	acteurs institutionnels et autres ainsi que les outils existants (cf. kit de formation de l'INPES pour les aides à domicile) Réunir les organismes menant des programmes de prévention de la perte d'autonomie en vue de coordonner leurs actions au niveau régional et dans les territoires			Collectivités territoriales CNAV-IDF CRAMIF Autres opérateurs et financeurs	- tenue de réunions d'échanges et de coordination avec ces partenaires	
2-1-7	Sensibiliser et mobiliser les acteurs de santé et sociaux intervenant à domicile sur les problématiques du vieillissement et à la prévention de la perte d'autonomie : - repérage des risques : situations de fragilisation et points de vulnérabilité - information des personnes (accès aux droits, à la prévention, à la santé) - accompagnement des personnes (activité physique, alimentation, etc.)	Former les acteurs du domicile aux situations de vulnérabilité Informer les acteurs du domicile sur les professionnels « relais » à contacter dans ces situations Inscrire des actions de prévention en faveur des	Professionnels de santé	SRP	Conseils généraux Collectivités territoriales CNAV-IDF CRAMIF Autres opérateurs et financeurs	- Nombre de services ou de professionnels ayant bénéficié d'actions de formation sur la durée du plan	2013 - 2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		personnes âgées dans les contrats locaux de santé et dans des contrats locaux sur le thème « Bien vieillir »					
2-1-8	Poursuivre le soutien aux actions de prévention retenues par le schéma régional de prévention pour anticiper et mieux prévenir les conséquences du vieillissement pour une meilleure qualité de vie	A voir avec le SRP : préserver le capital santé, nutrition, promouvoir les pratiques cliniques préventives	PA	SRP			2013 - 2017
2-1-9	Prévoir des actions de prévention et de promotion de la santé ciblées en faveur des populations socialement fragiles	A voir avec le SRP	PA	SRP			2013 - 2017
2-1-10	Prévoir des actions de prévention et de promotion de la santé ciblées en faveur des aidants non professionnels	A voir avec le SRP	Aidants	SRP			2013 - 2017



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 3 : Mener des actions de prévention et d'amélioration de l'efficience des soins au sein des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-11	Conduire des actions de prévention dans le domaine de la nutrition	Poursuivre les actions relatives à l'aide à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée notamment dans le cadre du programme MobiQual et du programme des actions relevant de la gestion du risque (PRRGDR)	PAD Malades Alzheimer	SRP	Conseils Généraux	Cf. indicateurs GDR nutrition	2013 - 2017
						- Constitution d'un groupe de travail d'EHPAD pour élaborer un guide pédagogique pour l'utilisation des outils MobiQual et la rédaction d'un protocole type de prise en charge	2012 - 2013
2-1-12	Conduire des actions de prévention en santé bucco dentaire	Mettre en œuvre les actions préconisées dans le volet du SROS relatif à la santé bucco-dentaire Mettre en place un dispositif de prévention bucco-dentaire pour les EHPAD dans chaque département (cf. les dispositifs existants dans les départements 75, 91 et 95)	PAD Malades Alzheimer	SROS volet bucco dentaire	Conseils Généraux	Cf. indicateurs du volet relatif à la santé bucco-dentaire	2013 - 2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-13	Conduire des actions de prévention des risques infectieux	<p>Veiller à la mise en œuvre du plan national de prévention des risques infectieux dans les EHPAD et des recommandations professionnelles sur la prévention des infections en EHPAD (cf. document de l'observatoire du risque infectieux en gériatrie ORIG)</p> <p>Veiller à la réalisation de la couverture vaccinale des résidents et des personnels en EHPAD</p>	<p>PAD</p> <p>Malades Alzheimer</p>	SRP	<p>Conseils Généraux</p> <p>CIRE</p> <p>CCLIN Paris-Nord</p>	<p>- Organisation des actions régionales avec la CIRE et le CCLIN Paris-Nord : enquête régionale, journées d'information annuelles</p> <p>- Inscription dans les conventions tripartites des axes d'amélioration en matière de prévention des risques infectieux</p>	2013 - 2017
2-1-14	Conduire des actions relatives à la prescription des médicaments en EHPAD	<p>Mettre en œuvre les actions relatives au circuit du médicament et à l'établissement d'une liste préférentielle de médicaments dans les EHPAD sans PUI (cf. PRRGDR)</p>	<p>PAD</p> <p>Malades Alzheimer</p>	SRP	Conseils Généraux	<p>Cf. indicateurs GDR</p> <p>- réunions locales sur les bonnes pratiques</p> <p>- nombre d'EHPAD disposant d'une liste préférentielle de médicaments</p>	2013 - 2017



Schéma d'organisation médico-sociale



VOLET PERSONNES HANDICAPEES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Réaffirmer le rôle du médecin traitant pour le suivi des personnes handicapées

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Popula-tion concernée	Lien inter-schéma	Partena-riat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-1-1	Impliquer le médecin traitant dans le projet de soins de l'établissement	S'assurer que chaque résident dispose d'un médecin traitant Généraliser la tenue d'un dossier médical commun au médecin traitant et à la structure	Tous handicaps	Ambula-toire		Existence d'un dossier médical partagé	De septembre 2013 à décembre 2015



Action 2 : Développer la prévention générale et secondaire

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-2-1	Développer la prévention générale à laquelle chacun peut prétendre	<p>Intégrer dans le projet de soins des établissements et services :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La déclinaison des programmes nationaux de prévention (PNN, cancer...) - Les conditions de collaboration avec le secteur psychiatrique - L'accès aux consultations de spécialistes soit sur place, soit dans le cadre de déplacements organisés et financés vers des professionnels libéraux ou hospitaliers <p>Transmettre régulièrement des lettres de sensibilisation dans les structures, les associations œuvrant à domicile et auprès des professionnels de santé</p> <p>Répertorier et diffuser les lieux de consultations et d'exams accessibles pour l'accueil de personnes handicapées disposant également d'un</p>	Tous handicaps Particulièrement PHV	Sanitaire, ambulatoire, prévention	Associations Professionnels de santé Centres hospitaliers	<p>Nombre de projets de soins ayant inscrit des programmes de prévention</p> <p>Nombre de programmes de prévention inscrits dans les projets de soins</p>	De septembre 2013 à décembre 2015
				Tous handicaps et PHV		Associations Professionnels	Nombre de lettres de sensibilisation



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-2-2	Développer l'information et le suivi de la réalisation des campagnes de dépistage auprès des personnes handicapées en établissements et/ou à domicile	personnel formé au handicap. Prévoir des programmes de sensibilisation et d'éducation spécifique aux pathologies fréquemment associées à certains handicaps et les dépister de manière précoce (ex : épilepsie chez les personnes autistes et polyhandicapées, problèmes nutritionnels liés à la trisomie 21, escarres iatrogènes...)	particulièrement Tous handicaps	sanitaire ambulatoire Prévention	Is de santé Centres hospitaliers Cabinets de radiologie Centre de santé	envoyées chaque année Réalisation d'une liste des lieux de consultations et d'exams accessibles (annuaire des lieux et des matériels adaptés)	De janvier 2013 à décembre 2016
2-1-2-3	Développer la prévention secondaire au handicap lui-même dans les projets d'établissement			Sanitaire Ambulatoire Prévention		Thématiques de programmes de sensibilisation et d'éducation réalisés	De janvier 2014 à décembre 2014



Action 3 : Favoriser l'accès aux soins palliatifs et améliorer l'accompagnement en fin de vie

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-3-1	Développer les relations avec les services de soins palliatifs (établissements sanitaire et / ou équipes mobiles) et les établissements médico-sociaux	Signature de conventions Sensibiliser les professionnels à la thématique des soins palliatifs en organisant par exemple des stages dans ces services (renforçant ainsi également les liens entre les services)	Tous handicaps	Sanitaire	Associations	Nombre de conventions signées	De septembre 2013 à décembre 2014
2-1-3-2	Sensibiliser les professionnels et les familles à la nécessaire distinction entre soins palliatifs et soins de fin de vie	Communications auprès des familles et des professionnels.	Tous handicaps et notamment le polyhandicap	Sanitaire	Associations	Nombre de sessions de sensibilisation aux professionnels Nombre de sessions de sensibilisation aux familles	De septembre 2013 à décembre 2014



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 4 : Pour l'autisme et les TED, améliorer l'accès aux soins somatiques (mesure 14 du plan autisme et circulaire du 27 juillet 2010)

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-4-1	Identifier au sein de chaque territoire de santé les professionnels de santé intervenant dans le champ somatique, formés aux spécificités de l'autisme et susceptibles de délivrer les soins dans les conditions spécifiques requises	<ul style="list-style-type: none"> -Identifier au niveau de chaque territoire de santé les partenaires des différents champs de la prise en charge somatique (médecine générale, médecine des différentes spécialités, dentistes) formés aux spécificités de l'autisme -Inciter à la mise en place, dans les établissements hospitaliers, des protocoles d'accueil pour les personnes autistes - Inciter à la mise en place, dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes autistes, des protocoles d'évaluation régulière de santé de l'utilisateur, d'évaluation du somatique lors de troubles du comportement, d'organisation de 	Autistes	Sanitaire Ambulatoire	CRAIF Etablissements de santé Etablissements médico-sociaux Médecins de ville	<p>Nombre de professionnels de santé identifiés</p> <p>Nombre d'établissements hospitaliers dotés de protocoles d'accueil</p> <p>% d'établissements médico-sociaux pour enfants et adultes autistes ayant mis en place un protocole d'évaluation régulière de la santé de l'utilisateur, d'accompagnement vers les soins</p>	De septembre 2013 à décembre 2016



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		l'accompagnement vers les soins					

Action 5 : Développer le dispositif de l'HAD au sein des établissements sociaux et médico-sociaux

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-5-1	Conjuguer le parcours de soins (HAD) et le parcours d'accompagnement de la PH dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux	Elaborer une convention entre les services HAD et les EMS fixant le cadre général de prise en charge commun des patients/résidents - Etude de cas concrets nécessitant des coopérations pluridisciplinaires permettant la formation sur les différents handicaps et celle de la surveillance sanitaire	Tous handicaps	SROS	CG, HAD	Nombre d'EMS ayant signé une convention cadre	De janvier 2013 à décembre 2016
2-1-5-2	Promouvoir les actions de formation entre le personnel de l'HAD et celui des EMS	- Information réciproque sur les formes juridiques, financières de la prise en	Tous handicaps	SROS	HAD CG	Nombre d'actions communes (formations, cas pratiques) /an	De janvier 2013 à décembre



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-5-3	Intégrer dans le projet d'établissement des EMS les règles de fonctionnement de l'HAD	charge	Tous handicaps	SROS	HAD, CG	Taux de satisfaction des usagers	2016
		Définir les tâches et les responsabilités respectives entre les services HAD et MS					
2-1-5-4	Prévoir la coordination des soins et le suivi de la fin de prise en charge	Assurer la coordination entre l'équipe médicale de l'HAD et les médecins des Ems voire les médecins traitants des PH	Tous handicaps	SROS	HAD, CG	Nombre de réunions de coordination dans l'année	De septembre 2013 à décembre 2016
		Rédaction de protocoles de soins par le prescripteur, le suivi					
		Réaliser des questionnaires de satisfaction (usagers)	Tous handicaps	SROS	HAD, CG	Nombre de protocoles de soins rédigés / EMS	De janvier 2014 à décembre 2016
		Réaliser une évaluation des pratiques du personnel (HAD et AMS)					



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-5-5	Evaluer les conditions de mise en place et le fonctionnement après une période test de 24 mois			SROS	HAD, CG	Taux de satisfaction Taux de bonnes pratiques	Janvier 2015 à décembre 2016



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES



Schéma d'organisation médico-sociale

- Enjeux :

Les conduites addictives, avec ou sans substances (alcool, tabac, drogues illicites, jeux pathologiques, etc.) constituent en France, comme dans beaucoup d'autres pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multidimensionnels, sanitaires, médicaux, sociaux.

Elles comptent parmi les principaux facteurs déterminants de santé et sont une des principales causes de mortalité prématurée. Ainsi la consommation de substances psychoactives est responsable en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents ou par maladies dont près de 40 000 cancers.

Les conduites addictives, en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool, interviennent dans environ 30 % de la mortalité prématurée (soit avant 65 ans).

Les données franciliennes sur les consommations problématiques ainsi que les éléments du diagnostic partagé montrent une région caractérisée principalement par :

- un niveau d'alcool quotidien largement inférieur à la moyenne nationale mais des consommations d'alcool problématiques pour certains publics (jeunes, femmes enceintes, précaires, etc.) ;
- une région fortement concernée par les consommations de drogues illicites (cannabis, cocaïne, crack, héroïne, etc.) ;
- un niveau de tabagisme élevé ;
- des consommations à risques qui se développent parmi les jeunes populations (ivresses répétées, usage de cannabis et d'autres drogues illicites, âges des premières expérimentations en baisse).

La prévention des conduites addictives et à risques constitue donc un enjeu majeur pour la santé publique. Toutefois, elle n'est pas qu'une approche de santé publique ; elle vise autant l'éducation à la citoyenneté, la dynamique familiale que le lien social et l'accès aux soins.

La définition des addictions montre que celles-ci recouvrent une notion large qui interroge sur son périmètre, dont la pluralité et la diversité des déterminants, qui sont de 3 ordres :

- Les facteurs propres aux substances psychoactives (effet psychoactif, pouvoir addictogène, nocivité immédiate ou différée, etc) et/ou à l'expérience addictive (jeu excessif ou pathologique, etc) ;
- Les facteurs d'environnement (historiques, culturels, sociétaux, économiques, précarité, législation et réglementation, disponibilité et accessibilité des produits, etc) ;
- Les déterminants individuels de la vulnérabilité/protection (biologiques, psychologiques, socio-économiques, etc).



Schéma d'organisation médico-sociale

La prévention des addictions concerne l'ensemble des consommations de substances psychoactives, mais aussi les addictions sans substance.

La prévention, longtemps focalisée sur la dépendance ou l'abstinence au produit, a progressivement évolué vers la prévention des usages et des abus, la prévention des conduites d'addiction en général (substances licites ou illicites, mésusage de médicaments, troubles de la conduite alimentaire, jeux pathologiques, etc.) et la réduction des dommages sanitaires et sociaux liés à ces conduites (réduction des risques).

Cette évolution a été favorisée notamment par la mise en évidence de la diversité des modes de consommation de produits, l'apparition de nouveaux comportements de dépendance et l'importance statistique des usages de substances psychoactives dans la population.

La prévention des conduites addictives et à risques recouvre ainsi les actions et les stratégies d'actions qui influent sur les facteurs d'usage, d'abus et de dépendance de produits psychoactifs ou de pratiques liées à la dépendance ainsi que leurs conséquences sanitaires et sociales.

En cela, la prévention des conduites addictives et à risques ne peut être limitée à la prévention primaire.

La prévention est plus une attitude qu'un message ; c'est « *une démarche qui s'inscrit dans un intérêt manifeste pour l'individu regardé comme le sujet de son histoire et e son propre devenir* ».

L'approche globale de la personne concerne son intégrité physique, psychique et sociale. Le respect de la personne englobe sa dignité, son intimité, le respect de ses droits fondamentaux, de ses choix, de son mode de vie, de ses projets, etc.

La prévention des addictions est donc fondée sur une éthique, faisant ainsi abstraction des représentations et des stigmatisations. Elle est une démarche positive, évolutive qui vise à accompagner individuellement ou collectivement la personne pour l'aider à prendre conscience de ses ressources et de ses capacités à faire des choix favorables à sa santé.



Schéma d'organisation médico-sociale

La prévention doit s'envisager dans la durée, le long terme.

Elle nécessite des personnels formés et qualifiés pour garantir le cadre déontologique et méthodologique.

L'action se construit par étapes. Elle peut recouvrir plusieurs approches : promotion de la santé, éducation à la santé, intervention précoce, action communautaire, etc.

Différents outils et modalités d'intervention sont à sa disposition : affiches, documentations, expositions, théâtre forum, saynètes, jeux, débats, groupes d'expression, etc.

Ainsi, la prévention, qui peut être définie comme un ensemble de stratégies et de programmes visant à empêcher ou réduire le développement d'une conduite considérée comme porteuse de risque(s), est plurielle : elle concerne des interventions individuelles ou collectives, des publics divers (jeunes, parents, professionnels, groupes spécifiques, population générale, etc.).

Aussi, elle doit être organisée ; ses différentes approches doivent être coordonnées pour assurer le continuum prévention, soin, accompagnement psycho-social.

La prévention doit ainsi avoir une place centrale.

Elle doit permettre d'intervenir précocement sur les facteurs d'aggravations des risques, que sont la précocité (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.).



Schéma d'organisation médico-sociale

- **Problématiques / Constats :**

- 1/ La prévention intéresse de nombreux acteurs et repose des sources de financements diverses : Etat, Assurance Maladie, collectivités territoriales. Son organisation actuelle manque parfois de clarté et de visibilité.
- 2/ La prévention est plurielle et nécessite que soient développées de nouvelles approches (intervention précoce, action communautaire, etc.) pour mieux répondre aux besoins de certains publics.

Il en est ainsi :

- o des actions généralistes auprès de publics jeunes, de parents,
- o des actions d'intervention précoce, à l'interface du soin et de la prévention, auprès de jeunes consommateurs ;
- o des actions de soutien, conseil, formation, accompagnement auprès des établissements scolaires, services socio-éducatifs, entreprises, etc.

- 3/ Une répartition territoriale des actions de prévention inégale.

- **Principes d'organisation**

➤ *Les populations cibles*

L'intervention précoce, la prévention des dommages concernent toutes les catégories de population mais elle doit être développée particulièrement en direction des personnes vulnérables et des situations à risques au moyen d'actions de proximité.

Elle constitue un axe essentiel pour faire baisser les incidences négatives sur la santé publique des conduites addictives.

Il s'agit en priorité d'agir précocement pour éviter le passage d'un usage occasionnel à une addiction de plus en plus sévère.



Schéma d'organisation médico-sociale

Il s'agit d'éviter ou, au moins, de réduire les dommages provoqués par un accès tardif aux soins ainsi que les risques directs ou associés facteurs d'aggravation des dommages (polyconsommations, addictions associées aux troubles de l'adolescence, autres addictions comportementales).

Le renforcement et la pérennisation des programmes d'intervention précoce et de prévention concernent prioritairement :

- les jeunes, par le biais d'actions en milieu scolaire, universitaire, en milieu extrascolaire, auprès des structures recevant ce public ;
- les femmes enceintes par le renforcement des actions de prévention de l'exposition prénatale ;
- les personnes en situation de précarité et de vulnérabilité sociale et psychologique ;
- les personnes en situation de handicap ;
- les personnes âgées ;
- les personnes en situation de prostitution ;
- les personnes détenues et les personnes placées sous main de justice ou sortant de prison ;
- le milieu professionnel.

➤ *Les acteurs*

Inscrites dans les orientations nationales⁸ et régionales⁹, les actions de prévention sont assurées par des professionnels ou des personnes (parents, enseignants, associations d'usagers, etc.) formées aux différentes techniques et approches afin que leurs pratiques répondent à l'évolution des contextes d'usage (usagers jeunes, polyconsommateurs, augmentation des usages problématiques, accueil d'usagers non demandeurs de soins, etc.).

⁸ Cf. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, partie 1 « Prévenir, communiquer, informer » (quatorze mesures)

⁹ PRSP, objectif 18 : « Développer le repérage et la prise en charge précoce des usages à risques dans le domaine des addictions », objectif 19 : « Assurer un programme spécifiquement orienté vers le tabagisme féminin : réduire la prévalence du tabagisme féminin », objectif 20 : « Renforcer la réduction des risques chez les usagers de drogues afin de diminuer notamment les contaminations virales ».



Schéma d'organisation médico-sociale

Les acteurs intervenant dans le champ de la prévention et du repérage sont nombreux, divers et présents sur de nombreux territoires, voire sur tous les territoires pour certains d'entre eux.

Il en résulte que l'amélioration des actions de prévention passe notamment par la structuration du dispositif et la coordination des différents acteurs.

Peuvent être cités, sans aucune exhaustivité : les dispositifs spécialisés de prise en charge des addictions dont les CSAPA, les Consultations jeunes consommateurs (intégrées aux CSAPA), les Consultations de proximité assurant le repérage précoce, les Points Accueil Ecoute Jeunes, l'Education Nationale, les centres de formation, les établissements d'enseignement, les missions locales, les centres sociaux, les communes, les Ateliers Santé Ville (une soixantaine en Ile-de-France), les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (115 en Ile-de-France), les services de la Protection Maternelle et Infantile, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, la médecine de ville, les centres de santé, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (45 PASS installées en 2009 en Ile-de-France), le dispositif sanitaire (services de maternité, équipes de liaisons en soins et en addictologie, consultations en addictologie...), etc.

Le territoire d'intervention de référence est le niveau local.

La prévention recherche la « proximité ». En cela, les collectivités territoriales ainsi que les protagonistes de la politique de la ville constituent aussi des acteurs privilégiés.



Action 1 : Améliorer la connaissance et l'observation partagées des phénomènes de conduites addictives et à risques

Eléments de contexte / problématique :

L'impact des trajectoires de vie et de l'environnement sur l'émergence des conduites addictives et à risques demeure peu étudié.

Par ailleurs, les données objectivées sur les phénomènes émergents en matière de conduites addictives et à risques restent insuffisants au niveau régional (pas de données sur l'ensemble des territoires) et notre connaissance en matière de réalisation et d'impacts concernant les actions de prévention reste à affiner.

Aussi, peuvent être envisagés :

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-1-1	Conduire une étude, un travail de recherche sur l'influence que peuvent avoir l'environnement, dont le travail, et la trajectoire de vie sur l'émergence de conduites addictives et à risques		Personnes ayant des conduites addictives	SRP PRAPS			Dès 2013 et sur toute la durée du schéma
2-1-1-2	Elaborer des diagnostics territorialisés partagés		Personnes ayant des conduites addictives	SRP SROS PRAPS	Mission d'appui aux chefs de projet MILDT		Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Action 2 : Améliorer les réponses en matières de prévention des conduites addictives et à risques, c'est-à-dire agir sur la structuration, la qualité et l'accessibilité

Eléments de contexte / problématique :

Les actions de prévention sont assurées par des professionnels ou des personnes (parents, enseignants, association d'usagers, etc.) formés aux différentes techniques et approches afin que leurs pratiques répondent à l'évolution des contextes d'usage (usagers jeunes, polyconsommateurs, augmentation des usages problématiques, accueil d'usagers non demandeurs de soins, etc.).

Les acteurs intervenant dans le champ de la prévention et du repérage sont nombreux, de profils et de compétences diverses et présents sur de nombreux territoires pour certains d'entre eux.

Il en résulte que l'amélioration des réponses en matière de prévention des conduites addictives et à risques passe non seulement par la structuration du dispositif, mais aussi par la formation et la coordination des différents acteurs.

Pour pallier le manque de formation et de coordination des multiples acteurs intervenant dans le champ de la prévention et le manque d'information sur les dispositifs existants, il convient de renforcer les compétences des acteurs de première ligne et de réfléchir aux modalités de diffusion de l'information.

Cela passe notamment par :

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-2-1	Inscrire la prévention des conduites addictives et à risques, l'intervention précoce dans les contrats locaux de santé ;		Personnes ayant des conduites addictives	SRP PRAPS			Dès 2013 et sur toute la durée du schéma
2-1-2-2	Développer des temps de formation et d'accompagnement méthodologique par territoire, à destination des acteurs de		Personnes ayant des conduites	SRP			



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
<p>première ligne des différents champs développant des actions de prévention, pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser une approche globale des personnes confrontées à des conduites addictives et à risques, - développer la pluridisciplinarité des approches, les familiariser avec les concepts, les méthodes et les outils en promotion de la santé (participation, approche globale et intersectorielle, prise en compte de l'environnement, travail autour des compétences psychosociales), - renforcer leur connaissance des ressources locales, les amener à développer des coopérations, des partenariats sur leur territoire d'intervention 		addictives				



Schéma d'organisation médico-sociale

2-1-2-3	Elaboration des stratégies et des outils d'information appropriés autour des dispositifs et des actions de prévention développés pour permettre aux personnes de mieux les identifier et d'y accéder plus facilement		Personnes ayant des conduites addictives	SRP			Dès 2013 et sur toute la durée du schéma
---------	---	--	--	-----	--	--	--



Action 3 : Améliorer la prévention, le repérage précoce, l'évaluation, l'accompagnement et l'orientation des jeunes consommateurs de substances psychoactives et/ou souffrant d'addictions sans substance, et de leur entourage

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-3-1	Renforcer l'offre en Consultations jeunes consommateurs (CJC)	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer qualitativement et quantitativement l'offre et l'accès au CJC, - Améliorer l'accueil et l'accompagnement du jeune consommateur et de son entourage, - Renforcer la prise en compte de l'entourage familial du jeune, - Augmenter la fréquentation des CJC, - Développer les consultations avancées et les actions « hors les murs », - Améliorer et développer le travail en « réseau », les partenariats sur le territoire d'implantation des CJC avec 	<p>Jeunes consommateurs et son entourage</p> <p>Jeunes confrontés à des conduites addictives et à risques et son entourage</p>	<p>SRP</p> <p>SROS</p>	<p>CSAPA</p> <p>CJC</p> <p>Structures d'accueil et d'aide aux jeunes</p> <p>ASE</p> <p>PJJ</p> <p>Education Nationale</p> <p>Collectivités territoriales</p>		<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p> <p>Valeur cible à 5ans</p> <p>Taux d'équipement régional au moins égal à celui national</p> <p>Doubler le taux de fréquentation des CJC</p>



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<p>notamment les structures d'accueil et d'aide aux jeunes.</p> <p>Préalable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mener une réflexion régionale sur le fonctionnement et la structuration du dispositif CJC existant en vue de leur renforcement - Développer l'expérimentation de CJC avancées dans des lieux recevant des jeunes (par exemple : services médicaux et sociaux des établissements scolaires, points accueil écoute jeunes/PAEJ, centres de formations, structures d'accueil des jeunes relevant de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et de l'aide sociale à l'enfance (ASE) avec pour objectif une transmission de savoir-faire en termes 					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		d'une part de prévention individuelle ciblée et d'autre part de prévention collective (jeunes et parents). Territoires concernés : prioritairement, Val d'Oise, Seine-et-Marne et Essonne				



Action 4 : Développer des actions de prévention des conduites addictives et à risques, de repérage précoce en direction de certains publics (personnes en situation de vulnérabilité, de précarité, de handicap, âgées, de prostitution, détenues)

Certains publics (jeunes en apprentissage, en insertion ou en situation de handicap, personnes âgées, personnes en situation de précarité...) semblent peu touchés par les actions de prévention.

Il convient par conséquent de développer spécifiquement des projets, des actions, des stratégies d'intervention auprès de ces publics au travers de :

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-4-1	<p>Impulser, développer des actions de prévention des conduites addictives et à risques en direction des jeunes et des adultes en situation de handicap dans une logique de promotion de la santé favorisant la prise en compte de tous les déterminants pouvant avoir un impact sur leur santé, leurs attentes, leurs préoccupations et leurs représentations du corps et de la santé</p>		Jeunes et adultes en situation de handicap	SRP	<p>Etablissements et services accueillant des personnes en situation de handicap</p> <p>Associations de prévention et de promotion de la santé</p>		Dès 2013 et sur toute la durée du schéma
2-1-4-2	<p>Impulser, développer des actions de prévention des conduites addictives et à risques en direction</p>		Séniors Personnes	SRP	Etablissements et services accueillant des		Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
<p>des séniors, des personnes âgées dans une logique de promotion de la santé favorisant la prise en compte de tous les déterminants pouvant avoir un impact sur leur santé, leurs attentes, leurs préoccupations et leurs représentations du corps et de la santé</p>		âgées		<p>personnes âgées</p> <p>Associations de prévention et de promotion de la santé</p>		
<p>2-1-4-3 Organiser, développer des actions de prévention en direction des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité sociale et psychologique, dans une logique de promotion de la santé visant concomitamment l'amélioration des conditions de vie (habitat, insertion, alphabétisation, scolarisation, environnement, insertion ...), l'accès aux droits et l'accès à la prévention</p>		<p>Personnes en situation de précarité et de vulnérabilité sociale et psychologique</p>	<p>SRP</p> <p>PRAPS</p>	<p>DRJSCS</p> <p>DRIHL</p>		<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p>



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-4-4	Développer des actions globales en direction des personnes en situation de prostitution avec accès au matériel de prévention et de réduction des risques des infections, de contraception et d'hygiène, accès aux dépistages, temps d'information/éducation à la santé, orientation et accompagnement vers les droits sociaux et les dispositifs sanitaires et sociaux et soins d'urgence		Personnes en situation de prostitution	SRP PRAPS			Dès 2013 et sur toute la durée du schéma
2-1-4-5	Renforcer, développer les actions de prévention des conduites addictives et à risque en direction des personnes détenues en encourageant l'ensemble des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), implantées en milieu pénitentiaire, à mettre en place un comité d'éducation pour la santé.		Personnes détenues	SROS santé des personnes détenues SRP	UCSA CSAPA pénitentiaires		Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Action 5 : Développer la prévention des conduites addictives et à risques en milieu professionnel

Les conduites addictives en milieu de travail concernent de nombreux salariés et selon plusieurs études, 15 % à 20 % des accidents professionnels, d'absentéisme et de conflits interpersonnels au travail seraient liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants.

Si elles ont des conséquences sur le travail, elles sont aussi parfois liées aux conditions de travail.

Par ailleurs, les actions de prévention des conduites addictives et à risques en milieu professionnel restent insuffisamment lisibles et sont sans doute encore insuffisantes dans les petites et moyennes entreprises.

La consommation de produits psychoactifs relève de la catégorie des « risques pour la santé des salariés » ; il revient donc aux médecins du travail de conduire, dans tout le milieu professionnel, des actions de prévention primaire.

Par ailleurs, au-delà de cette prévention directe auprès des divers acteurs, le milieu du travail constitue un contexte particulièrement propice pour mener, de façon globale, des actions de proximité envers la population adulte : il offre la possibilité de sensibiliser les personnels pour eux-mêmes et de leur apporter, par ce canal, des savoirs qu'ils peuvent transmettre à leur tour dans leur environnement familial.

La prévention primaire des conduites addictives et à risques en milieu professionnel passe par la prévention des facteurs supposés favoriser les addictions notamment la prévention des risques professionnels psychosociaux et physiques.

La prévention secondaire des conduites addictives et à risques en milieu professionnel passe par l'information, la formation et l'accompagnement des professionnels de santé au travail et des entreprises, dans le but de permettre un meilleur accompagnement des salariés en difficulté avec leurs comportements addictifs et leur maintien dans l'emploi par une orientation précoce vers le soin.

Il peut s'agir de démarches collectives de formation des services de santé au travail et de l'encadrement des entreprises, associées à des temps de sensibilisation des salariés ou de démarches individuelles autour de situations particulières.

Les actions de prévention secondaire collectives visent à définir et mettre en place une politique de l'entreprise sur la question des conduites addictives en son sein.

Ces démarches de prévention associent idéalement l'ensemble des acteurs de l'entreprise, qu'elles soient initiées par les services de santé au travail ou par la direction de l'entreprise.

Elles peuvent également s'appuyer sur les services de pathologie professionnelle et sur les promoteurs associatifs de la prévention. Pour favoriser leur mise en œuvre, il convient de :



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-1-5-1	Améliorer, au niveau régional, la connaissance de l'épidémiologie des conduites addictives en milieu professionnel	- Etudes, recherches actions	Personnes ayant des conduites addictives et à risques en milieu professionnel	SRP	Direction régionale du travail et de l'emploi Médecine du travail Associations de prévention		2013-2017
2-1-5-3	Recenser les actions de prévention des addictions menées en milieu professionnel menées dans la région		Personnes ayant des conduites addictives et à risques en milieu professionnel	SRP	Direction régionale du travail et de l'emploi Médecine du travail Associations de prévention		2013-2017
2-1-5-4	Evaluer les besoins en termes de ressources et d'actions de prévention, notamment d'actions de sensibilisation, d'information et de consultations spécialisées		Personnes ayant des conduites addictives et à risques en milieu	SRP	Direction régionale du travail et de l'emploi Médecine du		2013-2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	« addictologie et travail »		professionnel		travail Associations de prévention		
2-1-5-5	Promouvoir le dépistage comme l'un des outils du médecin du travail dans sa démarche d'élaboration d'une politique globale de prévention au service de la santé et de la sécurité de l'entreprise et des personnes		Personnes ayant des conduites addictives et à risques en milieu professionnel	SRP	Direction régionale du travail et de l'emploi Médecine du travail Associations de prévention		2013-2017



Schéma d'organisation médico-sociale

OBJECTIF STRATEGIQUE N°2

Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes

OBJECTIF OPERATIONNEL N°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



Schéma d'organisation médico-sociale

ACTION COMMUNE



Action 1 : expérimenter la mise en œuvre du dispositif de télémédecine dans les établissements médico-sociaux

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-2-1	- Sélectionner les établissements qui expérimentent ce dispositif et procéder à leur équipement	Participation au portage et suivi du projet en lien avec les établissements de santé mettant à disposition leurs spécialistes.	PA PH PDS	SROS ambulatoire, sanitaire, programme régional de télémédecine	Conseil régional STIF Conseils généraux Collectivités locales	Nombre de projets de télémédecine impliquant des ESMS Réduction du recours aux urgences. Nombre de téléconsultations de spécialistes.	Sur la durée du schéma



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES AGEES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Améliorer l'accès à l'information, au diagnostic, au conseil et à l'évaluation des situations individuelles

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-2-1	Consolider le maillage territorial en CLIC et/ou autres instances de coordination gérontologique en matière d'accueil, information et conseil aux personnes âgées et à leurs familles	Analyse des zones d'intervention des CLIC ou coordinations gérontologiques et des zones non couvertes par un tel dispositif	Personnes âgées		CG	- Cartographie régionale des zones d'intervention	2013
2-2-2	Soutenir une démarche d'harmonisation des prestations et du service rendu par les CLIC et autres instances de coordination gérontologique	Mise en place d'un groupe de travail chargé d'assurer l'analyse du service rendu	Personnes âgées		CG	- Constitution du groupe de travail - Réalisation d'un document d'analyse	Dès 2014 et sur la durée du schéma
2-2-3	Contribuer à la mutualisation des moyens d'information (outils et documents)	Mise en œuvre de supports d'information, proposés par le groupe de travail	Personnes âgées		CG	- Réalisation de supports d'information	A partir de 2015
2-2-4	Rendre plus lisible l'action des centres de consultation mémoire en informant sur leur implantation et l'action qu'ils mènent auprès des professionnels de santé	Réaliser une cartographie des CM	Malades Alzheimer	SROS	URPS	- Réalisation de la cartographie	2013-2017



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	Mettre en ligne sur le site internet de l'ARS Diffuser l'information aux médecins traitants via l'URPS				- Information effectivement mise sur site internet	



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 2 : Décloisonner et coordonner les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	Les filières gériatriques						
2-2-5	Procéder à l'évaluation de l'action des filières gériatriques déjà implantées sur la région	Mener une enquête détaillée et une analyse sur l'activité des filières Réunir les acteurs et les partenaires de chaque filière, notamment les médico-sociaux pour identifier les facteurs de réussite et les freins rencontrés	PA	SROS		- Réalisation de l'enquête - Tenue des réunions	2013 - 2014
2-2-6	Valoriser les expériences de coopération et de coordination menées à bien dans les filières gériatriques	Recenser les organisations et les actions de coopération et de coordination Chercher à les modéliser et créer des outils pour faciliter leur généralisation	PA	SROS		- Réaliser un inventaire des actions proposées par les filières gériatriques	2013-2014
2-2-7	Rechercher la cohérence entre territoires des filières gériatriques et territoires d'action gérontologique	Comparer ces territoires et réviser, si cela s'avère utile pour une meilleure lisibilité et une meilleure articulation avec les secteurs médico-social et social, les zones d'intervention	PA	SROS		- Cartographie des aires d'intervention concernées - Réunir un groupe de travail sur la « révision » éventuelle de ces	2013-2014



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		des filières				territoires	
	Les dispositifs favorisant la fluidité						
2-2-8	Développer l'action des équipes mobiles gériatriques (intra et extrahospitalières) comme membres à part entière des filières gériatriques	Dans le cadre de l'enquête sur les filières, évaluer l'action des équipes mobiles gériatriques (évaluation, intervention, préparation du retour à domicile, formation,...)	PA	SROS		- Diagnostic de l'action des équipes mobiles	2013 - 2017
2-2-9	Renforcer les moyens des équipes mobiles existantes, et créer de nouvelles équipes dans les zones jugées prioritaires	Sous réserve de la disponibilité des financements nécessaires	PA	SROS		- Nombre d'équipes nouvellement créées - Nombre d'équipes ayant bénéficié de moyens supplémentaires	2013 - 2017
2-2-10	Soutenir et accompagner l'activité des réseaux de santé dans leurs missions de coordination (parcours de soins des malades âgés complexes) et d'appui (rôle de référent et d'expert) aux professionnels de santé et médico-sociaux et de valorisation des bonnes pratiques	Voir schéma ambulatoire (fiches relatives aux réseaux de santé)	PA	SROS			2013 - 2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-2-11	Bien identifier leur lien avec les filières gériatriques	Dans chaque territoire, réunir filière et réseau (x) pour organiser précisément et conjointement la répartition des tâches	PA			- Organisation de réunions pour chaque territoire	2013 - 2017
2-2-12	Permettre des échanges entre CLIC et réseaux sur leurs pratiques avec les autres acteurs sanitaires et médico-sociaux	Organiser des réunions de réflexion et d'échange sur leurs pratiques professionnelles	PA			- Diffusion des documents produits	2014 - 2017
2-2-13	Améliorer l'accueil et les conditions d'hospitalisation des personnes âgées : coordonner l'action des professionnels autour des entrées et sorties d'hospitalisation, améliorer la prise en charge aux urgences des personnes âgées, quand elle est inévitable, anticiper et organiser le retour en établissement ou à domicile (au moyen par exemple d'une infirmière coordinatrice des sorties, voire d'un binôme infirmière/assistante sociale)	A traiter dans le SROS	PA				2013 - 2017
2-2-14	Favoriser l'articulation des prises en charge médico-sociales et sanitaires (SSR-HAD-SSIAD-USLD)	Mieux définir les rôles respectifs de l'HAD, du SSR, des SLD et des SSIAD dans	PA			- Analyse des rôles de chaque acteur	2013 - 2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>les prises en charge</p> <p>Elaborer des outils communs d'information et d'orientation, des conventions de partenariat,...</p> <p>A préciser dans le SROS</p>				- Outil commun : formalisation d'une convention type unique	
	La psychiatrie						
2-2-15	Identifier les ressources existantes dans les territoires pour organiser les parcours de soins et d'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques (à domicile et en établissement) : diagnostic et orientation, prévention des hospitalisations, prise en charge et suivi	A traiter dans le volet « psychiatrie » du SROS	PA	SROS			2013 - 2017
2-2-16	Prévoir des modes d'organisation facilitant l'échange et l'exercice interdisciplinaire entre professionnels des secteurs psychiatrique et gériatologique, entre géronto-psychiatres et gériatres	A traiter dans le volet « psychiatrie » du SROS	PA	SROS			2013 - 2017
2-2-17	Doter d'une compétence psychiatrique les équipes mobiles gériatriques et les réseaux	A traiter dans le volet « psychiatrie » du SROS	PA	SROS			2013 - 2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	géronologiques et/ou créer des équipes mobiles géronto-psychiatriques						
2-2-18	Bien identifier la place de la psychiatrie dans les filières gériatriques en termes d'organisation des soins (ambulatoire, hôpital,...)	A traiter dans le volet « psychiatrie » du SROS		SROS			2013 - 2017
2-2-19	Faciliter l'accueil en EHPAD et en USLD de malades psychotiques vieillissants	<p>Evaluer les besoins en capacités et leur répartition territoriale</p> <p>Rechercher dans chaque département les établissements en capacité d'accueillir ces populations</p> <p>Former les personnels et prévoir l'appui psychiatrique nécessaire sous forme notamment de consultations partagées</p>	PA	SROS		<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic des besoins - Nombre d'actions de formation du personnel à l'accompagnement de patients psychotiques - Nombre de consultations partagées mises en place 	2013 - 2017



Action 3 : Développer au sein de la région les dispositifs d'intégration des services afin d'améliorer la qualité de réponse apportée aux usagers

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-2-20	Assurer un suivi de la mise en œuvre des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)	Participer aux tables stratégiques des MAIA Réunir les MAIA au niveau régional une à 2 fois par an	Malades Alzheimer et PAD		CG, CPAM, repr. des usagers, des professionnels de santé, des établissements et services sociaux – médico-sociaux et sanitaires	- Nombre de tables stratégiques réunies - Nombre de réunions régionales organisées	2013 - 2017
2-2-21	Poursuivre le développement du dispositif MAIA au sein de la région, notamment sur les départements non encore pourvus à ce jour	Lancement d'appels à candidatures - selon les modalités prévues au niveau national	Malades Alzheimer et PAD		idem	- Nombre de nouvelles MAIA créées chaque année - Nouveaux territoires couverts	2013 - 2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-2-22	Mutualiser avec les partenaires locaux les expériences menées en matière de coordination et d'intégration des services	Inscrire à l'ordre du jour des rencontres réunissant les principaux partenaires, la thématique de l'intégration Présenter des expérimentations et expériences réalisées dans ce cadre	Malades Alzheimer et PAD	SROS	idem	- Organisation effective de réunions traitant de cette thématique	2013 - 2017



Action 4 : Améliorer la qualité de la fin de vie à domicile et en établissement en développant les soins palliatifs

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-2-23	Permettre aux personnes en fin de vie de pouvoir rester à domicile (prise en charge de la douleur, soins palliatifs)	Mieux définir le rôle respectif des différents intervenants possibles : HAD, SSIAD, équipes mobiles, réseaux (groupe de travail à réunir)	PAD	SROS		- Réunion du groupe de travail	2013 - 2014
		Former les personnels des SSIAD à cette prise en charge				- Nombre d'actions de formation	2013 - 2017
2-2-24	Améliorer l'accompagnement de fin de vie et la prise en charge des soins palliatifs en EHPAD	Développer l'intervention des équipes mobiles et réseaux et formaliser les partenariats par le biais de conventions Diffuser la culture et les démarches palliatives auprès des établissements (formation du personnel) Organiser des échanges sur les bonnes pratiques de prise en charge	PAD	SROS		- Nombre de conventions signées - Nombre d'actions de formation - Nombre de réunions d'échanges sur les bonnes pratiques organisées au plan local	2013 - 2017



Schéma d'organisation médico-sociale



VOLET PERSONNES HANDICAPEES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Organiser le partage d'information entre les équipes d'accueil petite enfance et le secteur médico-social

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-2-1-1	Structurer les liens entre le secteur de la petite enfance (crèche, centre d'accueil...) et le secteur médico-social (CAMSP, CMPP, SAFEP)	Développer et formaliser les rencontres entre le secteur de la petite enfance (crèches, centre d'accueil) et les structures médico-sociales pour accueillir dans les meilleures conditions les jeunes enfants en milieu ordinaire	Tous handicaps (0 – 6 ans)		Collectivités territoriales, CAF, DRJSCS	Nombre de conventions signées entre opérateurs Nombre de rencontres par an sur chaque territoire (Rapport d'activité des structures médico-sociales)	De janvier 2013 à décembre 2016
2-2-1-2	Faciliter l'accès des jeunes enfants handicapés dans les services d'accueil de la petite enfance.	Faire un bilan sur chaque territoire des solutions existantes pour faciliter l'intégration des enfants handicapés dans les structures petite enfance en milieu ordinaire. Développer en fonction des besoins les instances de médiation et de recours dont l'objectif est de soutenir les établissements et services d'accueil de la petite enfance qui accueillent des enfants en situation de handicap	Tous handicaps		Collectivités territoriales	Existence d'une solution d'aide sur chaque territoire Nombre de structures petite enfance accueillant des enfants porteurs de handicap	De janvier 2013 à décembre 2016

Action 2 : renforcer la coopération entre l'éducation nationale et l'ARS pour la scolarisation des enfants handicapés



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-2-2-1	Formaliser les liens éducation nationale - ARS	Désignation d'un référent « scolarisation » ARS au siège et dans les territoires	Tous handicaps	Sanitaire	Education nationale	Nombre de réunions annuelles ARS-EN	De janvier 2013 à décembre 2013
2-2-2-2	Assurer le suivi du conventionnement entre l'éducation nationale et l'ARS dans le cadre des unités d'enseignement à mettre en place dans les structures médico-sociales et hôpitaux de jour	Mettre en place les groupes techniques de suivi de la scolarisation au sein des DT	Tous handicaps		Education nationale MDPH	Nombre de groupes techniques mis en place et nombre de réunions tenues	De janvier 2013 à juin 2014
2-2-2-3	Mettre en œuvre les dispositions de la convention signée avec l'éducation nationale en matière d'éducation à la santé et de surveillance de l'état de santé	Etudier avec l'éducation nationale les besoins de création de nouvelles unités d'enseignement. Recueillir et échanger des données entre l'ARS et les rectorats	Tous handicaps	Prévention	Education nationale Professionnels de santé EN, ARS	Nombre de conventions nouvelles d'unités d'enseignement signées par année	De janvier 2013 à juin 2017
2-2-2-4	Réaffirmer le rôle du médecin scolaire	Développer des outils et des méthodes partagées Conclure un avenant à la convention signée entre l'EN et l'ARS sur les actions de repérage du handicap	Tous handicaps	Prévention Ambulatoire		Bilan annuel des actions conjointes conduites En lien avec l'éducation nationale, nombre de dépistage de handicap	De janvier 2014 à décembre 2014



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 3 : Développer la coopération sanitaire médico-sociale pour les personnes handicapées psychiques

La situation de handicap des personnes souffrant de troubles psychiques, à la rencontre des domaines de la santé mentale et du handicap, est un sujet de santé qui, rejoignant la conception pluridimensionnelle et territorialisée de la santé, au sens de la loi HPST, est porteur de transversalité entre les champs de la prévention, des soins, de l'accompagnement médico-social et social.

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-2-3-1	Pointer le nécessaire appui des structures sanitaires ambulatoires et prévoir des modes d'articulation formalisées	Faire figurer dans le SROS l'indispensable travail en commun avec les équipes de secteur psychiatrique et en faire un critère d'évaluation dans les CPOM	Handicapés psychiques	Sanitaire Ambulatoire	Centres hospitaliers spécialisés	Inscription dans le SROS. Conventions	De janvier 2014 à décembre 2016
2-2-3-2	Faciliter l'alternance des séjours en mettant en place un dossier partagé entre les Ets Psychiatriques et les EMS.	Organiser le recours à une prise en charge psychiatrique par le biais de la mise en place de protocoles entre les établissements psychiatriques et les établissements médico-sociaux. Mise en œuvre et développement des conventions de mise à disposition entre le secteur sanitaire et médico-social		Sanitaire	Centres hospitaliers spécialisés	Protocoles	De janvier 2014 à décembre 2016
	Formaliser les conventions de mise à	Evaluer le fonctionnement des			Centres	Nombre d'ETP mis à disposition	De janvier



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-2-3-3	disposition (en ETP) du personnel de sectorisation psychiatrique.	GEM existants Organiser des rencontres entre l'ensemble des partenaires afin de réaliser le maillage	Handicap psychique	Sanitaire	hospitaliers Equipe de secteurs Associations	Bilan du fonctionnement des GEM Nombre de réunions / an	2014 à décembre 2016
2-2-3-4	S'assurer du partenariat avec les équipes de santé mentale de proximité et /ou avec les services d'accompagnement afin que les GEM s'intègrent dans un maillage territorial de proximité.	Nommer un référent médical médico-social au sein du CMP	Handicap psychique	Sanitaire	Equipe de secteurs Associations , GEM		De janvier 2014 à décembre 2016
2-2-3-5	Favoriser le rôle pivot du CMP		Sanitaire (SROS)	Centres hospitaliers Equipe de secteurs		Nombre de CMP ayant un référent médical médico-social	De janvier 2013 à décembre 2017



Action 4 : Mobiliser tous les acteurs de l'insertion (entreprises, DIRECCTE, Conseil Régional, Cap Emploi...) en développant l'articulation entre les politiques de l'emploi et du handicap

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2.2.4.1	Participer à la mise en œuvre du PRITH	Désignation d'un ou plusieurs représentants de l'ARS pour participer aux réunions du PRITH et aux groupes de travail	Tous handicaps		DIRECCTE Cap Emploi Conseil régional Pôle emploi AGEFIPH	Nombre de réunions par an où l'ARS est présente Nombre d'actions du PRITH au sein desquelles l'ARS est engagée	De janvier 2013 à juin 2017



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Garantir la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes confrontées à des difficultés spécifiques en organisant les coopérations entre les différents secteurs d'intervention (médecine de ville, médico-social, sanitaire)

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-2-1-1	<p>Améliorer la lisibilité des dispositifs en définissant plus clairement le parcours de soins suivi par les patients et en précisant la place et le rôle des différents intervenants</p>	<p>Le dispositif d'addictologie comme le dispositif d'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité ayant besoin de soins et d'un accompagnement social (ACT, LHSS, LAM) manquent de lisibilité.</p> <p>Des stratégies, des actions de communication appropriées (organisation de rencontres, de journées portes ouvertes, de forums, de colloques, informations mises sur Internet, etc.) doivent être envisagées à destination des professionnels des secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social, social, des usagers et de leur entourage, mais aussi des étudiants (formation).</p>	<p>Personnes confrontées à des difficultés spécifiques (personnes accueillies en CAARUD, CSAPA, CT, ACT, LHSS, LAM)</p>	<p>SRP SROS Volet ambulatoire et hospitaliers</p>	<p>Gestionnaires Fédérations Professionnels des secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social, social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration et diffusion à l'ensemble des professionnels concernés d'un répertoire régional et départemental, actualisé, des dispositifs, des actions, des lieux d'intervention. - Organisation, participation à des rencontres, colloques, forums - Installation et animation d'une instance régionale thématique sur les addictions 	<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p>



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		La mise à disposition d'un répertoire régional et départemental, actualisé, des acteurs, des dispositifs, des actions, des lieux d'intervention, etc à destination des professionnels participe aussi à l'amélioration de la connaissance et de la visibilité des dispositifs.					
2-2-1-2	Développer l'articulation, la coordination des différents acteurs et dispositifs par une pratique de réseau de proximité	<p>Par manque de connaissance des rôles, missions et compétences respectifs, les prises en charge des personnes confrontées aux addictions et/ou à des difficultés spécifiques restent encore trop fréquemment cloisonnées.</p> <p>Encourager les pratiques partenariales suppose et nécessite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la définition du parcours de soins le plus adapté, approprié au 	Personnes confrontées à des difficultés spécifiques (personnes accueillies en CAARUD, CSAPA, CT, ACT, LHSS, LAM)	SRP SROS Volet ambulatoire et hospitaliers	Gestionnaires Fédérations Professionnels des secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social, social	- Nombre de conventions partenariats formalisées	<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p> <p>Valeur cible à 5 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inscription de chaque dispositif, de chaque acteur dans un réseau partenarial local afin d'une part d'« ancrer » dans chaque territoire les dispositifs de



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>patient,</p> <ul style="list-style-type: none"> - le développement de la connaissance des missions et compétences de chacun des protagonistes par notamment l'organisation de rencontres régulières, le partage d'outils communs, les échanges d'informations, la formation des acteurs, - l'organisation et le développement d'échanges de pratiques professionnelles, par le biais par exemple de réunions de synthèse autour de cas cliniques, - le renforcement de la formalisation des partenariats (conventions de partenariats) permettant d'assurer au patient, à l'usager une circulation fluide entre les différents dispositifs correspondant à ses besoins. 					<p>prévention, de prise en charge et de soins en addictologie, ainsi que ceux relevant du soin résidentiel c'est-à-dire assurant une prise en charge médico-social globale associant un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique et un accompagnement social et d'autre part, de mieux répondre aux besoins spécifiques du territoire d'intervention.</p> <p>- Augmenter le nombre de conventions de</p>



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<p>Le SROMS, comme le Schéma régional d'addictologie (SRA) définit le dispositif francilien de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie, porte l'ambition de proposer une articulation forte entre les différents secteurs (prévention, éducation pour la santé, intervention précoce, soins, médecine de ville, social, médico-social, sanitaire) en vue d'assurer aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques une continuité de prise en charge.</p> <p>Autrement dit, il a le projet de parvenir à un décloisonnement entre les secteurs sanitaire (ambulatoire et hospitalier), social et médico-social.</p> <p>L'un des enjeux du SROMS réside donc dans la mise en œuvre d'une démarche réellement intégrée avec les orientations définies dans le cadre du SRP, du SROS volets</p>					partenariats.



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>ambulatoire et hospitaliers.</p> <p>L'organisation des acteurs sur un territoire (défini 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.</p> <p>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.</p> <p>Les partenariats, les coopérations et complémentarités entre professionnels des différents secteurs, entre professionnels du même secteur, guideront les organisations mises en place.</p> <p>Les acteurs disposent pour cela</p>					



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>d'outils qui vont des conventions de partenariat aux groupements de coopération sanitaires et médicaux sociaux, à la mise en place de réseaux de santé.</p> <p>Territoires concernés : tous les territoires</p>					
2-2-1-3	<p>Assurer une prise en charge graduée, coordonnée et cohérente pour les personnes ayant des conduites addictives et celles confrontées à des difficultés spécifiques (logique de complémentarité d'interventions)</p>	<p>La mise en œuvre du principe de 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 et des dommages, le diagnostic, la prise en charge médicale -somatique et psychiatrique-, la prescription et le suivi de traitements, la coordination médicale, la prise en charge sociale et éducative, etc., requiert une approche coordonnée et transversale du système de</p>	<p>Personnes confrontées à des difficultés spécifiques (personnes accueillies en CAARUD, CSAPA, CT, ACT, LHSS, LAM)</p>	<p>SRP SROS Volet ambulatoire et hospitaliers</p>	<p>Gestionnaires Fédérations Professionnels des secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social, social</p>		<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p>



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>prise en charge et de soins entre les dispositifs médico-sociaux, sociaux, sanitaires et les soins de ville.</p> <p>Le SROMS, comme le Schéma régional d'addictologie (SRA) pour le volet Addictions, se doit, dans un cadre territorial défini d'organiser un dispositif gradué et cohérent de l'offre médico-sociale, garantissant accès aux accompagnements et soins pour tous et prise en charge.</p> <p>L'offre médico-sociale relative au secteur Personnes confrontées à des difficultés spécifiques se situe au carrefour et en complémentarité des acteurs sociaux, hospitaliers, de la médecine de ville.</p> <p>Elle se caractérise notamment par les notions de proximité, de pluridisciplinarité, d'accompagnement de durée adaptée.</p> <p>Si le champ social et médico-social</p>					



	Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>reconnait le département comme territoire d'intervention, comme espace d'organisation de la prise en charge, certaines stratégies d'actions, certaines activités ont vocation à se décliner sur d'autres niveaux (régional, interdépartemental, au sein des territoires de proximité) soit parce qu'elles répondent à l'analyse des besoins (exemple : l'échelon régional est privilégié au profit de certaines populations nécessitant un accueil et un accompagnement spécifiques ou de certaines prises en charge. Tel est le cas de l'hébergement thérapeutique pour femmes enceintes et/ou avec enfants ou pour sortants de prison), soit parce qu'elles nécessitent une mise en œuvre en articulation avec l'offre hospitalière et la médecine de ville (prise en compte des territoires de santé et des projets médicaux de territoire).</p> <p>L'organisation de l'offre visant à la détermination d'un dispositif complet de prise en charge doit</p>					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<p>donc veiller à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la cohérence et la coordination entre les différents secteurs, entre les différents dispositifs, entre les différents acteurs et professionnels ; - garantir la prise en charge globale de la personne ayant des conduites addictives et/ou confrontées à des difficultés spécifiques ; - se traduire par la mise en œuvre du principe de complémentarité d'intervention entre les différents dispositifs médicaux-sociaux, sanitaires, la médecine de ville. <p>L'organisation graduée et coordonnée entre les acteurs ambulatoires, hospitaliers, médico-sociaux et 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</p>					



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>à la définition, sur chaque territoire, des filières de prise en charge et de soins cohérentes et lisibles.</p> <p>Territoires concernés : tous les territoires</p>					

Action 2 : Améliorer les prises en charge « conjointes » en cas de co-morbidités induites ou concomitantes, en particulier avec la psychiatrie, en lien avec le SROS volet Prise en charge des addictions et volet Psychiatrie

Les patients confrontés à des conduites addictives souffrent fréquemment de comorbidités psychiatriques, impliquant une nécessaire et indispensable articulation entre les professionnels des deux champs.

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-2-2-1	<p>Améliorer la coordination entre addictologie et psychiatrie,</p> <p>Renforcer l'articulation entre les structures de prise en charge spécialisées en addictologie et la</p>	<p>- Définition des missions et des articulations nécessaires entre équipes d'addictologie et équipes de psychiatrie:</p> <p>✓ définition de bonnes pratiques professionnelles (référentiels de bonnes</p>	Personnes ayant des conduites addictives et présentant des comorbidités psychiatriques	SROS Addictions Psychiatrie	Etablissements de santé ayant une activité en psychiatrie Secteurs de psychiatrie	Nombre d'équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), de consultations en addictologie renforcées ou créées (crédits DAF)	<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p> <p>Valeur cible à 5 ans : une équipe de liaison et de soins en addictologie par</p>



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
psychiatrie	<p>pratiques professionnelles sur l'articulation entre l'addictologie et la psychiatrie, protocoles d'intervention, définition de « circuits courts », etc.),</p> <p>✓échanges de pratiques entre les professionnels de psychiatrie et ceux des CSAPA et CAARUD pour améliorer et renforcer le repérage clinique des consommations de substances psychoactives, pour faire connaître les concepts et outils de la réduction des risques et des dommages, pour initialiser des traitements de substitution aux opiacés et poursuivre les traitements initiés en amont de l'hospitalisation ;</p> <p>✓organisation de temps d'échanges partagés, de lieux de rencontres, de réflexion, d'informations.</p>			CAARUD CSAPA Fédérations	Nombre d'orientations	établissement psychiatrique



	Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> - Création (et/ou renforcement de l'existant) d'une équipe de liaison et de soins en addictologie en établissements psychiatriques. - Inclusion de soins psychiatriques dans l'organisation des filières hospitalières de soins addictologiques de niveau II, notamment pour le développement des programmes de prise en charge dans le cadre des soins complexes. - Développement de pratiques de soins « conjoints » ou « intégrés » psychiatriques et addictologiques en milieu psychiatrique et pédopsychiatriques en identifiant des lits d'addictologie en milieu psychiatrique et en 					



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	développant les compétences du personnel en addictologie.					

OBJECTIF STRATEGIQUE N°2

Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes

OBJECTIF OPERATIONNEL N°2-3

Favoriser l'accès et le maintien au logement des personnes



Schéma d'organisation médico-sociale

ACTIONS COMMUNES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Adapter le logement à la situation des personnes âgées ou handicapées en perte d'autonomie afin de le rendre plus sécurisant et plus fonctionnel

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-3-1	Recenser les aides existantes pour l'adaptation des logements individuels	Mettre en place un groupe de travail chargé de recenser les aides existantes et solliciter les partenaires compétents sur ce sujet	PA PAD PH	SR Prévention	Conseils généraux Collectivités territoriales DRHIL PACT	- Constitution du groupe de travail - Constitution de l'inventaire des aides existantes	2015
2-3-2	Organiser conjointement la mobilisation de toutes les instances pouvant informer et conseiller les personnes âgées CLIC, ADIL, CCAS,...	Réunir ces principaux partenaires pour les informer du recensement réalisé et optimiser les actions	PA PAD PH		Conseils généraux Collectivités territoriales DRHIL PACT	- Nombre de réunions d'informations	2015
2-3-3	Sensibiliser les bailleurs sociaux constructeurs de logements sociaux aux problématiques des personnes en perte d'autonomie	Rencontrer les bailleurs sociaux Leur diffuser un document écrit	PA PAD PH		Conseils généraux Collectivités territoriales DRHIL	Nombre de réunions organisées avec les bailleurs sociaux - Réalisation du document, et diffusion auprès des bailleurs sociaux	2015



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
					PACT		
2-3-4	Favoriser le recours à la domotique et à l'usage des technologies de la communication	Communiquer sur ces nouvelles technologies	PA PAD PH		Conseils généraux Collectivités territoriales DRHIL PACT	- Recenser les technologies existantes - Lancer une campagne d'information	A partir de 2015



Action 2 : Organiser la concertation entre les responsables des politiques de l'habitat et du logement et l'ARS

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-3-5	Etablir un état des lieux des actions en faveur des personnes âgées ou handicapées figurant dans les différents plans et programmes comme les plans départementaux de l'habitat (PDH), les plans locaux d'urbanisme (PLU) intégrant le vieillissement dans leur partie diagnostic et orientations et les plans locaux de l'habitat (PLH) des communes et intercommunalités)	Constituer un groupe de travail pour élaborer les modalités d'établissement de cet état des lieux Réaliser cet état des lieux Etablir des propositions pouvant favoriser la prise en compte du vieillissement et des besoins y afférents			Conseils généraux DRIHL DDCS	- Constitution d'un groupe de travail - réalisation de l'état des lieux	2015
2-3-6	Œuvrer à la mise en place d'une concertation pérenne de l'ensemble des acteurs concernés pour une approche partagée des problématiques du vieillissement et de la perte d'autonomie et de l'action médico-sociale dans les politiques territoriales de l'habitat et du logement à chacun des niveaux territoriaux, régional, départemental et local	Proposer la mise en place d'une instance régionale et d'instances départementales de concertation			Conseils généraux DRIHL DDCS	-organisation de la constitution de cette instance	A partir de 2015
2-3-7	Solliciter la consultation de l'ARS sur les plans et programmes territoriaux et sur les	Proposer des modalités pour			Conseils		A partir de



Schéma
d'organisation
médico-sociale

Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	projets des bailleurs sociaux	cette consultation			généraux DRIHL DDCS		2015



Action 3 : Faciliter les déplacements des personnes en perte d'autonomie dans leur environnement extérieur afin de maintenir le lien social

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-3-8	Faire de la problématique des déplacements (accessibilité et transports collectifs ou adaptés) des personnes en perte d'autonomie dans leur environnement immédiat un sujet de réflexion et d'action au niveau régional	Sensibiliser les opérateurs sur l'importance du déplacement de ces publics dans leur environnement comme facteur de maintien de leur autonomie	PA PH PDS		Conseil régional STIF Conseils généraux Collectivités locales	- mise en place d'une campagne de sensibilisation auprès des opérateurs	Sur la durée du schéma
2-3-9	Recenser et soutenir les actions menées par les départements et les communes pour aider les personnes à se déplacer (transport, accompagnement)	Mener une étude avec nos partenaires sur ces actions	PA PH PDS			- Rédaction d'un document de synthèse	Sur la durée du schéma



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES AGEES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Contribuer à la promotion d'une offre alternative et diversifiée de logements pour favoriser des parcours résidentiels

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-3-1	Favoriser le maintien, la modernisation, voire l'essor, du parc des logements-foyers, MARPA et autres maisons de retraite non médicalisées.	Valoriser le soutien que peut leur apporter le secteur médico-social (SSIAD, EHPAD,...) avec des moyens de communication à définir	PA		Conseils généraux Collectivités territoriales DRHIL		2013 - 2017
2-3-2	Recenser les autres formes d'habitat présentes dans la région : petites résidences locatives « seniors », domiciles collectifs, résidences services du secteur lucratif, logement intergénérationnel, autres	Solliciter les partenaires institutionnels compétents pour travailler à un recensement le plus complet possible	PA		idem	- Nombre de rencontres ayant eu lieu sur ce sujet - Rédaction d'un document recensant ces formes d'habitat	2015
2-3-3	Procéder à l'analyse de ces formes d'habitat (création, territoire, organisme porteur, fonctionnement, financement,...) pour en tirer des enseignements concernant leur besoin d'accompagnement médico-social	Mener une étude sur ces formes d'habitat en partenariat avec les institutions intéressées	PA		Idem	- Rédaction d'un document d'analyse synthétisant les possibilités d'accompagnement médico-social	A partir de 2015



Schéma
d'organisation
médico-sociale

Schéma d'organisation médico-sociale

OBJECTIF STRATEGIQUE N°2

Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes

OBJECTIF OPERATIONNEL N°2-4

Améliorer la qualité des prestations pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins et à la diversité des publics



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES AGEES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Améliorer la prise en charge dans les EHPAD

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-4-1	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	Sur la base de la dernière coupe PATHOS, ou passage au TG, et au regard de la convergence tarifaire, attribution de la nouvelle dotation soins, en fonction de priorités à définir	PAD		CG	- Crédits accordés à ce titre - Nombre d'EHPAD bénéficiaires	2013 - 2017
2-4-2	Procéder à une étude régionale des taux d'encadrement en personnel de soins (avec par exemple le nombre de toilettes par AS/AMP et le temps moyen par toilettes) comme outil d'aide à la décision	Mener une étude régionale à partir des données des EHPAD Elargir la réflexion à l'intérêt et l'opportunité de la fixation éventuelle de taux cibles	PAD		CG	- Réalisation effective de cette étude - Diffusion de cette étude aux principaux partenaires	2014
2-4-3	Améliorer la prise en charge des PA dépendantes la nuit en EHPAD par la présence d'une infirmière de nuit (présence effective ou, à défaut, astreinte)	Mener une expérimentation sur 3 ans auprès de 21 EHPAD de la région IDF et en tirer les résultats	PAD	SROS	CG	- Réalisation effective de cette expérimentation - Suivi régulier des données fournies par les sites expérimentateurs - Rédaction d'un rapport d'expérimentation	2013 - 2015
2-4-4	Développer l'intervention de l'HAD en EHPAD	Recenser les EHPAD utilisateurs	PAD	SROS	CG	- Nombre de conventionnement EHPAD / HAD	2013 - 2017



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		Réunir ces EHPAD et les services HAD pour identifier les situations propices à l'intervention de l'HAD				- Tenue des réunions et rédaction d'un document de synthèse	
2-4-5	Expérimenter l'intégration du financement des transports sanitaires dans la dotation de soins des EHPAD	Doter quelques EHPAD de crédits non reconductibles à cet effet sur 3 ans Suivre et évaluer cette expérimentation	PAD		CG	- Réalisation de l'expérimentation	2013 - 2015
2-4-6	Recenser et veiller à la diffusion et l'application des guides, référentiels et autres recommandations (HAS, ANESM, SFGG et autres)	Mettre en ligne l'ensemble de ces référentiels S'assurer de l'appropriation et de la mise en œuvre par les équipes des EHPAD, en organisant des réunions départementales de sensibilisation et d'échanges sur les pratiques	PAD			- Réalisation effective d'une communication sur ces référentiels - Organisation effective des réunions - Nombre d'EHPAD participants	2013 - 2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		S'assurer de l'inscription dans les conventions tripartites renouvelées de mesures y afférant				- Nombre de conventions concernées	
2-4-7	Mener à bien les actions relevant de la gestion du risque (GDR) : nutrition, prescription des médicaments en EHPAD,...	Cf. programme régional GDR en cours d'élaboration	PAD	SR Prévention	CG		2013 - 2017
2-4-8	Promouvoir le recours à la télémédecine en soutenant les expérimentations de télémédecine gériatrique	Suivre et évaluer les deux expérimentations en cours	PAD				2013 - 2017
2-4-9	Utiliser pleinement les conventions tripartites comme levier de négociation et de définition de mesures d'amélioration de la prise en charge	A chaque renouvellement de convention, sur la base du bilan d'exécution de la convention arrivée à son terme, arrêter les points de progrès à négocier et les mesures d'amélioration à retenir en priorité	PAD		CG	- Nombre de conventions renouvelées chaque année indiquant les points de progrès traités	2013 - 2017
2-4-10	Exploiter les évaluations externes pour	Prendre en compte les	PAD		CG	- Nombre d'évaluations externes	2013 - 2017



Schéma
d'organisation
médico-sociale

Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	déterminer les axes de progrès propres à chaque établissement	conclusions des rapports d'évaluations externes dans les CT				exploitées par les partenaires ARS-CG	



Action 2 : Favoriser les coopérations entre établissements

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-4-11	Promouvoir les mutualisations de moyens humains et matériels entre les EHPAD	Communiquer auprès des EHPAD en lien avec les CG sur : - le partage du temps de travail des personnels entre EHPAD proches (pour garantir des temps pleins) - le prêt de matériel ou les mises à disposition de salles pour des événements particuliers	PAD		CG	- Actions menées auprès des EHPAD pour les sensibiliser à la mutualisation de moyens - Nombre de projets intégrant la mutualisation des moyens humains et matériels	2014 - 2017
2-4-12	Promouvoir le partage d'expériences et de pratiques en interne et avec les partenaires extérieurs	Inciter les EHPAD à organiser des rencontres entre eux et leurs professionnels de santé	PAD		CG	- Actions menées auprès des EHPAD pour les inciter à se rencontrer	2013 - 2017
2-4-13	Promouvoir l'utilisation d'outils communs et partagés : dossier unique de pré-admission, autres....	Recenser les outils partagés déjà existants Diffuser largement les outils pertinents	PAD		CG usagers	- Recenser les modèles existant et les diffuser largement - Constitution d'un inventaire des autres outils partagés	2014 - 2017 2013-2014



Schéma d'organisation médico-sociale



VOLET PERSONNES HANDICAPEES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : accompagner la personne handicapée dans l'ensemble de ses démarches et veiller à éviter les ruptures de prise en charge par toute forme d'aide à la compensation du handicap

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-4-1-1	Développer les structures d'accompagnement (SAMSAH, service d'insertion professionnelle)	Faire un bilan de l'existant, des besoins (notifications MDPH en attente de place) et cibler les territoires prioritaires Etude du fonctionnement des services d'insertion professionnels existants	Tous les handicaps et plus particulièrement handicap psychique et traumatisés crâniens	Sanitaire	DRIHL, CG, Cap emploi, DIRECCT EMDPH	Taux d'évolution des places SAMSAH par rapport à l'existant Diminution des listes d'attente Développement des services d'insertion professionnelle	De janvier 2013 à juin 2017
2-4-1-2	Renforcer les « passerelles » (PASSMO...) permettant les choix d'orientation diversifiées et facilitant les « allers-retours » dans les modes d'accompagnement.	Développement et renforcement des liens existants entre les structures médico-sociales, sanitaires et sociales (SAMSAH, MAS, FAM, ESAT, hôpitaux...)	Tous handicaps		CG, MDPH	Nombre de conventions ou d'établissement/services intégrés dans des structures de coopération	De janvier 2014 à juin 2017
2-4-1-3	Rechercher des solutions afin que les personnes en attente de reconnaissance du handicap (pour diverses raisons incluant même le déni du handicap) ne	Obtenir des données chiffrées sur le nombre de personnes en attente de reconnaissance Développer l'information de	Tous handicaps		Collectivités territoriales	Diminution des délais d'obtention de la reconnaissance du handicap Réalisation et/ou délivrance de	De janvier 2014 à juin 2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-4-1-4	<p>restent pas sans solution d'accompagnement.</p> <p>Accompagner la préparation de la retraite des travailleurs handicapés dans les ESAT</p>	<p>ces personnes sur les services d'aide existant (services sociaux, municipaux...)</p> <p>Mettre en place « des ateliers de travail » au sein des ESAT</p> <p>Elaborer un dossier type d'information réalisé et diffusé</p>	40 ans et +		<p>MDPH</p> <p>Conseils Généraux</p> <p>Mairies</p>	<p>plaquettes d'information</p> <p>Nombre d'ateliers de travail</p> <p>Nombre de dossiers type diffusés</p>	De janvier 2013 à décembre 2017



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 2 : Pour l'autisme et les TED, mettre en place un dispositif gradué de diagnostic afin de repérer, et de procéder à un diagnostic précoce conformément à la circulaire du 27 juillet 2010

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-4-2-1	Réaffirmer le rôle des acteurs de proximité (PMI, médecine de ville...) pour le repérage des troubles	Sensibilisation des professionnels sur les signes repérables en amont du diagnostic -diffusion d'une plaquette -actions de sensibilisation prenant appui sur la mesure 5 du plan autisme	Autistes	Santé publique Ambulatoire Démocratie sanitaire	CRAIF CG Médecins, pédiatres	Nombre de plaquettes diffusées nombre d'acteurs de proximité sensibilisés	De janvier 2013 à décembre 2016
2-4-2-2	-Définir, formaliser et mettre en place au sein de chaque territoire de santé le « dispositif gradué de diagnostic », incluant une filière de repérage, diagnostic, d'accompagnement et de prise en charge. informer les acteurs des départements de ce dispositif	Définir les missions des structures intervenant dans le repérage, le diagnostic, l'accompagnement, et l'articulation entre les structures Identifier, ou le cas échéant mettre en place, au moins une équipe hospitalière multidisciplinaire de 1ère ligne	Autistes	sanitaire	CRAIF Etablissements de santé associations	Nombre de « dispositifs gradués » de repérage précoce, diagnostic, et d'accompagnement formalisés au niveau de la région Nombre de territoires pourvus au moins d'une équipe hospitalière	De janvier 2013 à décembre 2016



Action 3 : Repérer et suivre les signes de vieillissement précoce pour mieux évaluer, accompagner et orienter la personne handicapée

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Popula-tion concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2.4.3.1	Repérer les signes de vieillissement des personnes dans les structures accueillant des personnes handicapées (Etablissements) et sensibiliser les accompagnants à domicile (services)	Mettre en place une grille d'évaluation modélisée du vieillissement. Celle-ci serait destinée à tous les professionnels de santé qui interviennent en ESMS et en libéral (au domicile pour les personnes non prises en charge par une structure médico-sociale)	PHV 40 ans et +	Sanitaire Ambulatoire	Conseil de l'Ordre des médecins et infirmiers Médecins des structures	Grille modélisée Nombre d'expérimentation de cette grille Réunion de restitution de l'expérimentation	De janvier 2013 à juin 2014
2.4.3.2	Suivre l'évolution du vieillissement précoce	Intégrer l'évaluation régulière de la personne (début de la prise en charge et tous les 12 ou 18 mois)	PHV 40 ans et +	Sanitaire Ambulatoire	Médecins des structures	Nombre de projets d'établissement incluant la notion de suivi d'évaluation régulière de la personne	De juin 2014 à décembre 2016



Action 4 : Mieux cerner la population handicapée psychique

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-4-4-1	S'assurer de la mise en œuvre d'un réel accompagnement de la personne handicapée psychique et/ou son entourage, dans l'ensemble de ses démarches : Aide à la constitution du dossier de reconnaissance, aide à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi ordinaire ou protégé.	<p>S'appuyer sur de nouveaux outils impulsés par la CNSA au sein des MDPH. 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.</p> <p>Prévoir, à la suite de l'expérimentation relative à l'employabilité (rapport de décembre 2009-</p> <p>Evaluation de la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi), la possibilité de périodes d'essai dans le parcours professionnel comme partie intégrante de l'évaluation</p>	Handicap psychique	Sanitaire volet psychiatrie	CNSA MDPH CG DIRECCTE MDPH .Etablissements Association	Diminution des situations d'orientation par défaut ou « sans solution »	De janvier 2013 à juin 2017
2-4-4-2	Engager une étude épidémiologique régionale sur la population des personnes reconnues en situation de handicaps psychiques.	Recommandation mission IGAS 2011 « Handicaps psychiques »		Sanitaire		Etude réalisée	De janvier 2014 à décembre 2014



Action 6 : Aménager le mode de fonctionnement des ESAT

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-4-6-1	Prioriser la création et la transformation de places d'ESAT en structures « hors les murs »	Faire un bilan de l'existant (nombre de structures, nombre de personnes potentiellement concernées, modalités de fonctionnement) . Détermination des besoins sur les territoires. Déterminer le nombre de personnes potentiellement concernée dans chaque ESAT	Tous handicaps		DIRECCTE Cap Emploi MDPH	Réalisation du bilan de l'existant Nombre de places hors les murs nouvelles	De janvier 2013 à juin 2017
2-4-6-2	Prendre en compte le vieillissement des travailleurs handicapés en offrant la possibilité de travailler à temps partiel et d'être accueilli selon des modalités à définir le reste du temps	Adapter les modalités de fonctionnement afin de ne pas pénaliser le financement des ESAT. Mutualiser les expériences en organisant des rencontres entre les différents professionnels	Handicap Psychique PH vieillissantes		DIRECCTE Cap Emploi	Pourcentage de personnes handicapées potentiellement concernées / capacité totale de chaque ESAT Nombre de solution d'accueil à temps partiel sur chaque territoire	De janvier 2013 à juin 2017
2-4-6-3	Elargir l'offre à des activités nouvelles afin de tenir compte des différents degrés de handicap et plus particulièrement du handicap psychique	Définir et rechercher les activités nouvelles possibles Développer les partenariats avec les entreprises pour mise en œuvre	Handicap psychique			Nombre d'activités nouvelles développées sur la région	De janvier 2014 à juin 2017



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES



Action 1 : Améliorer la qualité des prestations, en développant l'approche globale des conduites addictives et en diffusant des bonnes pratiques professionnelles

Eléments de contexte / problématique :

La qualité de l'accueil, de l'accompagnement, de la prise en charge et des soins intègre à la fois des préoccupations de sécurité et d'expertise des prises en charge et des soins, l'amélioration des pratiques professionnelles, la diversité des modes de prises en charge mais également l'accompagnement de la personne.

Améliorer la prise en charge des personnes rencontrant ou susceptibles de rencontrer un problème d'addiction nécessite notamment de proposer :

- une offre diversifiée et de proximité,
- une réponse globale, pluri/transdisciplinaire, graduée et cohérente,
- une articulation entre les secteurs concernés.

Le Plan national 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions confirme l'approche globale des conduites addictives, intégrant les différentes substances psychoactives licites ou non (tabac, alcool, médicaments, drogues illicites) et les addictions sans substance ou comportementales (notamment le jeu pathologique).

La prise en charge globale des personnes ayant des conduites addictives s'impose et se concrétise par une prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative, ainsi que par la réduction des risques et des dommages.

Le renforcement, sous forme de recrutement supplémentaire ou de mutualisation, des équipes pluridisciplinaires sera favorisé (action 2-4-1-1).

Par ailleurs, réussir l'approche globale en addictologie nécessite un accompagnement des professionnels/des personnels, des gestionnaires (action 2-4-1-2-).

Cette évolution questionne la formation mais aussi les pratiques professionnelles (action 2-4-1-3).



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-4-1-1	Favoriser la pluridisciplinarité au sein des structures CAARUD, CSAPA et communauté thérapeutique.	<p><u>Concernant les CSAPA et la communauté thérapeutique :</u></p> <p>Leur équipe est constituée de professionnels de santé et de travailleurs sociaux, en vue d'assurer une prise en charge globale, pluridisciplinaire, à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le renforcement de la pluridisciplinarité des équipes : <ul style="list-style-type: none"> compétence médicale, compétence psychologique, compétence sociale, compétence éducative. - Financement (mesures nouvelles) des structures pour le recrutement de personnel et, si possible, redéploiement. - Formations universitaires des médecins en addictologie 	Personnes en difficulté avec les addictions			<ul style="list-style-type: none"> - Présence des 4 compétences et temps suffisant dans chaque CSAPA - Présence d'au moins 4 ETP dans les CAARUD et temps IDE - Nombre de structures bénéficiaires chaque année 	<p>Dès 2012 et sur toute la durée du schéma</p> <p>Valeur cible à 5 ans : temps psychiatre, addictologue, IDE suffisant dans tous les CSAPA</p>



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p><u>Concernant les CAARUD :</u></p> <p>Leur équipe est pluridisciplinaire en vue d'assurer les missions fixées par des articles R. 3121-33-1, R. 3121-33-2, R. 3121-33-3 du Code de la santé publique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite du renforcement des équipes des CAARUD <p>Valeur minimale cible : 4 ETP au minimum par CAARUD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Financement (mesures nouvelles) des structures pour le recrutement de personnel et, si possible, redéploiement. 					
2-4-1-2	Accompagner les CSAPA dans la mise en œuvre de l'approche globale en addictologie et vers leur évolution en structure généraliste	<p>L'approche globale est décrite dans de nombreux projets d'établissement, protocoles de prise en charge, etc. ; elle doit néanmoins tendre à se concrétiser.</p> <p>Toutefois, sa mise en œuvre nécessite des échanges, des</p>	Gestionnaires et professionnels de CSAPA			- Actions d'information, groupes de travail, réflexion participative, concertée	



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		concertations, des réflexions, des formations, des savoirs nouveaux, etc. - Information, formation, - Mutualisation des moyens, redéploiement.					
2-4-1-3	<p>Recenser et veiller à la diffusion et l'application des guides, référentiels, expertises et autres recommandations (HAS, INPES, ANESM, autres)</p> <p>Définir de manière concertée des bonnes pratiques professionnelles et veiller à leur diffusion</p>	<p>- S'assurer de la diffusion et de l'appropriation des guides, référentiels, et recommandations sur le sujet.</p> <p>- Organiser, animer, piloter un groupe de travail régional visant à définir de manière concertée les bonnes pratiques professionnelles et le socle commun exigible de toute structure.</p> <p>Mise à jour des cahiers de bonnes pratiques CAARUD et CSAPA.</p>	<p>Gestionnaires et professionnels de CSAPA</p> <p>CAARUD</p>		<p>DGS (bureau des pratiques addictives)</p> <p>DGOS</p> <p>Commission nationale des addictions</p> <p>Fédérations</p> <p>Associations d'usagers</p>	<p>- Connaissance et appropriation des référentiels et autres recommandations</p> <p>- Elaboration et diffusion d'un guide de bonnes pratiques professionnelles des CAARUD, CSAPA</p>	<p>Dès 2013 et en fonction de la publication de référentiels, guides, recommandations, expertises, etc</p>



Action 2 : Améliorer la qualité des prestations en garantissant un accueil adapté aux évolutions des besoins et à la diversité des publics pris en charge en ACT, LHSS et LAM

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-4-2-1	Assurer aux personnes en logement/hébergement précaire et sans domiciles et malades une prise en charge globale associant un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique, ainsi qu'un accompagnement social		Personnes confrontées à des difficultés spécifiques	PRAPS		-	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma
2-4-2-2	Renforcer les accueils adaptés aux personnes prises en charge (jeunes, femmes/familles, personnes sortant de prison, pathologies chroniques sévères, résidents vieillissants, pratiques addictives, etc)		Personnes confrontées à des difficultés spécifiques	PRAPS		-	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma
2-4-2-3	Favoriser la fluidité du parcours du parcours de vie et de soins des personnes en organisant les coopérations entre les différents secteurs d'intervention (hôpital, médecine de ville, médico-social, social).		Personnes confrontées à des difficultés spécifiques	PRAPS		-	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 3 : Améliorer les sorties du dispositif médico-social en faveur des personnes confrontées à des difficultés spécifiques vers les autres dispositifs sociaux, médico-sociaux ou le logement par un accompagnement adapté

Eléments de contexte / problématique :

- Des enjeux partagés de coordination et d'articulation, condition pour un parcours de vie et de soins le mieux possible :

Parmi les difficultés et problématiques rencontrées, deux apparaissent importantes.

La première concerne l'orientation vers ces dispositifs.

Sans doute sont ils encore méconnus des services sociaux des hôpitaux, des PASS, mais aussi de certains professionnels et acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Mais pas seulement....

La seconde concerne la sortie de ces dispositifs.

Celle-ci apparaît en effet 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 (aussi bien en tant que structure d'amont que d'accompagnement ponctuel du type intervention d'équipes de psychiatrie en ACT ou LHSS ou LAM) ;
- les dispositifs d'accueil et d'hébergement des personnes en situation de précarité qui relèvent de l'Etat (CHRS, résidences sociales, maisons relais, etc) 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 (EHPAD, MAS, FAM).

Des pistes d'amélioration sont envisagées voire même expérimentées.

La stratégie de prise en charge des personnes sans-abri ou mal logées vise passe aussi par une meilleure programmation et une meilleure structuration au niveau local de l'offre d'hébergement et d'accès au logement, pilotées par l'État.



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-4-1-1	Expérimenter l'intégration des LHSS (et LAM) dans les dispositifs SIAO	<p>Expérimentation en cours :</p> <p>Pour améliorer l'orientation vers les LHSS mais aussi faciliter la sortie vers les dispositifs d'hébergement, le logement, l'insertion, une convention a été signée entre l'ARS DT 93, la DRIHL UT 93, les gestionnaires de LHSS dans le département (SOS Habitat et Soins et Aurore) et le porteur du SIAO 93, intégrant ainsi de façon expérimentale les LHSS dans le dispositif Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) mise en place dans le département.</p>	Personnes confrontées à des difficultés spécifiques	PRAPS	DRIHL DDCCS DRJSCS Partenaires « adresseurs »	-	En fonction des résultats de l'expérimentation
2-4-1-2	Expérimenter l'orientation par « guichet unique » pour les ACT	Expérimentation en cours menée depuis le 1 ^{er} janvier 2012 sur le territoire de Seine-Saint-Denis.	Personnes confrontées à des difficultés spécifiques	PRAPS	DRIHL DDCCS DRJSCS		En fonction des résultats de l'expérimentation



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
				Partenaires « adresseurs »		



Schéma d'organisation médico-sociale

OBJECTIF STRATEGIQUE N°2

Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes

OBJECTIF OPERATIONNEL N°2-5

Développer une démarche de bientraitance



Schéma d'organisation médico-sociale

ACTION COMMUNE



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Développer une démarche de bientraitance dans les établissements médico-sociaux

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-5-1	Faire de la bientraitance et de la prévention et la lutte contre la maltraitance un sujet de préoccupation majeur des établissements et services médico-sociaux,	<p>Formations, réunions de professionnels, des échanges de pratiques... (cf. enquêtes annuelles « bientraitance » en EHPAD)</p> <p>Favoriser la participation des familles au conseil de la vie sociale</p> <p>Prévoir l'inscription des mesures d'amélioration de la bientraitance dans la convention tripartite / CPOM / projet d'établissement</p>	PA PAD Malades Alzheimer PH		CG, fédérations d'établissements et services	<ul style="list-style-type: none"> - Actions menées auprès des EHPAD pour une démarche de bientraitance à définir plus précisément - Exploitation et diffusion de l'enquête bientraitance (EHPAD) 	2013-2017
2-5-2	Organiser avec les Conseils généraux , dans chaque département le signalement et le traitement des plaintes	<p>Recenser les organisations déjà en place dans certains départements : plateforme, antenne téléphoniques...</p> <p>Encourager la mise en place de processus conjoints ARS-</p>	PA PAD Malades Alzheimer PH		CG EN MDPH	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions avec les partenaires - Constitution d'un inventaire des organisations déjà en place 	2013 - 2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		CG en désignant un correspondant maltraitance DT/ARS/CG				- Existence effective de processus conjoints dans chaque département	
2-5-3	Signalement et traitement des plaintes	Gestion des plaintes et des suites données	PA PH		MDPH CG	Suivi des contrôles	Tout au long du schéma
2-5-4	Prévention du syndrome du bébé secoué et de ses conséquences	Information systématique aux nouveaux parents dans les cliniques et hôpitaux après l'accouchement	Nourrissons	Sanitaire Prévention		Inscription d'action de prévention dans les schémas sanitaire et prévention	2013



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES



Action 1 : Développer une démarche de bientraitance en établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (PDS)

	Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre /leviers d'actions	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-5-1-1	<p>Faire de la bientraitance et de la prévention et la lutte contre la maltraitance un objectif de chaque établissement accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, par le biais des formations, des réunions de professionnels, des échanges de pratiques...</p>	<p>- Affirmer et promouvoir les droits des personnes accueillies et de leur entourage (mise à jour et mise en place des outils garantissant les droits des usagers).</p> <p>- S'assurer de la mise en place d'un conseil de la vie sociale ou autre forme d'expression des usagers dans chaque établissement autorisé</p> <p>Cf Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « <i>La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie</i> », Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux (ANESM), 2009.</p>	<p>Personnes confrontées à des difficultés spécifiques (personnes accueillies en CAARUD, CSAPA, CT, ACT, LHSS, LAM)</p>		<p>Gestionnaires Fédérations</p>		<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p>



Schéma
d'organisation
médico-sociale

Schéma d'organisation médico-sociale

OBJECTIF STRATEGIQUE N°2

Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes

OBJECTIF OPERATIONNEL N°2-6

Améliorer le soutien aux aidants (formation, reconnaissance de leurs actions, prise en compte de leur santé)



Schéma d'organisation médico-sociale

ACTIONS COMMUNES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Accompagner les aidants familiaux

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-6-1	Sensibiliser les professionnels intervenant auprès des personnes âgées dépendantes ou handicapées sur la nécessité de faire le lien avec les aidants familiaux pour une approche continue et globale	Mettre en œuvre une communication en direction des professionnels rappelant le rôle majeur de l'aidant dans l'accompagnement au quotidien de la PAD, de la personne âgée malade ou handicapée	Professionnels de santé aidants		CG Fédérations d'établissements et de services URPS	- Réalisation d'une action de communication	2013 - 2017
2-6-2	Soutenir et accompagner les aidants de malades Alzheimer ou de personnes handicapées au moyen notamment des plateformes de répit, des centres d'accueil pour les vacances, et, plus généralement, des accueils de jour.	Suivi et évaluation des plateformes de répit autorisées en Ile-de-France pour les personnes âgées Lancement d'appels à projets pour la création de structures de répit pour enfants et adultes handicapés Rappeler aux structures d'accueils de jour la liaison à assurer avec les aidants familiaux pour la continuité de l'accompagnement	Aidants de malades Alzheimer Adultes et enfants handicapés		CG	- Nombre de plateformes et structures de répit créées - Territoires couverts par l'intervention des plateformes	2013 - 2017



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-6-3	Développer les formations destinées aux aidants de malades Alzheimer, et les actions de sensibilisation sur le handicap destinées aux aidants de personnes handicapées	<p>Lancement d'appels à candidatures régionaux pour sélectionner des organismes chargés d'assurer des actions de formation des aidants de malades Alzheimer</p> <p>Actions de sensibilisation dans le cadre de la mesure 5 du Plan Autisme</p> <p>Sélection et suivi de la réalisation de ces actions de formation</p>	Aidants de malades Alzheimer et de personnes handicapées (notamment autistes)		<p>Représentants des usagers</p> <p>Partenaires locaux (institutionnels, usagers...)</p> <p>Partenaires membres du comité régional Alzheimer</p>	<p>- Nombre d'actions de formations retenues</p> <p>- Nombre d'aidants effectivement formés</p>	2013 - 2017
2-6-4	Finaliser et diffuser largement auprès du grand public le « guide d'aide à l'orientation des malades Alzheimer et de leur famille » décliné sur chaque département	<p>Travailler avec chaque CG pour la déclinaison opérationnelle du guide par département</p> <p>Concernant l'autisme, organisation de conférences auxquelles seront invités les parents (principaux aidants familiaux des autistes)</p>	Aidants de malades Alzheimer et d'autistes	SROS	<p>Membres du comité régional Alzheimer</p> <p>Le CRAIF</p> <p>L'HAS</p> <p>Les CG</p>	<p>- Finalisation du guide</p> <p>- Organisation de réunions de travail avec les principaux partenaires</p>	2013 - 2017



Schéma d'organisation médico-sociale



VOLET PERSONNES HANDICAPEES



Action 1 : Améliorer les conditions de l'annonce du handicap et ses suites

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-6-1-1	Intégrer dans les CPOM des hôpitaux et cliniques concernés, un objectif de qualité sur l'annonce du handicap et ses suites	Réflexion en équipe sur : <ul style="list-style-type: none"> - le dispositif d'annonce - La continuité de l'accompagnement (autre RDV fixé...) - Connaissance précise du dispositif médico-social et de ses acteurs (associations) situés à proximité du domicile de la personne - Développer après l'annonce les possibilités pour les familles de rencontrer un professionnel de santé et un membre d'une famille confronté à ce type de handicap 	Tous handicaps	SROS	Etablissements de santé	Nombre d'établissements et / ou services ayant un objectif de qualité sur l'annonce du handicap dans leur CPOM	De septembre 2013 à juin 2017
2-6-1-2	Ne pas laisser les familles seules face au handicap	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier une personne référente du suivi du petit enfant pour répondre aux besoins d'accompagnement des parents : informations, places en établissement et besoins plus ponctuels 	Tous handicaps			Nombre de territoires où les familles ont la possibilité de rencontrer professionnels de santé et familles confrontées au handicap de façon simultanée	De septembre 2013 à juin 2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		- S'assurer que les familles soient informées des différents droits qui s'offrent à elles (congé de présence parental, allocation...)				Nombre de structures au sein desquelles une personne référente du suivi du petit enfant est mise en place	



Schéma d'organisation médico-sociale

Action n°2: Améliorer les conditions de la prise en charge précoce de la surdité

Les objectifs des actions qui suivent sont d'avancer l'âge du diagnostic de la surdité, d'accompagner sans rupture les parents, d'améliorer l'information qui leur est délivrée en les mettant en présence s'ils le souhaitent de professionnels sourds et de locuteurs de la LSF, de mettre en place des lieux bilingues dès la prime enfance, enfin d'améliorer les partenariats et les relais entre le secteur sanitaire ORL, le secteur pédo-psychiatrique, le secteur médico-social, les lieux communs d'accueil de la petite enfance, la MDPH et l'é

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-6-2-1	Instaurer un partenariat entre les centres de diagnostic de la surdité, et les services de pédopsychiatrie	Organiser des rencontres et définir les modalités de coopération inter services.	Enfants sourds	Sanitaire	Etablissement sanitaire et psychiatrique	<p>Nombre de réunions</p> <p>Procédures de coopération entre les services</p> <p>Inscription de cet indicateur dans les CPOM des établissements sanitaires et dans les projets d'établissement</p>	De janvier 2014 à juin 2017
2-6-2-2	Offrir des garanties de neutralité et pluralité sur les modalités d'annonce, d'information et d'accompagnement de l'enfant sourd et sa famille	<p>Prévoir la présence de représentants de la LSF et du bilinguisme dans les CDOS où s'effectue l'annonce de la surdité, ainsi que dans les CAMSP et les SAFEP</p> <p>Organiser des conférences sur les différentes modalités de prise en charge de la surdité à destination de professionnels du secteur sanitaire et médico-</p>	<p>Enfants sourd</p> <p>Parents d'enfants sourds</p>	Sanitaire		<p>Présence de professionnels sourds signant dans les CAMSP et SAFEP</p> <p>Nombre d'actions de communication réalisées</p> <p>Dates de conférences</p>	<p>De septembre 2013 à décembre 2016</p> <p>De janvier 2014 à décembre</p>



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-6-2-3	Encourager l'apprentissage de la LSF lors de la petite enfance quelque que soit le choix linguistique mis en œuvre par la suite :	social Développer les cours à destination des parents dans les établissements médico-sociaux (CAMSP, SAFEP...) et recenser les associations dispensant des cours (cf. annuaire) et présentes dans les crèches, bibliothèques municipales et centres de loisirs	entendant d'enfants sourds	Ambulatoire		Nbre de professionnels présents	2016
2-6-2-4	Créer un annuaire des ressources franciliennes disponibles pour la tranche d'âge 0-6ans	Partage des informations des différents acteurs de la surdité				Annuaire réalisé, diffusé ou mis en ligne	2014
2-6-2-5		Elaborer en lien avec la MDPH la mise en place d'un circuit spécifique d'instruction des dossiers de surdité	Enfants déficients auditifs	sanitaire		Résultat de la concertation Circuit spécifique mis en place dans chaque MDPH	Janvier 2015 à décembre 2016
2-6-2-6	Réduire le temps entre le diagnostic et la prise en charge en diminuant le temps de traitement des dossiers SAFEP à la MDPH. Création de lieu d'accueil sans RDV de	Recenser les structures semblables déjà existantes et étudier les possibilités d'y faire intervenir des professionnels sourds et / ou bilingues à l'instar de la bulle Rose à Toulouse en partenariat avec le secteur médico-social et la				Nombre de lieux Nombre de demi-journées accueillant un public concerné par la surdité Nombre de personnes fréquentant les lieux Développement de la formation	Janvier 2014 à décembre



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-6-2-7	type maison verte Dolto Formation et informations des professionnels de santé (médecins, ORL, pédiatres...) sur la surdité afin de mieux repérer les signes de troubles de l'audition	pédopsychiatrie			Conseil de l'ordre des médecins	continue sur le sujet	2015



Action 3 : Améliorer la qualité de l'accompagnement tout au long du parcours de vie pour les personnes souffrant d'autisme et de TED

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-7-3-1	Accompagner les structures dans l'appropriation des bonnes pratiques émises par la HAS et l'ANESM, l'état des lieux des connaissances de la HAS sur l'autisme, les diverses recommandations de la HAS	Diffusion des connaissances dans chaque territoire en prenant appui sur la mesure 5 du plan autisme	Autistes	Sanitaire Ambulatoire	CRAIF- EN Formateurs formés au titre de la mesure 5	Nombre d'actions de sensibilisations effectuées dans le cadre de la mesure 5 du plan autisme	Janvier 2013 à juin 2017
2-7-3-2	Accompagner les structures dans la mise en œuvre des prises en charge spécifiques à destination des personnes autistes ou TED	Utiliser les outils de contractualisation, d'évaluation, les cahiers des charges des appels à projets pour promouvoir la spécificité des prises en charge en faveur de cette population	Autistes		CRAIF associations	Nombre de structures mettant en œuvre des modalités spécifiques d'accompagnement adaptées à l'autisme et aux TED / Nombre de structures prenant en charge des enfants et adultes autistes	Janvier 2013 à, juin 2017
2-7-3-3	Soutien aux professionnels	Intégrer dans les projets d'établissement l'analyse des pratiques et les supervisions par un psychologue extérieur à la structure	Autistes		CRAIF associations	Nombre de structures pratiquant les supervisions ou l'analyse des pratiques	Janvier 2013 à juin 2017



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES



Action 1 : Reconnaître et assurer la présence d'accompagnants dans les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-6-1-1	Définir le profil des accompagnants en ACT	- Conduire une étude quantitative et qualitative permettant notamment de définir le nombre et le profil des accompagnants en ACT (adultes, enfants, conjoints, parents, niveau de ressources, besoins, etc.).	Accompagnants en ACT		DGS		Dès 2013 et sur toute la durée du schéma
2-6-1-2	Evaluer le surcoût induit par la présence des accompagnants	- Evaluer le surcoût induit par la présence des accompagnants en fonction des caractéristiques de l'ACT et du profil des accompagnants (prise en charge mère-enfant, temps d'accompagnement social supplémentaire, charges d'hébergement, etc.).	Accompagnants en ACT		DGS		Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-6-1-3	Analyser les financements de droit commun mobilisables	- Analyser les financements « de droit commun » susceptibles d'être mobilisés (fonds d'aide sociale gérés par les départements).	Gestionnaires d'ACT		DGS DGCS DRIHL Conseils généraux		Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Schéma d'organisation médico-sociale

OBJECTIF STRATEGIQUE N°2

Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes

OBJECTIF OPERATIONNEL N°2-7

Valoriser les métiers du médico-social



Schéma d'organisation médico-sociale

ACTIONS COMMUNES



Action 1 : Former les professionnels en nombre suffisant

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-7-1	Disposer d'une situation précise de la démographie des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux	Etablir un état des lieux précis de la démographie de ces professionnels, de ses points forts et points faibles	Professionnels de santé	SROS	Conseil régional URPS	- Réalisation de cet état des lieux	2013 - 2017
2-7-2	Apprécier et anticiper les besoins de formations et mettre l'appareil de formation en capacité d'y répondre (formation initiale et en cours d'emploi)	Réaliser des projections sur les besoins en professionnels supplémentaires à partir des prévisions de créations ou de restructuration des équipements (pyramide des âges, mobilité géographique,...) Tirer les conséquences de ces estimations et travailler avec les organismes chargés de la formation de ces professionnels	Professionnels de santé	SROS	Conseil régional URPS Organismes de formation Fédérations d'employeurs	- Réalisation de cette estimation de besoins en « professionnels de santé » - Organisation de réunions de concertation avec les organismes de formations	2013 - 2017



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-7-3	<p>Etablir un état des lieux et un diagnostic sur la situation de l'emploi dans les services et établissements (problèmes de recrutement et de fidélisation du personnel) et faire des propositions d'amélioration de la situation</p>	<p>Mener une enquête auprès des établissements et des services sur la situation de l'emploi</p> <p>Constituer un groupe de travail chargé de proposer des mesures d'amélioration</p>	Professionnels de santé		<p>Conseil régional</p> <p>URPS</p> <p>Organismes de formation</p> <p>Fédérations d'employeurs</p>	<p>- Réalisation du diagnostic et de l'état des lieux de la situation de l'emploi par le biais de l'exploitation de l'enquête</p> <p>- Réunions du groupe de travail</p>	2013 - 2014



Action 2 : Valoriser les métiers du médico-social

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-7-4	Promouvoir ces métiers auprès des écoles d'infirmières et autres professionnels, des établissements d'enseignement et de Pôle Emploi (accueil, information, orientation...)	Mener une campagne d'information en direction de ces écoles et autres instances (site internet, brochures spécifiques, presse spécialisée, interventions ou témoignages ...)	Professionnels de santé	SROS	Ecoles de formations de paramédicaux Pôle emploi	- Nombre de publications et actions menées en direction des écoles et de Pôle emploi	2013-2017
2-7-5	Permettre le développement des compétences et des savoirs pour une meilleure professionnalisation	Encourager, y compris financièrement, les établissements à utiliser pleinement le dispositif de formation professionnelle (formation continue, VAE...)	Professionnels de santé	SROS		- Nombre de professionnels ayant suivi une formation et bénéficiaires de la VAE...	2013-2017
2-7-6	Favoriser les échanges entre équipes médico-sociales (EHPAD notamment) et équipes hospitalières, les unes ayant à apprendre des autres et vice-versa	Inciter les établissements hospitaliers et médico-sociaux à conclure des conventions de partenariat visant à associer leurs personnels sur une période donnée dans d'autres lieux et avec d'autres modes d'exercice Inscrire dans les conventions tripartites et les CPOM ces	Professionnels de santé	SROS	CG Fédérations d'établissements	- Nombre d'établissements ayant engagé ce partenariat - Nombre de professionnels touchés par ces conventions	2013-2017



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		actions de partenariat					
2-7-7	Encourager la diversification des parcours professionnels dans la sphère gériatrique (mobilité fonctionnelle et institutionnelle, ...)	Définir des mesures permettant d'accompagner cette diversification des parcours (mises à disposition,...)	Professionnels de santé	SROS	Fédérations d'établissements	- Réunion d'un groupe de travail sur cette thématique	2013-2017
2-7-8	Favoriser le rapprochement entre écoles et structures d'accueil médico-sociales pour l'accueil en stage des étudiants des filières concernées, en leur assurant de bonnes conditions d'encadrement	S'assurer que les établissements et services médico-sociaux s'engagent dans cette démarche d'accueillir des étudiants en stage dans un cadre conventionnel Rappeler la place du stagiaire et le rôle du maître de stage	Professionnels de santé	SROS	Ecoles de formations Fédérations d'établissements	- Nombre d'établissements ayant accueilli des professionnels de santé stagiaires - Nombre de stages réalisés dans les structures médico-sociales - Réalisation d'un support de communication (à définir)	2013-2017
2-7-9	Inscrire dans les formations initiales et continues des professionnels de santé médicaux et paramédicaux l'accompagnement spécifique des malades Alzheimer	Formaliser l'enseignement correspondant sous forme de modules dans les projets pédagogiques et les programmes de formation Actualiser la brochure		SROS	OPCA	- Inscription effective de cet enseignement dans les programmes de formation	2013-2017



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
	<p>« améliorer la qualité des soins et l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de malades apparentées » réalisée par le Comité régional Alzheimer d'IDF (2009)</p> <p>Développer la formation des assistants de soins en gérontologie auprès des AS et AMP au bénéfice des malades Alzheimer pris en charge en établissement ou à domicile (au sein des UHR, PASA, UCC et ESA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - communiquer largement sur cette formation continue (personnes concernées, déroulement, ...) - recenser les instituts de formation agréés par les OPCA pour délivrer ces formations 				<ul style="list-style-type: none"> - Actualisation et diffusion de cette brochure à destination des professionnels et des aidants - Mise en ligne sur le site internet d'une communication spécialisée - Publier la liste des instituts de formation agréés 	



Schéma d'organisation médico-sociale

VOLET PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 1 : Améliorer la formation des intervenants en addictologie

Le SROMS détermine les perspectives et les objectifs de développement de l'offre en addictologie et précise le cadre de la coopération et de la coordination entre les différents dispositifs de prise en charge en addictologie. Il met en avant les complémentarités et les partenariats nécessaires entre de nombreux acteurs intervenant dans des secteurs différents : prévention, éducation à la santé, intervention précoce, médecine de ville, réseaux de santé, social, médico-social, sanitaire, etc.

Afin que leur rapprochement, leur articulation soient effectifs, concrets, qu'ils s'effectuent au mieux dans l'intérêt de la prise en charge des personnes et pour leur assurer ainsi un parcours de prise en charge continu, cohérent, il est nécessaire de procurer à ces professionnels les moyens de **construire une culture commune, des lieux de connaissances mutuelles et d'échanges des pratiques**.

Par ailleurs, près de 20 % des patients hospitalisés ont une consommation abusive d'alcool (enquête un jour donné). A cette population, il conviendrait d'ajouter celles en difficulté avec leur consommation d'autres substances psychoactives (licites ou non) et celles souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique).

La même proportion se retrouve chez les patients qui se présentent aux cabinets des médecins généralistes.

Or, il est une réalité selon laquelle les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, professionnels du secteur médico-social) n'ont pas ou peu reçu de formation spécifique sur la question des addictions au cours de leurs études ou de leur formation.

Il est donc indispensable de **mieux former les futurs médecins et autres professionnels de santé (pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, psychologues, etc.), ainsi que les professionnels du travail social et de l'intervention sociale aux pratiques addictologiques (prévention, dépistage, repérage, intervention précoce, démarches thérapeutiques, réduction des risques et des dommages)**.

Il apparaît ainsi (et d'abord) essentiel d'intégrer, de renforcer la thématique des conduites addictives, de l'addictologie dans les dispositifs de formations initiales et continues des professionnels de l'addictologie (2-7-1) mais aussi des professionnels d'autres spécialités, d'autres champs qui peuvent être amenés à accompagner des personnes confrontées à des addictions ainsi que leur entourage (2-7-2).

Ces formations intéressent tout autant les addictions aux substances psychoactives que les addictions sans produit ou comportementales.

Ce volet de formation implique des principes d'engagement et d'actions nationaux mais il comporte aussi une dimension régionale.



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
<p>2-7-1-1</p> <p>Professionaliser les acteurs de santé et du travail social dans le domaine des addictions en agissant sur les formations initiales et continues</p> <p>Intégrer et renforcer la thématique des conduites addictives, de l'addictologie dans les dispositifs de formations des professionnels de l'addictologie</p>	<p>- Mettre en place une filière d'enseignement en addictologie</p> <p>Développer l'enseignement en addictologie pour les professions médicales et paramédicales</p> <p>Mener une réflexion pour construire, au niveau de la région, le dispositif d'enseignement et de formation indiqué dans le cadre du Plan national de prévention et de prise en charge (mise en place d'une filière pérenne d'enseignement en addictologie, développement de l'enseignement en addictologie pour les pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, psychologues, etc., et développement des services hospitaliers spécialisés en addictologie comme lieux de stages pour les internes et les professionnels paramédicaux).</p> <p>Développer l'enseignement en addictologie pour les travailleurs sociaux et autres intervenants de l'action sociale</p> <p>- Le renforcement de la formation en faveur des professionnels de l'addictologie intéresse la dimension de la formation initiale et continue et peut revêtir deux niveaux d'actions :</p>	<p>Intervenants, professionnels en addictologie (professionnels de santé, de l'action sociale)</p>	<p>SRP SROS</p>	<p>Ministères concernés dont ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère du Travail, de l'emploi et de la Santé, ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale</p> <p>Organismes de formation Conseil régional URPS</p>		<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p>



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
		<p>- Le premier concerne la promotion et le développement de formations professionnelles initiales et continues qui permettent le savoir, l'information et la diffusion d'approches, de méthodes et de techniques « innovantes » dans le champ des addictions ainsi que l'actualisation et le développement des connaissances à destination des professionnels qui doivent, par exemple, élargir leurs activités du fait notamment de la mise en place des CSAPA ;</p> <p>- Le second participe à l'élaboration et à l'entretien d'une culture commune, à la consolidation des réseaux professionnels. Il en est ainsi des temps et des espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles.</p> <p>L'élaboration d'un répertoire recensant l'ensemble de ces formations et lieux d'échanges constituerait un outil pertinent et efficace et viendrait ainsi compléter le dispositif.</p>					
2-7-1-2	Développer la formation à l'addictologie pour les professionnels d'autres spécialités, d'autres champs qui peuvent être amenés à accompagner	<p><u>Concernant les professionnels de santé :</u></p> <p>- <i>Concernant la formation continue</i>, les</p>	Professionnels de santé, de l'action sociale	SRP SROS	Ministères concernés Conseil régional		Dès 2013 et sur toute la durée du



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
<p>des personnes ayant des conduites addictives, ainsi que leur entourage</p>	<p>mesures concernant essentiellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le développement et la valorisation des formations universitaires spécialisées : Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires d'Addictologie (DESC), capacités en addictologie, Diplômes Universitaires (DU) ou Inter-Universitaire (DIU) d'addictologie, de tabacologie, d'alcoologie, etc ; - l'intégration de l'addictologie dans les programmes de formation médicale continue. Il s'agit d'intégrer l'actualisation ou l'acquisition des compétences addictologiques dans la formation médicale continue en particulier pour les médecins généralistes, les médecins scolaires, les médecins du travail. Ils sont, en effet, souvent les premiers médecins en contact avec les patients en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives ou leur addiction sans substance, et donc les mieux placés pour le repérage et l'intervention précoce mais ils doivent également pouvoir prendre en charge les patients dépendants et savoir les orienter vers les structures spécialisées et travailler en articulation. 			<p>URPS</p> <p>Ordres professionnels</p> <p>Organismes de formation</p> <p>Fédérations d'employeurs</p> <p>CRIPS</p>		schéma



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre

- le développement des formations « croisées » permettant aux professionnels de secteurs différents de se rencontrer, d'échanger, d'aborder ensemble la problématique des conduites addictives, de travailler sur les représentations et les pratiques professionnelles, etc.

Ces formations « croisées » concerneront de manière impérieuse :

les professionnels de l'addictologie et de la psychiatrie ;

les médecins généralistes, les pharmaciens, les représentants des collectivités locales, les professionnels de la santé et de l'action sociale, les acteurs des dispositifs de prévention et de prise en charge, etc. pour parvenir à l'objectif d'améliorer, de rendre concrets, au sein de chaque territoire, les coopérations et les partenariats, pour favoriser les orientations.

- le développement des formations à l'entretien motivationnel, des formations de type « Repérage Précoce et Intervention Brève » (RPIB : La région Ile-de-France est engagée depuis 2003 dans la démarche RPIB alcool) (approche qui s'applique



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre	
		<p>également pour la tabac via le « conseil minimal » et le cannabis), etc.</p> <p>- le renforcement de la sensibilisation des professionnels de santé intervenant auprès de femmes enceintes (médecins généralistes, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, personnels des maternités et des services de la Protection Maternelle et Infantile, etc.) aux risques liés aux conduites addictives pendant la grossesse.</p> <p><u>Concernant les professionnels d'autres champs :</u></p> <p>De nombreux acteurs (travailleurs sociaux, éducateurs, animateurs, professionnels relais, parents, enseignants, pairs, etc.) accompagnent, suivent, s'occupent de personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives ou souffrant d'addiction sans substance.</p> <p>De plus, pour repérer et intervenir, les professionnels de l'addictologie s'appuient régulièrement sur ces professionnels en contact direct avec ces personnes.</p> <p>Il est donc essentiel que les bases</p>					



Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre

nécessaires au repérage précoce, au diagnostic, à la réduction des risques, et à la prise en charge leur soient enseignées.

Or, la formation des travailleurs sociaux, par exemple, ne dispense pas, ou de manière disparate et ténue, d'enseignement en addictologie.

Ce volet de formation implique des principes d'engagement et d'actions nationaux mais il comporte aussi une dimension régionale.

Ainsi, une réflexion régionale pourrait être conduite pour formuler des propositions de modalités d'intervention et de bonnes pratiques, visant par exemples à :

- inciter à la formalisation de conventions entre les instituts et écoles de travail social et les CAARUD et les CSAPA pour la réalisation d'un plan de formation théorique et pratique ;
- préconiser le développement comme lieux de stages des structures d'addicologie, CAARUD, CSAPA, services hospitaliers, etc. ;



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action	Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre



Schéma d'organisation médico-sociale

Action 2 : Favoriser, soutenir le développement de la recherche en addictologie

Eléments de contexte / problématique

L'avancée des connaissances dans le champ de la recherche sur les drogues apparaît de plus en plus rapide, complexe, spécialisée, alors qu'elle concerne de nombreuses disciplines, comme les neurosciences, la santé publique, les sciences humaines et sociales, la recherche clinique, et se situant souvent à l'interface de plusieurs d'entre elles.

Le développement de la recherche constitue un levier important de la politique publique en matière de drogues et de prévention des conduites addictives, parce qu'il peut en être attendu une amélioration de l'action publique, qu'il peut contribuer à l'adoption par les différents acteurs de constats partagés en leur apportant des éléments d'analyse, de compréhension, d'intervention utiles à leur action au quotidien.

Deux objectifs sont retenus :

- Favoriser, encourager, soutenir le développement de la recherche pour améliorer les pratiques de soins et l'efficacité des traitements (action 2-7-2-1) ;
- Favoriser, encourager, soutenir le développement de la recherche dans des domaines transversaux prioritaires au regard des besoins de l'action publique (action 2-7-2-2).
- Favoriser, encourager, soutenir une veille scientifique prospective des phénomènes émergents (action 2-7-2-3).



Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-7-2-1	Favoriser le développement de la recherche clinique en addictologie pour améliorer les pratiques de soins et l'efficacité des traitements	<ul style="list-style-type: none"> - Susciter, encourager qu'au sein des structures hospitalières (niveau 3), l'addictologie soit considérée comme un axe de recherche pérenne. - Développer, renforcer la communication et les échanges autour des protocoles de recherche avec la communauté scientifique concernée. 	Professionnels de l'addictologie	SROS	MLDT Ministères concernés Structures hospitalières de niveau 3 InVS Inserm ANRS	Nombre de protocoles de recherche en addictologie Nombre de projets de recherche impliquant, intégrant des CAARUD, des CSAPA franciliens	Dès 2013 et sur toute la durée du schéma



Schéma
d'organisation
médico-sociale

Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-7-2-2	<p>Développer la recherche dans des domaines transversaux prioritaires au regard des besoins de l'action publique</p>	<p>- Susciter, encourager, soutenir les recherches/action/évaluation, les études sur les questions liées à la prévention, au repérage précoce des usages à risques, à la réduction des risques et des dommages, et concernant plus particulièrement les jeunes, les jeunes adultes, les femmes, les populations carcérales, le milieu professionnel, les personnes en situation de précarité et de désinsertion sociale, les personnes âgées, etc.,</p> <p>Les thèmes de recherche peuvent ainsi cibler l'initialisation de produits (cocaïne, héroïne, ...), les phénomènes d'alcoolisation excessive chez les jeunes, le phénomène du jeu excessif, la consommation d'alcool et de médicaments psychotropes par les séniors, les usages de drogues et précarité, etc.</p>	<p>Professionnels de l'addictologie</p> <p>Usagers</p>	<p>SROS</p> <p>SRP</p>	<p>MILDT</p> <p>Ministères concernés</p> <p>Structures hospitalières et médico-sociales</p> <p>InVS</p> <p>Inserm</p> <p>ANRS</p> <p>OFDT</p> <p>INPES</p> <p>ORS</p> <p>FNARS</p>	<p>- Nombre de recherches/action/évaluation avec présentation des résultats</p> <p>- Nombre de projets de recherche impliquant, intégrant des CAARUD, des CSAPA franciliens</p>	<p>Dès 2013 et sur toute la durée du schéma</p>



Schéma d'organisation médico-sociale

Déclinaison de l'action		Modalités de mise en œuvre	Population concernée	Lien inter-schéma	Partenariat	Indicateurs d'évaluation	Calendrier de mise en œuvre
2-7-2-3	Favoriser, encourager, soutenir une veille scientifique prospective des phénomènes émergents	- Soutenir les structures et dispositifs participant au dispositif d'observation sur les drogues, leurs perceptions, leurs usages et les dommages (système TREND-SINTES géré par l'OFDT) et assurant une veille prospective sur des phénomènes émergents.	Professionnels de l'addictologie Usagers	SROS SRP	MILDT Ministères concernés Structures hospitalières et médico-sociales InVS Inserm ANRS OFDT INPES ORS FNARS		Dès 2013 et sur toute la durée du schéma

35 rue de la gare - 75935 Paris cedex 19

Tél : 01.44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

