

# SRS

SCHÉMA  
RÉGIONAL  
DE SANTÉ

2018 ► 2023



# Le mot

## de la Directrice générale

---

Le Schéma régional de santé (SRS) décline notre Projet régional de santé (PRS). Il décrit le « comment » qui doit nous permettre d'atteindre les objectifs stratégiques du PRS.

Ce schéma est le fruit d'une démarche participative et concertée avec les partenaires de l'Agence régionale de santé de Normandie et les acteurs de la démocratie en santé.

L'idée force qui a sous-tendu l'élaboration de ce document était également d'organiser notre action pour prévenir et répondre aux ruptures identifiées dans nos huit parcours prioritaires : périnatalité et développement de l'enfant ; santé des jeunes ; personnes en situation de handicap ; personnes âgées en perte d'autonomie ; psychiatrie et santé mentale ; cancers ; maladies chroniques-insuffisance cardiaque et maladies chroniques-asthme-BPCO.

Ce schéma est « unique ». Autrement dit, quelles que soient les populations ou les pathologies, notre action se structurera autour des mêmes objectifs, à savoir : la prévention, la promotion de la santé, le dépistage, le diagnostic, les soins, la prise en charge et l'accompagnement.

Les 32 objectifs spécifiques transversaux présentés ont été définis avec le souci de concilier les impératifs de qualité et de sécurité, avec les enjeux de proximité et d'accessibilité. Ils visent à renforcer l'efficacité des organisations en santé en actionnant les grands leviers que sont l'e-santé et le soutien aux innovations, et particulièrement les innovations organisationnelles, l'information et la formation des professionnels, la coordination des politiques publiques et le rôle de la démocratie en santé, la transformation de l'offre en santé et la coordination des acteurs au service de la fluidité des parcours.

En s'appuyant sur les spécificités de notre région et de nos territoires, le schéma établit les objectifs opérationnels et les prévisions d'évolution en termes d'organisation de l'offre en santé (autorisations, implantations, créations, transformations...) pour les cinq années à venir.

Il est essentiel de fluidifier les parcours de santé, de les rendre lisibles pour les usagers qui attendent, à raison, d'être éclairés pour agir. La coordination des acteurs de santé, leur coopération pour répondre à ces attentes est essentielle. L'organisation de la gradation de l'accès à la santé a été repensée pour répondre aux enjeux de ressources (humaines, démographiques, financières), d'efficacité et de soutenabilité.

Il nous appartient désormais de mettre en œuvre chacun des objectifs que nous nous sommes fixés pour les cinq années à venir. Je sais pouvoir compter sur l'implication de tous pour améliorer la santé des Normands.

Madame Christine GARDEL  
Directrice générale  
Agence régionale de santé de Normandie

---



# SOMMAIRE

1. **INTRODUCTION** .....p. 6
2. **OBJECTIFS SPÉCIFIQUES ET OPÉRATIONNELS** .....p. 9
  1. Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1<sup>er</sup> levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie .....p. 10
    1. Prévenir les pratiques addictives
    2. Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité
    3. Prévenir le mal-être et le suicide
    4. Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
    5. Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »
    6. Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
    7. Promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale et positive
    8. Promouvoir un environnement favorable à la santé
  2. Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités .....p. 42
    9. Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
    10. Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
  3. Chaque usager doit pouvoir, tout au long de sa vie, agir pour sa santé ou celle de ses proches .....p. 50
    11. Rendre l'usager acteur de sa santé
    12. Accompagner les aidants
  4. Chaque usager doit pouvoir s'exprimer, être entendu et être partie prenante de la qualité du système de santé .....p. 58
    13. Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
    14. Renforcer la communication et la formation auprès des acteurs de santé et des usagers sur les droits
  5. Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoins .....p. 66
    15. Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
    16. Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
    17. Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
  6. Chaque usager et chaque professionnel doit disposer d'une information lisible .....p. 78
    18. Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante
    19. Accompagner à l'accès et à la compréhension de l'information de santé



# SOMMAIRE

- 7. Chaque usager doit bénéficier de services et interventions en santé performants ..... p. 86
  - 20. Organiser la veille, l'alerte et la réponse aux événements graves et situations sanitaires exceptionnelles
  - 21. Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
  - 22. Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
  - 23. Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels
- 8. Mettre l'innovation au service du système de santé ..... p. 102
  - 24. Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
  - 25. Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
  - 26. Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage de compétences
- 9. Développer et pérenniser les synergies avec les institutions publiques et la complémentarité et l'articulation de leurs politiques au service d'une action globale de santé ..... p. 114
  - 27. Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
  - 28. Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions
  - 29. Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
  - 30. Affirmer le rôle d'une démocratie en santé contributive
- 10. Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'un parcours fluide ..... p. 130
  - 31. Garantir la fluidité des parcours par la transformation
  - 32. Assurer la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs
- 3. **CONSÉQUENCES SUR LES ACTEURS** ..... p. 139
  - 1. Conséquences sur les acteurs en prévention et promotion de la santé ..... p. 140
    - 1. Prévention et réduction des pratiques addictives
    - 2. Dépistages organisés des cancers
    - 3. Éducation thérapeutique du patient
    - 4. Vaccination
    - 5. Santé sexuelle
  - 2. Conséquences sur les acteurs du secteur sanitaire - OQQOS ..... p. 157



# SOMMAIRE

1. Médecine
  2. Chirurgie
  3. Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale
  4. Psychiatrie
  5. Hospitalisation à domicile
  6. Soins de suite et de réadaptation
  7. Soins de longue durée
  8. Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
  9. Médecine d'urgence
  10. Réanimation
  11. Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
  12. Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal
  13. Traitement du cancer
  14. Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales
  15. Équipements matériels lourds
  16. Laboratoire de biologie médicale
  17. Offre de soins de premier et de deuxième recours
  18. Permanence des soins en établissement de santé
- 3. Conséquences sur les acteurs du secteur médico-social..... p. 290**
1. Accès à la prévention, promotion de la santé et aux soins
  2. Accompagnement adapté en structure médico-sociale
  3. Repérage / dépistage / diagnostic (enfants et adultes) et interventions précoces
  4. Développer des réponses inclusives
  5. Pair aideance, soutien, guidance et accompagnement des aidants
  6. Maintien à domicile des personnes âgées fragiles
  7. Accompagnements adaptés à l'évolution des populations accueillies en EHPAD (hébergement permanent)
  8. Personnes en difficultés spécifiques : ESMS « précarité »

- 4. GLOSSAIRE ..... p. 326**



# Introduction

## LE SRS DE QUOI PARLE-T-ON ?

### Des textes (articles R. 1434-3 et suivants du Code de la santé publique)...

La loi relative à la modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a prévu un Projet régional de santé (PRS) doté d'un Schéma régional de santé (SRS) unique.

Le SRS, établi pour une durée de cinq ans, permet ainsi aux ARS de poursuivre des objectifs plus transversaux au service d'une politique régionale de santé partenariale et décloisonnée.

Les objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'offre de prévention, de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale constituent autant de moyens à mobiliser pour réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé et conduire les transformations nécessaires à la pérennité de notre système de santé.

Le SRS de Normandie tient compte :

- des exigences d'accessibilité, de qualité, de sécurité, de permanence, de continuité des prises en charge,
- des exigences d'efficience du service rendu et d'optimisation de la ressource publique,
- des spécificités des quartiers prioritaires de la politique de la ville, des zones de revitalisation rurale et des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins,
- de la Stratégie nationale de santé (SNS), des orientations des plans ou programmes nationaux de santé,
- des objectifs du programme coordonné élaboré par les conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

### ... à l'élaboration collective du SRS

Le SRS de Normandie est le fruit d'une démarche participative et concertée avec les partenaires institutionnels et professionnels de l'Agence et plus particulièrement les instances de démocratie en santé. Les grandes collectivités incontournables sur les sujets de santé telles que les Conseils départementaux et le Conseil régional mais aussi les communes et leurs groupements siègent dans ces instances aux côtés des représentants des professionnels de santé, des usagers, de l'État et des organismes de sécurité sociale. Ainsi, la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) et ses commissions spécialisées, les commissions de coordination des politiques publiques et les conseils territoriaux de santé ont été étroitement associés à l'élaboration du SRS.

Sur la base de l'évaluation des PRS de première génération des anciennes régions de Basse et de Haute-Normandie, du diagnostic régional sur les besoins de santé, de l'étude sur l'offre et le recours, des Diagnostics territoriaux partagés (DTP) ont été réalisés par les sept Conseils territoriaux de santé (CTS). Huit parcours de santé et de vie ont ainsi été identifiés comme prioritaires en Normandie :

Le parcours « périnatalité et développement de l'enfant »	Le parcours « psychiatrie et santé mentale »
Le parcours « santé des enfants et des jeunes »	Le parcours « cancers »
Le parcours « personnes en situation de handicap »	Le parcours « maladies chroniques » insuffisance cardiaque
Le parcours « personnes âgées en perte d'autonomie »	Le parcours « maladies chroniques » asthme / BPCO

Ces parcours prioritaires ne résument pas à eux seuls l'action de l'Agence mais ils permettent d'identifier les axes de travail à surinvestir pour améliorer la santé des Normands.

Dans une approche globale du parcours de santé et de vie, chaque parcours a fait l'objet d'une modélisation théorique. Cet exercice a permis d'identifier collectivement les points de ruptures identifiés ou potentiels.

À ce titre, le SRS intègre la charte du parcours de santé élaborée par la Conférence nationale de santé (CNS) comme cadre général d'action.

**Les 32 objectifs spécifiques transverses déclinés ci-après ont été déterminés sur la base des ruptures identifiées dans les parcours et de surcroît, à partir des pistes retenues collectivement pour les limiter.**

### Le SRS normand

Le SRS constitue la feuille de route de notre action collective au service de la santé des Normands pour les cinq prochaines années.

Sur la base du diagnostic et de la situation régionale, il répond à plusieurs principes spécifiques qui ont guidé les travaux régionaux et plus particulièrement :

- une exigence de lisibilité de la politique régionale de santé : des objectifs resserrés et lisibles,
- la construction collective et une large concertation à la fois avec les instances de démocratie en santé et avec l'ensemble des partenaires régionaux : institutionnels, professionnels et usagers,
- la garantie des principes de sécurité et de continuité dans la prise en charge et l'accompagnement des Normands,
- le nécessaire décloisonnement des politiques et des interventions en santé,
- la prise en compte du caractère éminemment partenarial des politiques de santé au regard des déterminants de santé.

Accompagner l'évolution de l'offre et des pratiques professionnelles conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, permettre aux acteurs d'innover dans le cadre de coopérations intersectorielles renouvelées, favoriser des réponses inclusives et modulaires via l'adaptation et la transformation de l'offre... impliquent :

- une coopération interinstitutionnelle renforcée, en premier lieu avec les Départements, chefs de file des politiques d'autonomie et d'aide sociale et plus particulièrement des politiques dédiées à l'enfance (aide sociale à l'enfance - ASE et protection maternelle et infantile – PMI), aux personnes en situation de handicap (hébergement et insertion sociale), aux personnes âgées (création et gestion d'établissements, maintien à domicile) mais également avec la Région, cheffe de file de la formation professionnelle et de l'aménagement du territoire et les collectivités locales en charge notamment de l'urbanisme et enfin avec les services déconcentrés de l'État (Éducation nationale, DIRECCTE, DRDJSCS, DREAL...) et les organismes de sécurité sociale (Assurance maladie, MSA, CAF, CARSAT,...)
- de s'appuyer sur l'expertise des usagers et de leurs aidants.

La politique normande vise, en outre, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Pour y parvenir, le SRS s'appuie sur le principe d'universalisme proportionné, combinant une action différenciée selon les publics (approche ciblée) :

- l'universalisme proportionné à l'aune de la défavorisation sociale et territoriale,
- la stratégie envers les publics « les plus précaires » dans le cadre du PRAPS.

Quelles que soient les populations ou les pathologies, l'action de l'Agence, dans ses trois secteurs d'intervention (santé publique, sanitaire, médico-social), poursuit les mêmes objectifs :

- prévenir,
- dépister,
- diagnostiquer,
- soigner et prendre en charge,
- accompagner.

Ainsi, le SRS normand a volontairement été construit de façon transversale et ne revêt pas d'objectifs cloisonnés aux secteurs d'intervention ou aux populations et parcours ciblés.

La structuration et la gradation de l'offre en santé a été envisagée à partir des textes qui prévoient que les soins de premier recours comprennent :

- l'éducation pour la santé,
- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique.

Cette définition a été élargie à l'ensemble des populations, en transversalité pour ainsi définir l'offre de santé de premier recours / de proximité.

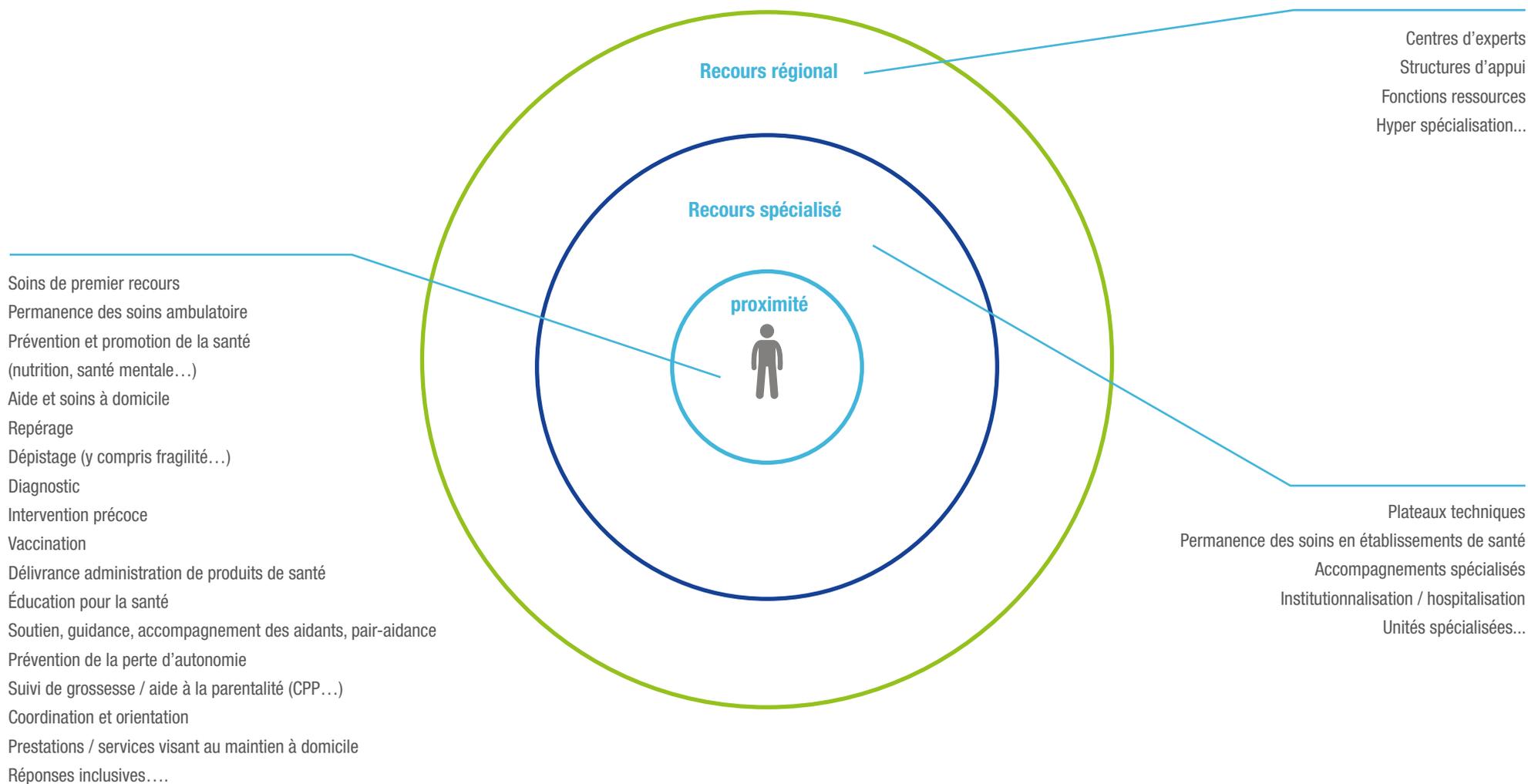
Les objectifs 1 à 17 du SRS constituent les principaux objectifs transversaux à atteindre pour améliorer la santé des Normands et plus globalement le service rendu à la population par la mobilisation de tous (institutions publiques, collectivités territoriales professionnels de tous les secteurs : prévention, sanitaire, médico-social, usagers et leurs représentants et bien évidemment normands eux-mêmes) : asseoir les actions de prévention et de promotion de la santé, réduire les inégalités sociales et territoriales en santé (ISTS), rendre l'utilisateur acteur de sa santé et de celle de ses proches, associer pleinement les usagers à l'amélioration de la qualité du système de santé et garantir l'accès à une offre de santé adaptée aux besoins.

Les objectifs 18 à 32 constituent, quant à eux, les principaux leviers institutionnels et organisationnels à mobiliser collectivement pour atteindre les précédents : la lisibilité de l'information, la qualité et la performance des organisations, l'innovation, la coordination et la synergie des politiques publiques, la fluidité des parcours.

Pour chaque objectif, les populations et les parcours prioritaires concernés sont précisés. Les acteurs et les leviers à mobiliser pour atteindre l'objectif sont également identifiés. Autant que faire se peut, chaque objectif est assorti d'indicateurs permettant de nourrir les travaux de pilotage, de suivi et d'évaluation du SRS.

## INTRODUCTION

Le schéma suivant illustre la notion de gradation des prestations centrée sur les besoins des personnes, et qui sous-tend l'ensemble des propositions relatives à la structuration des opérateurs, des établissements et des services.



# II

## LES CONSÉQUENCES SUR LES ACTEURS

Les objectifs spécifiques et opérationnels du SRS déclinés ci-avant sont autant de moyens à mettre en œuvre pour améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Parmi eux, l'Agence et ses partenaires ont fait le choix d'afficher l'objectif d'une offre en santé graduée répondant aux besoins des Normands (objectifs spécifiques 16, 17 et 31).

Cette ambition implique des conséquences sur les acteurs en santé tant dans le domaine de la prévention que du soin et des accompagnements médico-sociaux.

En conformité avec la Stratégie nationale de santé (SNS), le PRS normand a également positionné la prévention et la promotion de la santé comme le premier levier du bien-être de la population.

Bien que non demandés réglementairement, l'Agence a toutefois choisi d'afficher des conséquences sur l'organisation des acteurs en prévention et promotion de la santé au même titre que ceux définis par la loi pour les acteurs à la fois du secteur sanitaire et du secteur médico-social.

Sont ainsi présentés ci-après les :

1. Conséquences sur les acteurs en prévention et promotion de la santé
2. Conséquences sur les acteurs du secteur sanitaire
3. Conséquences sur les acteurs du secteur médico-social

# INTRO DUC TION

# Les conséquences sur les acteurs en prévention et promotion de la santé

## 1. Enjeux

La prévention vise à empêcher la survenue ou l'aggravation de la maladie. Elle se distingue de la promotion de la santé qui offre à la population les moyens d'assurer un contrôle sur sa propre santé et d'améliorer celle-ci.

Le diagnostic élaboré en Normandie sur l'estimation du poids attribuable aux déterminants sociaux de santé sur les décès confirme l'impact majeur de ces déterminants sur la santé sur la mortalité.

Les actions de prévention et de promotion de la santé permettent d'agir sur ceux-ci. Une action résolue sur la prévention, promotion de la santé participe également à l'efficacité du système de santé.

En cela, la prévention, promotion de la santé constitue un enjeu majeur pour assurer la soutenabilité de notre système de santé à long terme tel que le réaffirme la stratégie nationale de santé.

Pour faire face aux problématiques de santé, la région a développé un dispositif de prévention, promotion de la santé qui nécessite d'être renforcé et mieux coordonné avec les autres dispositifs publics.

Un meilleur maillage du territoire, une plus grande attention aux inégalités sociales de santé et une plus grande efficacité sont attendus par la population et les acteurs normands.

## 2. Principes généraux d'intervention en prévention et promotion de la santé (PPS)

- Politique régionale et des actions en PPS reposant sur des données probantes à un coût soutenable,
- Lisibilité et accessibilité de la PPS,
- Inscription des actions dans la durée,
- Professionnalisation des acteurs,
- Participation de la population,
- Cohérence des interventions de PPS avec les autres dimensions des parcours de vie et de santé.

## 3. Vers une organisation graduée lisible pour tous

À l'instar de l'offre sanitaire et médico-sociale, l'offre de prévention, promotion de la santé doit évoluer vers une organisation graduée plus lisible pour tous pour répondre aux objectifs spécifiques du SRS :

- Niveau régional : identification des structures ressources (IREPS, plateforme normande d'éducation thérapeutique du patient, GRAFISM, centre régional de coordination des dépistages des cancers...),



- Niveau infrarégional d'animation territoriale : identification des réseaux territoriaux de promotion de la santé, des ateliers santé ville et des antennes des structures régionales le cas échéant,

- Niveau territorial de proximité en fonction des besoins et ressources des territoires :

- développement des actions sur les déterminants de santé (addictions, nutrition/sédentarité, santé mentale...) déployées dans les lieux de vie et d'activité de la population,

- développement de la prévention médicalisée en proximité (« aller vers » et « hors les murs »),

- diversification des acteurs de PPS (associations œuvrant en PPS, professionnels de santé, collectivités territoriales promotrices de santé, hôpitaux promoteurs de santé, établissements et services médico-sociaux promoteurs de santé, Éducation nationale / Protection judiciaire de la jeunesse / Aide sociale à l'enfance promotrices de santé, santé au travail...).

Pour y parvenir différents leviers seront mobilisés :

- autorisation et habilitation de structures ou dispositifs,
- allocation des crédits FIR,
- contractualisation pluriannuelle avec les opérateurs PPS,
- CPOM,
- CLS et CLSM,

- mobilisation des instances de pilotage (COPIL thématiques ou populationnels) et de concertation telles que les conseils territoriaux de santé, la MILDECA, les COPIL territoriaux PPS, les conférences des financeurs prévention de la perte d'autonomie...

- évaluations d'impact en santé (EIS).

Les fiches déclinées ci-après décrivent les évolutions attendues à échéance du SRS en matière de :

- prévention et réduction des pratiques addictives,
- dépistages organisés des cancers,
- éducation thérapeutique du patient,
- vaccination,
- santé sexuelle.

La fiche relative à la prévention et à la réduction des pratiques addictives a vocation à rejoindre la partie consacrée aux conséquences sur les acteurs du secteur médico-social.

Avertissement : du fait de l'intégration des enjeux et des acteurs des champs «prévention» et «médico-social», sont ici présentées l'ensemble des mesures prévues les concernant, y compris les objectifs quantifiés pour l'offre médico-sociale.

# PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES PRATIQUES ADDICTIVES



## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Première cause régionale de mortalité (15% des décès liés au tabac et 5% à l'alcool), les pratiques addictives contribuent largement à la situation sanitaire globalement défavorable de la Normandie au regard de la France métropolitaine. Leurs conséquences sanitaires et sociales sont multiples et ne se résument pas à la mortalité liée à la dépendance. Elles créent ou entretiennent des situations particulièrement difficiles quand elles se surajoutent à d'autres problématiques (de comorbidité somatique, de santé mentale, de perte d'autonomie, de précarité économique et sociale, de suivi judiciaire, d'isolement social...).

Avec une offre de prévention inégalement répartie, on observe des situations spécifiques selon les territoires et les publics, par exemple, on constate 18 points d'écart chez les jeunes (enquête ESCAPAD à 17 ans) pour les alcoolisations ponctuelles importantes entre l'Eure (11%) et l'Orne (29%), tandis qu'il existe encore de fortes spécificités de genre concernant les niveaux d'usage ou leur évolution, mais aussi au regard de la spécificité des prises de risque ou de l'accessibilité réelle aux dispositifs d'addictologie.

De plus, il faut porter une attention prioritaire sur le « gradient social » qui marque les pratiques addictives et leurs conséquences : pratiques addictives et inégalités sociales de santé se renforcent mutuellement.

Quant à lui, le dispositif médico-social d'addictologie joue un rôle déterminant dans la stratégie régionale d'addictologie. Son développement doit permettre de réorienter l'offre d'addictologie :

- d'une offre curative répondant aux situations de dépendance vers une intervention de proximité, plus précoce et inscrite dans la durée afin de répondre à l'ensemble des usages et d'être plus efficace,
- d'un dispositif spécialisé autonome s'adressant directement aux patients et usagers à une offre intégrée aux parcours de vie et de santé, donc s'adressant également aux acteurs sanitaires et sociaux non spécialisés en addictologie (soutien, formation, accompagnement),
- d'un dispositif morcelé entre ses différentes spécialités (prévention, réduction des risques, soins...) à une offre intégrée garante du continuum d'action en addictologie et une évolution nécessaire des représentations et des pratiques.

## RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°1** Prévenir les pratiques addictives
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°4** Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6** Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°7** Promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale et positive
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9** Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10** Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11** Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°12** Accompagner les aidants
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°13** Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16** Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°18** Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°27** Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32** Assurer la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

## OBJECTIFS QUALITATIFS

### DÉFINIR ET GRADUER L'OFFRE EN ADDICTOLOGIE SUR LES TERRITOIRES ET STRUCTURER LES MODALITÉS DE COORDINATION ET DE PARTENARIAT

- Structurer l'offre territoriale en proximité en addictologie sur la base de la gradation suivante :
  - En prévention, au moins 1 CSAPA porteur d'un pôle de prévention compétent en addictologie (PPCA)
  - Assurer une prestation généraliste dans tous les CSAPA
  - Offre de services en santé de proximité : PPCA, CSAPA + CJC + niveau 1 hospitalier, notamment pour garantir l'accès aux traitements en addictologie par coordination de l'offre territoriale (CSAPA, ville, hôpital)
  - Offre de santé complémentaire :
    - En réduction des risques, au moins 1 CAARUD avec un dispositif de « CAARUD mobile »,
    - Pour les soins, prestations du niveau 2 de la filière hospitalière d'addictologie.
- Organiser la contribution des acteurs de l'addictologie à la coordination des parcours de santé et de vie (notamment au sein des Plateformes territoriales d'appui),
- Assurer l'implication des structures médico-sociales dans les instances régionales de coordination en addictologie.

### RÉPONDRE AUX PREMIERS USAGES PAR L'INTERVENTION PRÉCOCE

- Développer l'intervention précoce vers le public jeune pour réduire les usages à risques et prévenir les situations de dépendance,
- Compléter le maillage territorial en CJC et conforter le fonctionnement des CJC existantes au regard de l'importance de la population jeune à couvrir,
- Systématiser le partenariat opérationnel entre CJC et Maison des adolescents (MDO) au niveau local pour améliorer l'accompagnement des comorbidités,
- Systématiser le partenariat opérationnel entre CJC et établissements scolaires et d'apprentissage,

- Développer les programmes de prévention et d'intervention précoce hors milieu scolaire (PJJ, missions locales, ESMS accueillant des jeunes),
- Développer l'intervention précoce auprès des étudiants.
- En population générale, développer l'intervention précoce en formant et en mobilisant les professionnels de première ligne non spécialisés en addictologie.

### RÉDUIRE LES RISQUES ET LES DOMMAGES

- Organiser des modalités adaptées aux publics et aux territoires : adapter les outils de la réduction des risques au public féminin (modalités d'accueil et d'intervention des CAARUD), développer les démarches « d'aller vers » les jeunes en errance, développer les programmes de réduction des risques et des dommages en prison,
- Assurer, pour chaque territoire, une couverture suffisante en matériel de RdRD.

### RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ ET L'EFFICACITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS ET DES SOINS EN ADDICTOLOGIE

- Apporter une réponse aux besoins insuffisamment couverts :
  - Répondre aux besoins des personnes confrontées à des troubles neuro-cognitifs (dont Korsakov),
  - Définir les modalités d'intervention pour les troubles du comportement alimentaire (dans le cadre d'une filière complémentaire mais distincte de l'addictologie).
- Faire du CSAPA l'acteur de référence de l'addictologie à l'échelle du territoire de proximité (pour les usagers et pour les partenaires) pour :
  - Garantir la réponse en addictologie au sein des parcours prioritaires et/ou pour les publics ou milieux spécifiques
  - Appuyer le développement des prises en charge en ville
  - Renforcer le lien hôpital / ville / CSAPA lors de la préparation de la sortie

## CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

Rappel : tous les objectifs sont présentés sous réserve de l'obtention des moyens nécessaires dans le cadre de l'allocation de ressources nationale (ONDAM spécifique « Dispositifs pour personnes en situations spécifiques ») pour :

### PÔLES DE PRÉVENTION COMPÉTENTS EN ADDICTOLOGIE (PPCA) :

- conforter le maillage territorial : déployer les Pôles de prévention compétents en addictologie (PPCA) et les consultations jeunes consommateurs.
- création d'un PPCA sur le territoire Elbeuf – Louviers,
- création d'un PPCA sur le territoire du Havre,
- création d'un PPCA sur le territoire de la Manche,
- création d'un PPCA sur le territoire de l'Orne,
- création d'un PPCA pour les territoires du Deauvillais et du Lexovien,
- création d'un PPCA pour les territoires du Caennais, Bajocasse et Virois.

### CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) :

- transformer l'antenne CSAPA de Saint-Lô en CSAPA,
- par transformation et mesures nouvelles, créer un CSAPA à Bayeux,
- transformer l'antenne CSAPA de Vire en CSAPA,

- par transformation et mesures nouvelles, assurer la présence d'un CSAPA à Flers,
- par transformation et mesures nouvelles, assurer la présence d'une antenne CSAPA à Falaise,
- à partir des CSAPA existants, par mesures nouvelles, développer les antennes et consultations avancées en priorisant les territoires de proximité les plus vulnérables aux pratiques addictives.

### CJC (Consultations jeunes consommateurs) :

- par création, extension ou redéploiement, assurer la présence d'une CJC dans tous les CSAPA et l'intervention d'une CJC dans chaque territoire de proximité.

### CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) :

- par création, équiper le territoire de la Manche avec 2 CAARUD (1 pour le Nord et Centre Manche, l'autre pour le Sud Manche),
- par mesures nouvelles, assurer prioritairement la mise à niveau de l'offre des CAARUD existants dans le Calvados et l'Eure,
- par mesures nouvelles, doter le CAARUD du Havre d'un dispositif « CAARUD mobile ».

## LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- Contractualisation
- Allocation des crédits FIR et médico-sociaux, allocation de ressources (appel à projets, mesures nouvelles)
- Opérations de fongibilité entre crédits sanitaires et médico-sociaux
- Synergies (et co-financement) avec la MILDECA
- CPOM
- Conventions de partenariat
- Actualisation des autorisations

# DÉPISTAGES ORGANISÉS DES CANCERS



## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Les taux de dépistage dans la région sont supérieurs aux taux nationaux et certains départements affichent de très bons résultats (par exemple sur la campagne 2015-2016, Orne et Seine-Maritime pour le dépistage du cancer du sein et Orne et Eure pour le dépistage du cancer colorectal), néanmoins, ces chiffres restent inférieurs aux objectifs de 75% pour assurer l'efficacité des programmes et des efforts restent nécessaires pour réduire les inégalités d'accès aux dépistages.

Cinq structures départementales gèrent actuellement les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal et une association régionale « Normandie dépistages » fédère les

cinq structures pour le cancer du col de l'utérus. Cette association permet d'organiser un lieu d'échange régulier entre les structures et de favoriser l'harmonisation des pratiques.

Le plan cancer 2014-2019 appelle à l'organisation régionale des structures de gestion en charge des dépistages organisés des cancers afin d'accroître leur efficacité. Après une large concertation nationale conduite par la Direction générale de la santé (DGS) et l'INCA, deux instructions de la DGS en date de décembre 2016 et d'avril 2017 et l'arrêté du 23 mars 2018 portant modification de l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers encadrent le processus de cette réorganisation.

## RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6</b>  | Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé   |
| <b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9</b>  | Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné  |
| <b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10</b> | Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables   |
| <b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11</b> | Rendre l'utilisateur acteur de sa santé  |
| <b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°13</b> | Associer les usagers à l'amélioration du système de santé  |
| <b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16</b> | Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité |
| <b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17</b> | Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité   |
| <b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°19</b> | Accompagner à l'accès et à la compréhension de l'information de santé  |

## OBJECTIFS QUALITATIFS

### ACCROÎTRE L'EFFICIENCE, LA LISIBILITÉ DU DISPOSITIF DES DÉPISTAGES ORGANISÉS DES CANCERS

- L'évolution attendue porte en particulier sur l'amélioration du service proposé à la population et aux professionnels, afin de permettre une meilleure harmonisation des pratiques mais aussi une mutualisation des moyens. La réorganisation vise à améliorer la dynamique régionale de dépistage, les interfaces entre les acteurs intervenant actuellement à l'échelle départementale et l'émergence de projets communs à déployer ou expérimenter au niveau régional.

### ACCOMPAGNER LA MONTÉE EN CHARGE DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

- Communication et mise en réseau des acteurs.

### HARMONISER LA STRATÉGIE RÉGIONALE DE COMMUNICATION / PROMOTION DU DÉPISTAGE

## CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

L'organisation actuelle, reposant sur cinq structures de gestion, doit évoluer au 1<sup>er</sup> janvier 2019 vers le regroupement en un seul centre régional de coordination des dépistages des cancers, responsable de la mise en œuvre des trois programmes de dépistages organisés des cancers.

La réorganisation prévoit une entité juridique unique par région avec un échelon régional et des antennes territoriales. L'échelon régional sera chargé de la mise en œuvre régionale de missions et de fonctions mutualisées (pilotage, assurance qualité, coordination de l'évaluation, recherche, organisation de la gouvernance et des fonctions supports...). Le niveau territorial assurera des actions de proximité avec la population et les professionnels de santé et pourra contribuer à la mise en œuvre des missions régionales.

La fusion des cinq structures départementales existantes sera organisée à partir de l'association régionale « Normandie dépistage » dont les statuts devront être modifiés en conséquence.

## LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- Autorisation de la nouvelle structure régionale en charge de la coordination des dépistages organisés des cancers
- Allocation des crédits FIR
- Communication / sensibilisation des professionnels de santé et de la population

# ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)



## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Une priorité des PRS 1 mais des organisations différentes dans les anciennes régions
- Plus de 175 programmes autorisés en région mais des freins :
  - des files actives très inférieures aux besoins recensés (nb patients vs nb malades chroniques),
  - une majorité de programmes autorisés à l'hôpital alors que les malades chroniques sont en ville et peu de collaborations ville-hôpital,
  - des pathologies prioritaires peu ou mal couvertes (ex : neuro, cancer...) et peu de programmes pluri-pathologies,
  - une prise en compte insuffisante des inégalités sociales de santé dans les programmes,
  - une couverture territoriale insuffisante posant des difficultés d'accès à l'ETP,
  - une faible participation des associations d'usagers à la mise en œuvre des programmes,
  - la lourdeur de la procédure d'autorisation des programmes ainsi que les modalités de financement constituent des freins à la mobilisation des professionnels de santé exerçant en ambulatoire.

**Une nécessaire harmonisation avec la création de la Normandie**

## RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6</b>	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9</b>	Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10</b>	Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11</b>	Rendre l'usager acteur de sa santé
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°13</b>	Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16</b>	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17</b>	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°19</b>	Accompagner à l'accès et à la compréhension de l'information de santé
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22</b>	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31</b>	Garantir la fluidité des parcours par la transformation
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32</b>	Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

## OBJECTIFS QUALITATIFS

**PROPOSER UNE ORGANISATION GRADUÉE ET UNE COORDINATION RÉGIONALE PERMETTANT DE COUVRIR L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES ET LES THÉMATIQUES PRIORITAIRES :**

■ **Missions régionales : ressources en ETP et coordination**

- Harmonisation des programmes, des pratiques et des outils,
- Développement de programmes sur les thématiques prioritaires et polypathologies,
- Documentation,
- Communication et animation partenariale (annuaire des ressources, site internet unique, journées régionales, évènementiel),
- Organisation des modalités d'accompagnement des acteurs,
- Formation : plan régional de formation,
- Recherche,
- Financement (rémunération des éducateurs).

■ **Missions territoriales : ressources en ETP et coordination**

- Participation à l'identification des besoins des territoires,
- Soutien et accompagnement des acteurs ambulatoires et hospitaliers (méthodologie de projet, formation, logistique / outillage pour la mise en œuvre des programmes),
- Animation, analyses de pratiques,
- Soutien aux partenariats locaux (avec les établissements de santé, les MSP/PSLA, établissements et services médico-sociaux, associations, CLS, ASV, CPTS...),
- Dispensation d'actes d'ETP des programmes afin d'initier la démarche dans les territoires par subsidiarité en cas d'absence d'offre locale,
- Relai des actions de communication.

■ **Missions de proximité : mise en œuvre d'actions et de programmes d'ETP**

Les acteurs susceptibles de porter des projets sont les professionnels de santé libéraux et leurs regroupements, les établissements de santé, les établissements et les services médico-sociaux, les associations de patients, la structure régionale par subsidiarité des acteurs locaux dans les territoires les plus en difficultés

**METTRE EN PLACE UNE OFFRE GLOBALE D'ETP EN PROXIMITÉ DU PATIENT (DIAGNOSTIC ÉDUCATIF, ATELIERS, ÉVALUATION DES COMPÉTENCES ACQUISES, SUIVI DU PARCOURS ETP) ASSOCIANT LA VILLE ET L'HÔPITAL**

**RÉDUIRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS À L'ETP (ÉLOIGNEMENT, HANDICAP, CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES, MILIEUX DE VIE SPÉCIFIQUES...)**

## CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

**Organisation d'un dispositif intégré de coordination régionale et territoriale de l'ETP porté par un acteur unique constitué à partir de la fusion des opérateurs historiques de l'ETP et associant par convention les partenaires.** L'association régionale d'ETP créée exercera pour l'ensemble de la région ses missions au niveau :

- Régional : siège régional à Caen assurant les missions régionales en partenariat avec l'IREPS pour ce qui concerne la formation et l'accompagnement des acteurs.
- Territorial : identification de 7 antennes (une par territoire de démocratie sanitaire) regroupant les activités de coordination en direction des professionnels de santé libéraux et les établissements de santé. Ces antennes assureront les missions de coordination territoriale et l'initiation des programmes d'ETP dans les territoires les plus en difficulté du point de vue de la démographie médicale. Des conventions entre l'association régionale et les établissements de santé porteurs d'Unité transversale d'éducation du patient (UTEP) devront être signées pour permettre la constitution d'équipes mixtes de coordination ville-hôpital intervenant dans les antennes. L'articulation de ces antennes avec les PTA devra être organisée.
- Local : mise en œuvre de programmes par subsidiarité des acteurs locaux.

## LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- Autorisation des programmes d'ETP
- Allocation des crédits FIR
- CPOM
- Formation des professionnels de santé et des usagers





# VACCINATION



## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

En Normandie, en 2013 et 2014, les couvertures vaccinales à trois doses chez les enfants âgés de 24 mois contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et l'haemophilus influenzae étaient satisfaisantes (supérieures à 95 %). En revanche, au même âge, les couvertures vaccinales à deux doses contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR) étaient comprises entre 60 et 70 %, ce qui est inférieur à l'objectif fixé pour obtenir l'éradication de ces maladies (95 %).

En 2015, la couverture vaccinale contre le méningocoque C chez les enfants âgés de 12 à 23 mois était comprise en Normandie entre 55 % et 78 %, avec une diminution dans les classes d'âge supérieures (18 à 37 % chez les 15-19 ans). Ces couvertures vaccinales sont insuffisantes.

En 2013 et 2014, en Normandie, la couverture vaccinale à trois doses contre l'hépatite B chez les enfants âgés de 24 mois était comprise entre 73 et 91 %, ce qui est inférieur à l'objectif de 95 % fixé par la loi.

Enfin, la couverture vaccinale à deux doses contre le papillomavirus humain entre 11 et 19 ans n'est pas disponible en Normandie. Cependant, l'étude de la Cire en 2015 auprès d'un échantillon

d'adolescents âgés entre 16 et 18 ans du Calvados retrouvait une couverture vaccinale de 25 %, ce qui est très faible.

La politique de vaccinations est mise en oeuvre par les médecins libéraux, les médecins du travail, les services hospitaliers, la protection maternelle et infantile, les collectivités territoriales et les structures habilitées par l'ARS.

Dans le Calvados, l'Eure et la Manche, l'ARS accorde des subventions à huit structures habilitées. En Seine-Maritime, le Conseil départemental a souhaité maintenir son implication dans l'organisation de la vaccination publique et gratuite et remplit cette mission avec une grande efficacité tandis que dans l'Orne, le Conseil départemental a abandonné cette compétence au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Comme au niveau national, un redoublement d'efforts pour la promotion de la vaccination et une plus grande efficacité du système de santé sont attendus.

## RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°4</b>	Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6</b>	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9</b>	Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10</b>	Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11</b>	Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16</b>	Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°21</b>	Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22</b>	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°27</b>	Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31</b>	Assurer la fluidité des parcours par la transformation

### OBJECTIFS QUALITATIFS

- **Développer l'observation et l'analyse des données en matière de vaccination**
- **Renforcer les actions de sensibilisation, d'information et de mobilisation des professionnels de santé**
- **Améliorer l'efficacité des centres de vaccination**
  - optimiser le fonctionnement des centres pour améliorer l'offre de vaccination
  - harmoniser le fonctionnement des centres de vaccination à partir du nouveau référentiel régional
- organiser des échanges de pratique entre les équipes de vaccination
- faciliter l'adhésion des centres de vaccination au protocole de coopération entre médecin et infirmier
- habiliter de nouvelles structures comme les PASS, les SUMPS...
- proposer la vaccination contre le papillomavirus dans les établissements scolaires
- **Promouvoir la vaccination auprès de la population**

### CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

Pour atteindre les objectifs d'augmentation des taux de couverture vaccinale et d'efficience du dispositif, une réorganisation des centres de vaccination est engagée. Elle repose sur la **constitution d'équipes de vaccination** à temps plein (avec une répartition modulée en fonction de la taille des départements) comprenant un médecin et un infirmier, réparties **dans le Calvados, l'Eure, la Manche et l'Orne**, ayant trois objectifs :

- réaliser des séances de vaccination dans des locaux dédiés,
- réaliser des séances de vaccination dans les établissements scolaires et les lieux de vie des populations en situation de précarité,
- développer les relations avec les partenaires pour multiplier le nombre de séances hors les murs et promouvoir la vaccination.

La prise de rendez-vous serait externalisée via une plateforme téléphonique commune pour les quatre départements.

### LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- Habilitation des centres de vaccination**
- Allocation des crédits FIR**
- Communication / sensibilisation des professionnels de santé et des usagers**

# SANTÉ SEXUELLE



## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Réforme du dispositif de dépistage avec la mise en place en 2016 des CeGIDD, acteurs majeurs de la santé sexuelle sur les territoires : phase de montée en charge avec une campagne de renouvellement démarrée au 2<sup>e</sup> semestre 2017
- Repositionnement des COREVIH suite au décret n° 2017-682 du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine
- Parution de la stratégie nationale en santé sexuelle

### Principaux indicateurs de cadrage

- Un Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) en Normandie (2014) plus important qu'en France métropolitaine pour les mineures.

ICF 2014	15-24 ans	25-34 ans	35-49 ans
<b>Normandie</b>	<b>33</b>	<b>128</b>	<b>36</b>
France M	27	127	44

- Un recours à l'IVG des mineures proche des moyennes nationales : 7,4 pour 1000 femmes de 15 à 17 ans (contre 7,6)
- Une augmentation récente du nombre de déclarations de cas de syphilis récente est à interpréter avec prudence mais une hausse importante du nombre de déclarations de cas de gonococcie est observée depuis 2013
- Pour le VIH : la Normandie se situe, en 2016, au 4<sup>e</sup> rang des régions ayant une faible activité de dépistage du VIH et en 2015 un taux de positivité proche de la moyenne nationale. Le nombre de personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2016 place la Normandie au 4<sup>e</sup> rang de découvertes de séropositivité les moins élevées de France métropolitaine.

## RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 7** Promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale et positive
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 9** Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 10** Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11** Rendre l'usager acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16** Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31** Assurer la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Assurer la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

## OBJECTIFS QUALITATIFS

## AMÉLIORER LA COUVERTURE TERRITORIALE DE L'OFFRE DE DÉPISTAGE DES IST ET DU VIH

## ■ Conforter le rôle des CeGIDD :

- garantir la qualité : formation des professionnels (COREVIHST-IREPS), échanges de pratiques (COREVIHST),
- améliorer la couverture des territoires et l'accessibilité de tous au dépistage :
  - Clarifier le rôle des antennes
  - Déployer les interventions hors les murs
  - Développer l'information et la communication
- étendre ses compétences en santé sexuelle (au-delà du dépistage) : formation des professionnels, inscription du CeGIDD dans le territoire

## POURSUIVRE LE DÉPLOIEMENT DES TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (TROD) POUR LES PUBLICS CIBLES

- rendre plus lisible le rôle des TROD en complémentarité du dépistage « classique »
- mieux positionner les CSAPA – CAARUD comme acteurs du dépistage auprès des usagers de drogues

## ORGANISER LA COMPLÉMENTARITÉ DES ACTEURS

À la suite de la fusion des COREVIH, mieux positionner le COREVIHST à l'échelle de la Normandie

- un comité de coordination unique pour la Normandie de manière à fédérer l'ensemble des acteurs normands autour d'une politique régionale homogène et en privilégiant une organisation qui permette la représentation des différents territoires et des différents acteurs œuvrant en région,

- missions :

- le soutien des acteurs dans les territoires (formation, échanges de pratiques...),
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les différents domaines d'intervention,
- l'aide à la décision, grâce notamment à l'analyse des données d'activité (y compris la qualité des données), pour la priorisation et l'évaluation des actions et de la politique régionale.

- des partenaires régionaux avec lesquels la collaboration est attendue :

- L'IREPS pour ce qui concerne la prévention-promotion de la santé,
- Santé Publique France (Cire) pour l'analyse des données et l'évaluation,
- L'université, l'IREPS et les IRTS pour la recherche,
- Les structures et acteurs régionaux, notamment et de manière non exhaustive ceux œuvrant dans le champ de l'addictologie et les Centres de planification ou d'éducation familiale...

## DÉPLOYER LA COMMUNICATION POUR PROMOUVOIR LE DÉPISTAGE ET FAIRE CONNAÎTRE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE TERRITOIRE

## LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- Habilitation des CEGIDD et désignation du COREVIHST
- Allocation des crédits FIR
- CPOM avec le COREVIHST
- Conventions de partenariat



# INTRO DUC TION

# Les conséquences sur les acteurs du secteur médico-social

## 1. Enjeux et mutations à l'œuvre

Le secteur médico-social, en lien avec le secteur sanitaire et social, doit être rénové pour davantage :

- partir des besoins et des attentes des personnes et de leurs aidants,
- promouvoir leurs capacités et leur participation,
- favoriser une vie en milieu ordinaire lorsque cela est possible et conforme aux souhaits de la personne en situation de handicap et permettre le maintien à domicile des personnes âgées,
- répondre à la logique d'un « parcours » global alliant repérage des fragilités et des troubles, précocité des interventions, et définition d'un plan d'accompagnement adapté,
- répondre à des besoins spécifiques et parfois complexes, en fonction du type de handicap ou de la pathologie (maladies neuro-dégénératives),
- faire de la prévention, promotion de la santé une priorité,
- anticiper, prévenir et gérer les ruptures de parcours.

Les évolutions en termes d'approche des handicaps impliquent également une évolution de l'organisation de l'offre, de son fonctionnement et des pratiques professionnelles dans le respect des bonnes pratiques HAS/ex-ANESM :

- la nécessaire amélioration du diagnostic et de la prise en charge des troubles neuro-développementaux : déficiences intellectuelles, troubles du spectre de l'autisme, troubles de l'apprentissage ....

- le rétablissement et la réhabilitation psychosociale en matière de handicap psychique via des outils de remédiation cognitive, de soutien à l'autonomie, d'entraînement aux compétences sociales...

- les approches systémiques et thérapies brèves dans le champ des troubles du comportement montrent que la désinstitutionnalisation et l'ouverture des structures favorisent l'émergence de phénomènes adaptatifs favorables chez les enfants et les adolescents et débouchent sur des réaménagements positifs des systèmes de référence des individus.

Les différents travaux conduits au niveau national au sein du comité interministériel du handicap et des conférences nationales du handicap (Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, démarche Réponse accompagnée pour tous, déclinaison du rapport de M. Piveteau « Zéro sans solution ») et des plans et schémas nationaux en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes âgées (Stratégie nationale 2018-2022 pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, schéma handicap rare, plan maladies neurodégénératives...) portent ces évolutions majeures.

Le PRS de Normandie s'inscrit pleinement dans ces enjeux confortés dans le cadre des diagnostics réalisés par les Conseils territoriaux de santé et les groupes de travail régionaux mis en place en lien avec la commission spécialisée pour les prises en charge et les accompagnements médico-sociaux : polyhandicap, déficiences sensorielles, troubles spécifiques du langage et des apprentissages, personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées...

## 2. La gouvernance des politiques de l'autonomie garante de l'évolution de l'offre en réponse aux besoins des personnes

Répondre à ces enjeux nécessite un pilotage intégré des politiques sociales, médico-sociales et de santé afin d'organiser des parcours de vie et de santé répondant aux souhaits et besoins des personnes.

En effet, accompagner l'évolution de l'offre et des pratiques professionnelles conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, permettre aux acteurs d'innover dans le cadre de coopérations intersectorielles renouvelées, favoriser des réponses inclusives et innovantes via l'adaptation et la transformation de l'offre... impliquent :

- une coopération interinstitutionnelle renforcée, en premier lieu avec les Départements, chefs de file de l'action sociale et médico-sociale, mais également avec les services de l'État (Éducation nationale, DIRECCTE, DRDJSCS, DREAL) et les organismes de sécurité sociale (Assurance maladie, MSA, CAF, CARSAT...).
- de s'appuyer sur l'expertise des usagers et de leurs aidants.

D'ores et déjà, l'ARS associe des représentants dans le cadre des instances de démocratie sanitaire mais également au sein de groupes de travail spécifiques.

Le SRS réaffirme la nécessaire gouvernance intégrée des politiques de l'autonomie (cf. objectif spécifique 28) qui doit également s'appuyer sur une observation partagée (cf. objectif spécifique 27).

La méthode d'intégration de l'offre constitue un levier pour piloter l'évolution de l'organisation des parcours via l'adaptation et la transformation de l'offre. Ainsi, l'ARS et les Départements ont accompagné le déploiement de 21 MAIA couvrant l'ensemble du territoire régional. Cette méthode est également mise en œuvre dans le champ du handicap.

## 3. Organiser l'offre de manière graduée afin de structurer les parcours

Le SRS détermine résolument les objectifs à poursuivre pour offrir une offre de santé graduée à l'ensemble des populations, centrée sur leurs besoins et à chaque étape de leurs parcours de santé et de vie (cf. objectifs spécifiques 16, 17 et 31).

À l'instar des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé et des acteurs du soin, les accompagnements médico-sociaux et sociaux doivent être organisés en conséquence.

L'organisation graduée de l'offre médico-sociale et le déploiement de la méthode d'intégration ont pour ambition de :

- réduire les inégalités sociales et territoriales,
- faire évoluer l'offre pour répondre à la logique d'un parcours global alliant prévention de la

perte d'autonomie, précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale,

- faire évoluer l'offre vers une logique de « prestations » en réponse à des besoins souvent complexes : construire des réponses inclusives, pluridimensionnelles, modulaires et modulables capables de combiner plusieurs prises en charge médico-sociales, sanitaires et éducatives dans le parcours de vie, de l'enfance à l'avancée en âge ; penser l'offre sous forme de plateformes de services, d'habitat avec services...
- apporter une réponse à toutes les situations, même celles nécessitant un accompagnement renforcé à travers le principe de subsidiarité (privilégier les lieux les moins spécialisés et organiser le soutien par les structures de plus haute technicité au bénéfice de celles qui le sont moins),
- réduire la fragmentation de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale et éviter les ruptures de parcours,
- accompagner l'évolution des pratiques professionnelles.

Concernant le champ spécifique du handicap, l'organisation graduée de l'offre doit permettre de renforcer la place de la MDPH en tant qu'ensemble de la construction des réponses individuelles sur le territoire dans le cadre notamment du dispositif d'orientation permanent (article 89 de la loi de santé).

Les fiches présentées ci-après décrivent les créations, transformations et évolutions de l'offre attendues afin d'atteindre cette organisation cible et notamment :

- l'effectivité de l'organisation graduée de l'offre avec identification des fonctions ressources,
- l'accroissement des interventions médico-sociales dans le milieu ordinaire de vie par le renforcement de la part des services, la diversification de l'offre et des réponses, le passage d'une logique de place à une logique de réponses,
- le renforcement de la capacité de l'offre à accompagner les personnes en situation complexe par l'appui des fonctions ressources, la formation des équipes sanitaires, sociales et médico-sociales et l'identification de places d'accueil spécialisées,
- l'adaptation de l'offre pour mieux répondre aux besoins des aidants et notamment de répit à domicile et en établissement.

<sup>1</sup>NB : Réforme de la tarification des ESMS SERAFIN-PH qui ont pour but de sortir de la logique de financement centrée sur les places pour aller vers une logique de réponse aux besoins. Nomenclature SERAFIN-PH

[http://www.cnsa.fr/documentation/nomenclatures\\_seraphinph\\_detaillees\\_mars\\_16.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/nomenclatures_seraphinph_detaillees_mars_16.pdf)

# ACCÈS À LA PRÉVENTION, PROMOTION DE LA SANTÉ ET AUX SOINS



## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, volet polyhandicap et préparation 4<sup>e</sup> plan autisme.
- Étude conjointe avec l'Assurance maladie sur les difficultés d'accès aux soins et à la prévention pour les personnes adultes en situation de handicap accueillies en établissements et services médico-sociaux de l'Eure et de la Seine-Maritime en 2014. Indicateurs portant sur la vaccination antigrippale, le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, les soins dentaires et le suivi gynécologique. L'étude nécessiterait d'être reconduite et affinée mais elle a permis de mettre en évidence des écarts de pratiques entre établissements, indépendants du profil du public et un accès à la prévention moindre que dans la population générale.
- Étude relative aux actions de prévention promotion de la santé en faveur des personnes en situation de handicap (2012-2013).
- Retard dans le déploiement des dispositifs de consultations dédiées ayant pour objectif de mailler le territoire régional. Nombre d'établissements de santé avec consultations dédiées aux PH rapporté au nombre total d'établissements de santé (MCO-SSR) en 2017 : 2 % (indicateur CNSA).
- Absence d'unité d'accueil et de soins pour les personnes sourdes (absente dans seulement deux régions en France).
- Délais d'attente très longs notamment pour les soins bucco-dentaires.
- Consultations non adaptées aux spécificités des handicaps, personnels insuffisamment formés.
- Accueil aux urgences et à l'hôpital non adapté aux spécificités des handicaps.
- Insuffisance de détection, d'évaluation et de prise en compte de la douleur.
- Actes bucco-dentaires délabrant, réalisés sous anesthésie générale en raison de l'absence de réponse pour les soins bucco-dentaires simples.

## RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6** Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 12** Accompagner les aidants
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16** Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

**RENDRE ACCESSIBLES TOUS LES DISPOSITIFS DE SOINS PRIMAIRES COORDONNÉS PAR :**

- La formation des professionnels aux différents types de handicap,
- La sensibilisation à l'évaluation de la douleur des personnes dyscommunicantes,
- L'adaptation des modalités de consultation : prise de rendez-vous, accueil en salle d'attente, accompagnement pendant les soins, présence de l'aidant, temps de consultations allongés,
- L'intégration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap dans la déclinaison régionale du plan national pour renforcer l'accès territorial aux soins.

**AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DÉPISTAGES, À LA PRÉVENTION ET À LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN :**

- Adaptant les messages de prévention aux spécificités des handicaps pour les rendre compréhensibles,
- Formant les professionnels de la prévention aux handicaps,
- Sensibilisant les professionnels des établissements médico-sociaux à la prévention et à la promotion de la santé,
- Adaptant les modalités de dépistage (matériel, accueil, consultations blanches, consultations allongées),
- Déployant une offre adaptée avec le concours de l'IREPS,
- Développant l'accès à des examens périodiques de santé adapté avec l'IRSA,
- Inscrivant un volet prévention-promotion de la santé dans le CPOM de 100 % des établissements et services médico-sociaux,
- Dans l'objectif de parvenir à un taux de dépistage organisé identique à celui de la population générale.

**PERMETTRE LE MAINTIEN À DOMICILE OU EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL EN ORGANISANT :**

- L'accès aux soins palliatifs in situ (formation, intervention des équipes mobiles et de l'HAD),
- L'accès à l'hospitalisation à domicile, notamment dans les établissements médico-sociaux,
- Le recours à la télésanté.

**ASSURER L'ACCÈS À DES SOINS SOMATIQUES COURANTS DE SPÉCIALITÉ EN :**

- Poursuivant le déploiement de dispositifs de consultations dédiées, en établissement de santé et en ville,
- Prévoyant dans ces dispositifs à minima des consultations adaptées de gynécologie, ophtalmologie, un accès à la radiologie,
- Organisant une offre de soins bucco-dentaires couvrant l'intégralité des soins nécessaires selon un maillage territorial gradué, pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap,
- Développant le repérage, l'évaluation et le traitement de la douleur, notamment pour les personnes dyscommunicantes, a minima au sein des consultations dédiées, des consultations bucco-dentaires, des centres et réseaux douleur,
- Articulant l'offre de soins adaptée avec l'organisation prévue par les projets territoriaux de santé mentale.

**GARANTIR UN PARCOURS DE SOINS FLUIDE À L'HÔPITAL PAR :**

- La mise en place d'une coordination spécifique articulée avec les professionnels du domicile et des établissements médico-sociaux, dans au moins un établissement sanitaire par groupement hospitalier de territoire,
- Un accompagnement allant de la prise de rendez-vous jusqu'à l'hospitalisation,
- La possibilité de consultation ou d'entrée directe sans passage aux urgences,
- L'adaptation de l'accueil et de la prise en charge aux urgences le cas échéant,
- L'adaptation des consultations et des hospitalisations aux spécificités des handicaps,
- L'inscription dans les CPOM des établissements de santé d'objectifs garantissant un accès aux soins pour les personnes en situation de handicap – cible : 100 % des CPOM.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

**CRÉER DES DISPOSITIFS DE CONSULTATIONS DÉDIÉES POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN LIEN ÉGALEMENT AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE 2018-2020 POUR L'AUTISME (SOUS RÉSERVE D'ALLOCATION DE CRÉDITS NATIONAUX) :**

- Au moins un dispositif complet, polyvalent par département, et deux en Seine-Maritime : 6 dispositifs pour la région d'ici 2020. Nombre d'établissements de santé avec consultations dédiées aux PH rapporté au nombre total d'établissements de santé (MCO-SSR) – cible : 6 % (indicateur CNSA),
- A minima, consultations de gynécologie, ophtalmologie, accès adapté à la radiologie,
- En complémentarité avec l'offre de soins bucco-dentaires.

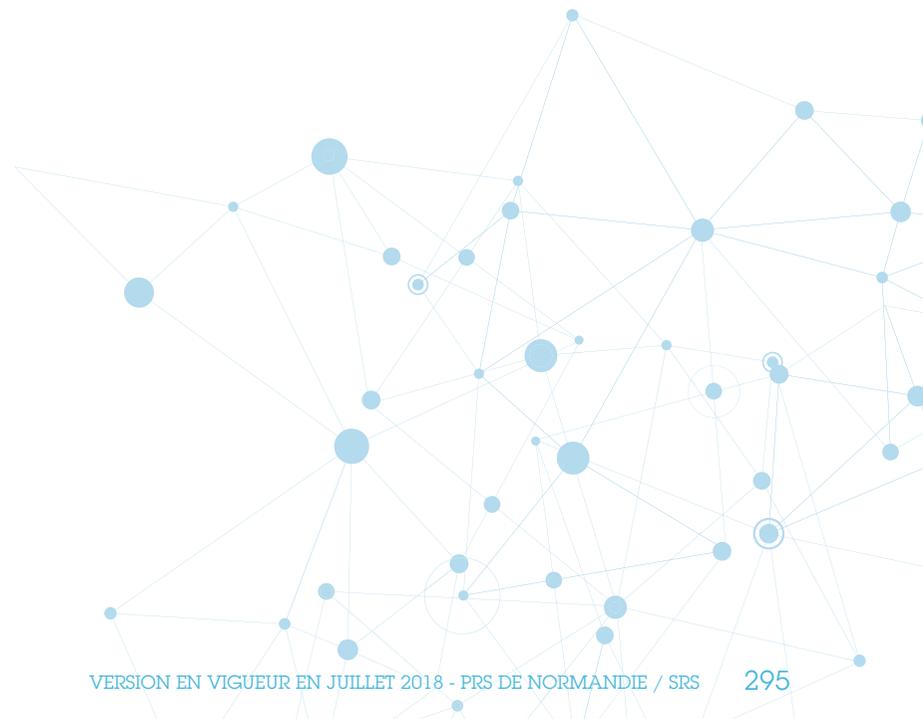
**CRÉER UNE UNITÉ D'ACCUEIL ET DE SOINS POUR LES PERSONNES SOURDES PORTÉE PAR AU MOINS UN DES DEUX CHU ET IMPLIQUANT LES DEUX CHU ET RÉPONDANT AU CAHIER DES CHARGES NATIONAL**

**PROPOSER UNE OFFRE GRADUÉE COMPLÈTE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP :**

- Prévention et promotion de la santé bucco-dentaire, formation de référents dans les ESMS,
- Consultations de dépistage, bilans et soins simples en proximité, y compris par le biais de dispositifs mobiles,
- Consultations sous sédation consciente en proximité et au minimum 12 sur la région,
- Consultations dédiées bucco-dentaires en complémentarité des dispositifs de consultations dédiées : 6 sur la région,
- Au moins une offre de soins adaptée sous anesthésie générale par département et deux en Seine-Maritime avec un nombre de créneaux dédiés suffisant.

## LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- Appels à projets et à candidature
- Articulation avec les dispositifs URPS de fauteuils dentaires
- CPOM et financements complémentaires
- PTA
- Formations (initiale et continue)



# ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉ EN STRUCTURE MÉDICO-SOCIALE



## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques HAS et ex-ANESM.
- Nombre de situations transmises à l'ARS par les commissions situations critiques en 2016 : 23. Nombre total de situations examinées par l'ARS (y compris situations critiques) en 2016 : 74.
- Nombre de personnes accueillies en Belgique rapporté au nombre de places ESMS PH : 0,86 %. La majorité des personnes accueillies en Belgique est originaire de Seine-Maritime et dans une moindre mesure de l'Eure,
- La part des places créées en ESMS par transformation/requalification en 2017 est de 9,44 % (indicateur CNSA).
- Pourcentage de personnes en « amendement Creton » sur le nombre de places en établissements PH enfants (extraction ANAP- Indicateur CNSA) : 8,5 %.
- Nécessité de développer des rapprochements entre l'ASE, le soin et le secteur du handicap pour mieux accompagner les enfants en situation de handicap relevant de l'aide sociale à l'enfance.
- Vieillesse des personnes en situation de handicap et de leurs proches aidants.
- Le taux d'équipement en IME Déficience intellectuelle pour 1 000 habitants de 0 à 20 ans est de 4,8‰ en Normandie et présente des écarts entre départements (Orne : 8,5‰, Seine-Maritime : 5,1‰, Calvados : 4,1‰, Manche : 4‰, Eure : 3,9‰)
- À noter, une disparité infra-territoriale de l'offre spécialisée de recours pour :
  - Les publics avec un trouble du spectre de l'autisme :
    - Taux équipement IME spécialisé ou disposant d'une section spécialisée pour 1000 habitants de 0 à 20 ans : Orne : 0,73‰, Seine-Maritime : 0,57‰, Manche : 0,31‰, Eure : 0,20‰, Calvados : 0,19‰, (Normandie : 0,34‰),
    - Taux équipement SESSAD pour 1 000 habitants de 0 à 20 ans : Orne : 0,47‰, Eure : 0,35‰, Manche : 0,28‰, Calvados : 0,17‰, Seine-Maritime : 0,16‰ (Normandie : 0,22‰),
    - Taux équipement MAS pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans : Normandie : 0,18‰, Seine-Maritime : 0,25‰, Eure : 0,23‰, Calvados : 0,09‰, Orne : 0,11‰, Manche : 0,06‰),
    - Taux équipement SAMSAH pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans : Seine-Maritime : 0,06‰, Eure 0,03‰ ; en cours de création 10 places de SAMSAH dans le Calvados et 8 places dans la Manche (Normandie : 0,03‰). Ces SAMSAH ont d'ores et déjà mis en place une fonction ressource.
  - Les publics en situation de handicap psychique :
    - Taux équipement SAMSAH pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans : Orne : 0,31‰, Seine-Maritime : 0,17‰, Eure : 0,17‰, Calvados : 0,14‰, Manche : 0,08‰ (Normandie : 0,16‰),
    - Taux équipement MAS pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans : Manche : 0‰, Orne : 0,23‰, Calvados : 0‰, Eure : 0,32‰, Seine-Maritime : 0,18‰ (Normandie : 0,15‰),
    - Taux équipement FAM pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans : Manche : 0,23‰, Orne : 0‰, Calvados : 0,20‰, Eure : 0‰, Seine-Maritime : 0,09‰ (Normandie : 0,11‰).
- À noter en cours de création 10 places de SAMSAH TSA dans le Calvados et 8 places dans la Manche.
- Besoin d'organiser des solutions aux besoins des enfants de 3 à 6 ans polyhandicapés, renforcer l'encadrement notamment en personnel paramédical et infirmier, pour permettre d'assurer une présence 24h/24 au sein d'établissements accueillant des enfants polyhandicapés (Établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) IME, IEM) et des adultes (notamment les MAS) identifiés.
- Déficit de réponses en établissements pour enfants et adolescents ouverts 365j/365.
- Nécessité de renforcer et structurer l'appui du sanitaire au médico-social en terme notamment d'équipes mobiles psychiatriques.
- Existence d'acteurs ressources sanitaires ou médico-sociales (centres ressources autisme, centres de références sur les troubles des apprentissages, filières traumatisés crâniens cérébro-lésés...) apportant un appui aux structures sanitaires, sociales ou médico-sociales, proposant des actions de sensibilisation-formation, fédérant des acteurs mais dont il s'agit de renforcer l'action afin d'améliorer le service rendu aux usagers et à leur entourage.

- Expérimentation de la démarche d'intégration de l'offre de services dans le champ de l'autisme en Seine-Maritime et dans l'Eure et dans le champ du handicap rare sur l'ensemble de la Normandie.

- Absentéisme préoccupant des professionnels en ESMS PH : 45,65 % des ESMS PH enfants (hors SESSAD) et 39,2 % des ESMS PH adultes (hors SAMSAH) enregistrent un absentéisme supérieur à 10 % (extraction ANAP 2016).

## RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9** Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10** Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11** Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°12** Accompagner les aidants
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°13** Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16** Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°23** Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°29** Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32** Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

### DÉVELOPPER DES RÉPONSES ADAPTÉES ET/OU INNOVANTES AUX BESOINS DES PUBLICS (NIVEAU 2 – RECOURS SPÉCIALISÉ) :

- En adaptant l'offre médico-sociale et sanitaire existante,
- En développant une offre de recours d'internat ouvert 365 jours par an en IME pour les enfants et adolescents sur les territoires déficitaires et dans le cadre d'une collaboration avec la psychiatrie,
- En identifiant une offre spécialisée de recours (notamment, augmenter la part des ESMS spécialisés autisme, handicap psychique, polyhandicap, handicap rare...),
- Par l'expérimentation de réponses innovantes pour mieux répondre aux besoins d'accompagnement des publics y compris pour les enfants en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance,
- Par la participation en tant que de besoin des établissements de santé et ESMS aux groupes opérationnels de synthèse mis en place dans le cadre du dispositif d'orientation permanent par les MDPH afin d'élaborer et mettre en œuvre un plan d'accompagnement global désignant un coordonnateur de parcours.

### AMÉLIORER LES SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX :

- Par la mutualisation des moyens et des ressources financières des établissements afin de recruter des professionnels de santé intervenants au sein de plusieurs établissements,
- Par le renforcement de l'encadrement, notamment en personnel paramédical et infirmier, permettant d'assurer notamment une présence 24H/24 au sein d'établissements accueillant des enfants polyhandicapés (Établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP), IME, IEM) et des adultes (notamment les MAS) identifiés,
- Par le développement d'interventions d'équipes sanitaires au sein des ESMS : équipes mobiles de psychiatrie, télémédecine et formations croisées sanitaires médico-sociales associant également les représentants des usagers et aidants,
- Lits d'hospitalisation de recours, notamment TED et articulés avec les soins somatiques.

### RÉDUIRE LE NOMBRE DE SITUATIONS SANS RÉPONSE ET NÉCESSITANT UN ACCOMPAGNEMENT :

- Par une meilleure anticipation et individualisation des parcours,
- Par l'optimisation des taux d'occupation des établissements médico-sociaux (indicateur CPOM),
- Par la formalisation de processus de dérogation ARS/CD/EN/Assurance Maladie/MDPH dans le cadre des travaux de la réponse accompagnée pour tous,
- Par la création de nouvelles places en ESMS par mesures nouvelles inscrites au PRIAC, transformation de l'offre et autres mesures sous réserves de dotations complémentaires allouées par le national.

### AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LES CONDITIONS D'ACCUEIL DU PUBLIC AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES ÉQUIPES :

- Par la nomination d'un référent, pour chaque usager accompagné au sein de chaque ESMS, responsable :
  - de la mise en œuvre du projet de vie élaboré de manière co-construite avec l'utilisateur et/ou son représentant légal,
  - de la coordination et de l'accompagnement au sein même de l'établissement,
  - de la communication avec la famille ou les aidants et les partenaires externes (indicateur CPOM).
- Par le développement de réflexions éthiques en s'appuyant sur l'espace éthique régional de Normandie,
- Par la définition et la mise en place de plans de formation pluriannuels adaptés à l'évolution des populations accueillies,
- Par la mise en place de plans d'actions concourant à la qualité et à la sécurité des soins : circuit du médicament, risques infectieux, nutrition...
- Par l'élaboration de plans d'actions qualité de vie au travail/prévention des risques psycho-sociaux,
- Par l'amélioration du bâti adapté au besoin du public et aux conditions de travail des équipes.

## CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

- Augmenter la part des places créées en ESMS par transformation/requalification : 20 % (indicateur CNSA annuel).
- Réduire de 20 % par an le nombre d'adultes maintenus en ESMS enfants au titre des « amendements Creton ».
- Structuration de trois nouvelles fonctions ressources sanitaires et médico-sociales en complément de l'action des centres ressources, de référence, équipes relai existantes par mesures nouvelles, redéploiement de moyens d'ores et déjà financés par l'ARS, notamment ceux des réseaux de santé, et l'identification des ressources existantes :
  - Une fonction ressource polyhandicap et traumatisme crânien lésion cérébrale,
  - Une fonction ressource déficience sensorielle,
  - Une fonction ressource handicap psychique dont les contours seront déterminés à l'issue des travaux PTSM.
- Adaptation de l'offre afin de proposer des solutions d'accompagnement pour les enfants de 3-6 ans polyhandicapés, notamment des accompagnements à temps partiels, via l'évolution des projets d'établissements enfants et par mesures nouvelles sous réserve de l'allocation d'une délégation de crédits complémentaires (travaux en cours dans le cadre du groupe de travail polyhandicap).
- Optimisation du fonctionnement des CAMPS/CMPP et accompagnement conforme aux recommandations de bonnes pratiques HAS et ANESM.
- Création de deux dispositifs expérimentaux dans le Calvados et la Seine-Maritime pour des enfants Infirmes moteurs et cérébraux (IMC) par mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021).
- Création de places d'IME 365 j/365 :
  - L'Orne et le Calvados par redéploiement de moyens,
  - La Seine-Maritime par mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021 – 8 places) et redéploiement de moyens.
- Expérimentation d'un projet commun conseil départemental / ARS, notamment dans le Calvados, afin de mieux accompagner les enfants en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance en lien également avec la psychiatrie.
- Identification d'une nouvelle offre TSA par renfort éventuel de moyens dans le cadre de la mise en œuvre de l'outil de l'évolution de l'offre (PRIAC 2017-2021) et redéploiement de moyens (CPOM) :
  - IME accompagnant ou en mesure d'accompagner des enfants avec TSA prioritairement dans l'Eure, le Calvados et la Manche,
  - SESSAD TSA prioritairement en Seine-Maritime, Calvados et Manche.
- Identification d'une nouvelle offre de MAS pour personnes en situation de handicap psychique dans le Calvados et l'Orne.
- Création de places de SAMSAH et solutions adaptées :
  - Pour personnes en situation de handicap psychique dans la Manche par fongibilité asymétrique et renfort de moyens du SAMSAH spécialisé dans l'Orne par redéploiement,
  - Pour personnes avec TSA : 7 places dans la Manche (PRIAC 2017-2021) et solutions adaptées sur la région sous réserves de mesures nouvelles dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme.
- Création de places de MAS (hébergement permanent) :
  - Pour personnes avec un TSA dans la Manche par fongibilité asymétrique et mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021 – 7 places) ; Calvados par mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021 – 6 places) et fongibilité asymétrique ; Seine-Maritime par mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021- 10 places),
  - Pour personnes polyhandicapées et handicap rare par redéploiement, transformation et mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021 – 39 places) dans le Calvados, la Manche et la Seine-Maritime,
  - Sur la zone déficitaire de Dieppe sous réserve de délégation d'autorisation d'engagement complémentaire.
- Création de places de FAM (hébergement permanent) dans la Manche dans le cadre de la finalisation du programme de création de places :
  - Pour personnes polyhandicapées (PRIAC 2017-2021 – 12 places),
  - Pour personnes en situation de handicap psychique (PRIAC 2017-2021 – 14 places),
  - Pour personnes avec autisme (PRIAC 2017-2021 – 16 places).

■ Renforcement de l'encadrement :

- Au sein d'établissements accueillant des enfants polyhandicapés (Établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP), IME, IEM) et des adultes (notamment les MAS) identifiés. Renfort en personnel paramédical et infirmier, permettant d'assurer notamment une présence 24H/24 – PRIAC 2017-2021,
- Au sein des établissements et services accueillant des personnes avec TSA dans le cadre de la mise en œuvre de l'outil d'amélioration de la qualité des accompagnements (PRIAC 2017-2021).

■ Développement d'équipes mobiles d'appui sanitaires (psychiatrie) vers le médico-social y compris pour les personnes présentant un TSA.

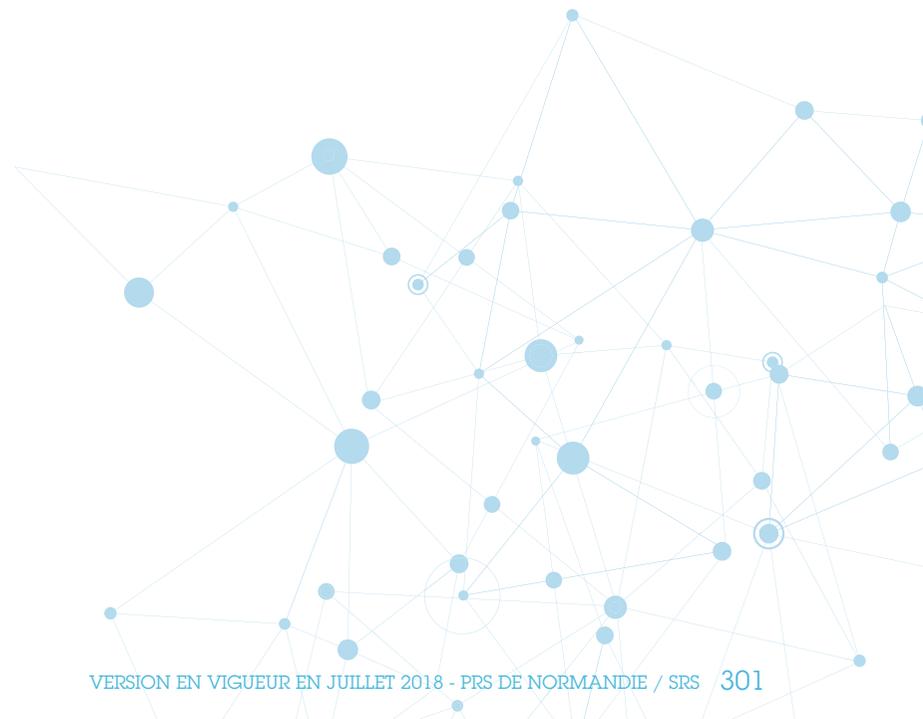
■ Identifier des unités d'hospitalisation TED.

■ Repérage de 100 % des personnes originaires de Normandie accueillies en Belgique afin de vérifier leur souhait de prise en charge et d'organiser, pour ce qui concerne l'ARS, et pour les personnes et leurs familles qui le souhaitent une réponse alternative mieux adaptée.

**LEVIER(S) MOBILISÉ(S)**

- CPOM
- PRIAC
- Appels à projets et à candidatures
- Fongibilité asymétrique





# REPÉRAGE / DÉPISTAGE / DIAGNOSTIC (ENFANTS ET ADULTES) ET INTERVENTIONS PRÉCOCES



## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Repérage et dépistage insuffisant des enfants présentant des troubles notamment du neuro-développement.
- Parcours d'adressage non clarifiés en cas de suspicion.
- Longs délais d'attente pour accéder au diagnostic, notamment TSA, engendrant la pose de diagnostic tardif et des retards dans la mise en œuvre de compensations. Le diagnostic cécité se fait dès la maternité mais le diagnostic malvoyance est plus tardif. La précocité du diagnostic est contrariée par l'insuffisance d'ophtalmologiste formé à la basse vision.
- Fréquence des dépistages et diagnostic tout au long de la vie pour les troubles acquis à améliorer.
- Montée en compétence des acteurs de première ligne en charge du diagnostic conforme aux RBPP à poursuivre.
- Une absence de gradation structurée de l'accès au diagnostic sur certains territoires.
- Lorsqu'un diagnostic est établi, des difficultés d'orientation vers les équipes susceptibles de mettre en œuvre et de coordonner les interventions précoces, interventions proposées insuffisamment intensives.
- Des familles insuffisamment considérées comme co-actrices et déficit d'accompagnement et de guidance parental.

## RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6</b>	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9</b>	Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10</b>	Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11</b>	Rendre l'usager acteur de sa santé
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°12</b>	Accompagner les aidants
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16</b>	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17</b>	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22</b>	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31</b>	Garantir la fluidité des parcours par la transformation
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32</b>	Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

### ORGANISER LE REPÉRAGE, LE DÉPISTAGE ET L'ACCÈS AU DIAGNOSTIC DE MANIÈRE FONCTIONNELLE, COORDONNÉE, ET GRADUÉE :

- Impliquer les familles dans le repérage d'une difficulté et la suspicion d'un trouble,
- Augmenter le nombre d'acteurs susceptibles de poser un diagnostic en lien avec la structuration de son accès gradué,
- Améliorer le repérage et le diagnostic des adultes. Accorder une attention particulière à la population féminine avec TSA ; les adultes en ESMS et ES non diagnostiqués; les personnes en situation de précarité,
- Identifier, sensibiliser et former les acteurs du repérage et du dépistage en s'appuyant sur les centres experts, ressources et de référence,
- Structurer l'accès gradué au diagnostic et à l'évaluation fonctionnelle suivant 3 niveaux de diagnostics dans le respect de la logique de subsidiarité :
  - Niveau 1 : diagnostic par tout professionnel de santé (« diagnostics simples »),
  - Niveau 2 : diagnostic par une équipe spécialisée disposant d'outils spécifiques,
  - Niveau 3 : diagnostic nécessitant expertise sur des situations « très complexes ».

### STRUCTURER ET RENFORCER LES INTERVENTIONS PRÉCOCES :

- Mettre en place une organisation fonctionnelle coordonnée permettant une continuité, voire une concomitance entre le repérage, le diagnostic et les interventions précoces,
- Identifier les structures médico-sociales et sanitaires (CAMSP, CMPP, CMP, HDJ, SESSAD, IME...) organisées en équipes coordonnées d'intervention précoces associant les familles (co-acteur) au projet et proposant des interventions en milieu ordinaire de vie (crèche, école...) et au domicile (guidance parentale),
- Faciliter l'accès aux équipes spécialisées dans les interventions précoces notamment hors notification de la MDPH,
- Former des professionnels aux techniques et méthodes d'interventions précoces conformes aux RBPP,

- Poursuivre le déploiement d'UEM y compris pour les enfants avec autisme dans le cadre de redéploiement de moyens (cf. « Développement de réponses inclusives »).

### AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS DÈS LE REPÉRAGE ET L'ÉVOCATION D'UN DIAGNOSTIC ET LES ASSOCIER AU PROJET PERSONNALISÉ D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOIN DE LEUR ENFANT :

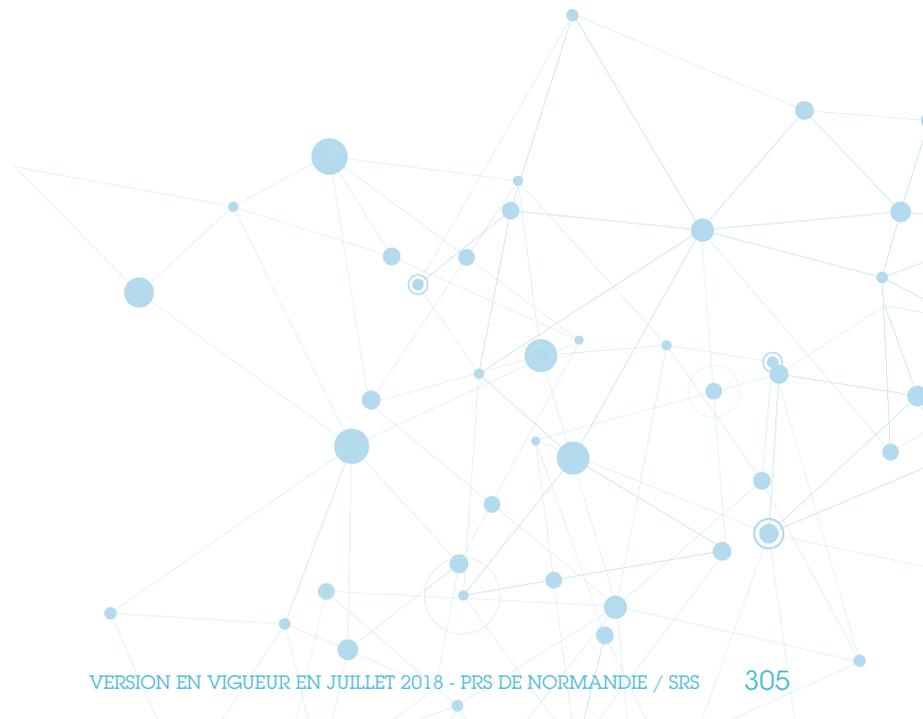
- Par la reconnaissance des parents comme des acteurs à part entière du parcours,
- Par la prise en compte de leurs compétences pour le repérage des difficultés, l'accompagnement, les remédiations, les adaptations de l'environnement,
- Par leur association dans le cadre de la procédure diagnostic,
- Par la mise en place de dispositifs d'annonce intégrant la remise d'un diagnostic écrit comprenant une synthèse des différents bilans réalisés, une évaluation fonctionnelle, des préconisations d'intervention ainsi que des informations sur leurs droits, les associations, les ressources locales, les troubles de l'enfant,
- Par le recueil du consentement éclairé des parents sur la prise en charge envisagée,
- Par la mise en place d'une guidance parentale tout au long du parcours de l'enfant qui repose sur trois types d'action : accompagner les parents vers une meilleure compréhension du fonctionnement de leur enfant et des techniques à mettre en place ; valoriser, renforcer et faire émerger les compétences éducatives parentales à mêmes de s'ajuster au handicap et de stimuler au plus près l'enfant ; favoriser des espaces de paroles (individuels ou collectifs) pour les membres de la famille (parents, fratrie, autres membres...) qui en expriment le souhait et le besoin.

## CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

- Consolidation des 3 niveaux de diagnostics TSA via :
  - L'identification et la formation des acteurs sanitaires et médico-sociaux de 1<sup>er</sup> niveau,
  - L'identification d'équipes de 2<sup>e</sup> niveau, sanitaires et médico-sociales, dans les départements 14, 50 et 61 en complément de celles identifiées en 76 et 27,
  - Recentrer les équipes de diagnostics enfants des CRA sur les situations complexes, notamment le CRABN, en lien avec l'identification des 2 premiers niveaux de diagnostics,
  - L'identification d'une équipe de diagnostic « adultes » rattachée au CRABN en complément de celle rattachée au CRAHN.
- Développement de réponses en termes d'interventions précoces TSA via :
  - La création d'équipes/platformes d'interventions précoces sanitaires et/ou médico-sociales autisme par mesures nouvelles dans la Manche et l'Orne (PRIAC 2017-2021) et adaptation de l'offre existante,
  - Poursuite de création d'UEM, notamment autisme (par redéploiement), et mesures nouvelles sous réserve d'allocation de crédits dans le cadre de la Stratégie nationale 2018-2020 pour l'autisme).
- Identification de 3 niveaux de diagnostics et d'accompagnement TSA en conformité avec le guide HAS (décembre 2017).

## LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- CPOM
- Appels à projets, appels à candidatures, labellisation
- PRIAC



# DÉVELOPPER DES RÉPONSES INCLUSIVES



## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

### ENFANTS ET ADOLESCENTS

- La part des services pour les enfants et adolescents représente au niveau régional 30,5 % de l'offre globale avec un écart de plus de 16 points entre départements (Manche : 38,5 %, Calvados : 33,5 %, Eure : 32,9 %, Seine-Maritime : 27,2 %, Orne : 24,2 %).

Ces données doivent être croisées avec les taux d'équipements pour 1 000 enfants de 0 à 20 ans notamment à l'échelle des départements :

- SESSAD (tout type de handicap) : 3,4 ‰ en Normandie, Orne : 4,7 ‰, Manche : 4,4 ‰, Calvados : 4,1 ‰, Seine-Maritime : 3,3 ‰, et Eure : 3,2 ‰.
- Établissements pour enfants (tous types de handicap) : 8,5 ‰ en Normandie, Orne : 14,6 ‰, Seine-Maritime : 8,8 ‰, Calvados : 8,1 ‰, Manche : 7,1 ‰, Eure : 6,5 ‰.
- À noter des inégalités infra-territoriales en termes d'hébergement temporaire, accueil de jour et accueil séquentiel.
- La part des élèves en situation de handicap dans le 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés en Normandie est de :
  - 2,5 % dans le 1<sup>er</sup> degré (France : 2,1 %) – Académie de Caen : 2,9 % et Académie de Rouen : 2,3 %
  - 2,1 % dans le 2<sup>nd</sup> degré (France : 2,3 %) – Académie de Caen : 2,4 % et Académie de Rouen : 1,9 %

Cette part a progressé en Normandie entre 2010 et 2017.

- Lancement du plan de transformation « Permettre à l'école de la République d'être pleinement inclusive ».
- La Normandie compte 58 unités d'enseignement externalisées (dont les unités d'enseignement en maternelle créées dans le cadre du 3<sup>e</sup> plan autisme) au sein des établissements médico-sociaux enfants. À ce jour, 3 départements (le Calvados, la Seine-Maritime et l'Eure) comptent un taux d'équipement en UEE ou UEM inférieur à 80%.
- 100 % des ITEP fonctionnent en « Dispositif ITEP ».
- 37,8 % des SESSAD accompagnent entre 1,3 et 1,8 enfant ou adolescent par place installée ; 60,8 % < 1,3 et 1,4 % > 1,8.

### ADULTES

- La part des places en AJ, HT, accueil séquentiel représente 20,4 % de l'offre globale adulte (médicalisée et non médicalisée) avec un écart de plus de 18 points entre départements (Seine-Maritime : 27,9 %, Manche : 21,6 %, Calvados : 20,4 %, Eure : 11,4 %, Orne : 9,8 %).
- La part des services adultes (SAVS, SAMSAH) sur l'offre d'hébergement adultes (foyers de vie, occupationnel et d'hébergement) est de 39,7 % en Normandie (Calvados : 47,4 %, Seine-Maritime : 44,1 %, Eure : 38,8 %, Orne : 33,7 %, Manche : 28,6 %).
- 20 % des SAMSAH accompagnent de 1,3 à 1,8 adultes par place installée, 25 % > 1,8 et 55 % < 1,3.
- Nécessité d'améliorer l'accès à l'habitat inclusif et au milieu ordinaire de travail des personnes en situation de handicap.

## RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6</b>	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9</b>	Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10</b>	Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11</b>	Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°12</b>	Accompagner les aidants
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16</b>	Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17</b>	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22</b>	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°29</b>	Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31</b>	Garantir la fluidité des parcours par la transformation
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32</b>	Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

### RENFORCER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIALE ET SANITAIRE EN MILIEU DE VIE ORDINAIRE :

- Par le développement de réponses souples, modulaires et coopératives en milieu de vie ordinaire et garantissant l'articulation entre les différentes prestations d'aides, de soins, d'accompagnement et d'inclusion dans la cité (ex. externalisation des prestations des ESMS dans les lieux de vie tel que le domicile, l'école, les structures de loisirs..., transformation des ESMS en plateforme de services et de ressources d'accompagnement des élèves en situation de handicap, l'expérimentation « d'IME hors les murs », de « DIME »- Dispositifs intégrés IME, le développement de l'accueil temporaire, séquentiel, d'urgence, de transition...).
- En permettant l'accès des personnes en situation de handicap vivant à domicile à des prestations mises en place par les établissements médico-sociaux (ex. accès aux salles multi sensorielles).
- Par le renfort de la part de l'offre de services de SESSAD par transformation de l'offre existante. Une priorité sera portée sur la création de places de SESSAD généralistes,

articulés avec les fonctions ressources, et de places de SESSAD TSA au regard des disparités territoriales (cf. fiche « accompagnement adapté en structures médico-sociales »).

- Par l'amélioration et l'optimisation des prestations des services médico-sociaux enfants et adultes :
  - Élaboration et diffusion de référentiels de bonnes pratiques favorisant également les articulations entre SESSAD, SAVS/SAMSAH, SAAD/SSIAD/SAVS/ SPASAD,
  - Par le passage d'une logique de place à une logique de réponse des SESSAD et SAMSAH se traduisant par l'accompagnement de 1,3 à 1,8 personnes (hors fonctions ressources) dans l'année pour une place autorisée (cible déterminée dans le CPOM).

### RENFORCER LA SCOLARISATION ET L'ACCÈS AUX ÉTUDES SUPÉRIEURES :

- En augmentant le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés (50 % d'ici 2020 et 80 % au terme du PRS).

- En externalisant les prestations des établissements médico-sociaux en faveur du virage inclusif et de la scolarisation en milieu de vie ordinaire et dès la petite enfance :
  - Poursuite de l'externalisation des unités d'enseignement y compris des unités d'enseignement en maternelle,
  - Développement de prestations « hors les murs » des établissements médico-sociaux et sanitaires dans les établissements scolaires et dans le lieu de vie de l'enfant en lien avec les parents (ex. crèche, école, domicile, centre de loisirs...).
- En organisant l'appui par les fonctions ressources sanitaires et médico-sociales aux professionnels de l'Éducation nationale (enseignants, professionnels de santé) via notamment des formations intersectorielles et pluridisciplinaires, la participation des ESMS aux pôles ressources des circonscriptions afin d'améliorer la prévention et les accompagnements.
- En favorisant la prise en compte des besoins spécifiques des publics (adaptations pédagogiques, orientation scolaire assouplie dans le cadre du DITEP, protocole de scolarisation dans le cadre du plan autisme, pôle éducatif jeunes sourds...) en lien avec les fonctions ressources.
- En améliorant la personnalisation des parcours via la co-construction des parcours avec l'élève et ses représentants légaux, l'étudiant dans le cadre des projets personnalisés de scolarisation et projets d'accompagnement personnalisé.
- En organisant des accompagnements médico-sociaux favorisant le maintien en formation initiale sous statut scolaire (dont apprentissage), l'accès aux formations qualifiantes notamment dans le cadre du déploiement du plan de création d'ULILS lycée.
- Par un accompagnement des SESSAD, SAMSAH et SAVS articulé avec les acteurs accompagnant les étudiants en situation de handicap.

### **STRUCTURER L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE ET SANITAIRE EN LIEN AVEC L'OFFRE SOCIALE, AFIN DE FAVORISER L'INSERTION PROFESSIONNELLE DANS UNE VISÉE INCLUSIVE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (DÈS 16 ANS) :**

- En structurant des pôles de compétences et de prestations pour l'insertion professionnelle intégrant tous les acteurs de l'insertion et des secteurs sociaux et médico sociaux que sont notamment : le Service public de l'emploi (Cap emploi, pôle emploi, missions locales, SAMETH...), les ESMS adultes (ESAT, SAMSAH, SAVS, articulation avec les GEM) les entreprises adaptées, les ESMS enfants/adolescents (IMPRO, ITEP, SESSAD), les acteurs de la formation professionnelle (ex. AFPA, CRP, chantiers d'insertion...), les employeurs publics et privés... afin de diversifier les trajectoires professionnelles par :
  - Un meilleur accompagnement des transitions éducation/emploi en privilégiant tant que possible l'accès au milieu ordinaire (renforcement de l'évaluation, travail sur les trajectoires, élargissement de l'offre d'accompagnement, mobilisation accrue de l'alternance et des outils mobilisables tels que la reconnaissance des acquis, la formation, les mises en situation professionnelles et les mises à disposition auprès des entreprises adaptées ou le milieu ordinaire de travail...),
  - Le développement des passerelles entre milieu d'insertion protégé/adapté/ordinaire.
  - La structuration d'un accompagnement visant le maintien dans l'emploi.
  - L'accompagnement adapté et intégré de publics confrontés à des difficultés spécifiques via la mutualisation et l'optimisation de l'offre existante : jeunes et seniors handicapés, personnes en situation de handicap psychique, de troubles du spectre de l'autisme, personnes traumatisées crâniennes cérébrolésées... en lien avec les fonctions ressources. Pour les personnes en situation de handicap psychique, contribution de l'offre de réhabilitation psychosociale à l'évaluation pour construire le projet professionnel.
  - Le rapprochement des projets de services du secteur enfance et adultes afin de développer l'autonomie et engager au plus tôt, dans le processus de formation, des parcours professionnalisants voire qualifiants.
  - La mise à disposition des charges d'insertion au fonctionnement des pôles.
  - Le renforcement et le partage des plateaux techniques, entre structures et entre les âges, et la mutualisation de terrains de stage pour élargir les choix professionnels.
  - Le renforcement de la sensibilisation et de l'accompagnement des employeurs et des collaborateurs.
  - La mobilisation de l'ensemble des prestations de droit commun et le développement du dispositif emploi accompagné par mesures nouvelles (dans la limite des crédits alloués par le national).
- En favorisant l'adaptation de l'offre existante pour répondre aux spécificités des handicaps, notamment du handicap psychique et des TSA.
- En optimisant le taux d'occupation des ESAT et en favorisant les temps partiels et séquentiels en passant d'une logique de places à une logique d'effectifs réels mobilisés.

- En restructurant les ESAT pour soutenir la politique inclusive par notamment :
  - le développement d'accompagnements externalisés tels que le dispositif «ESAT hors les murs»,
  - le nombre de sorties d'ESAT en milieu ordinaire ou adapté de travail. Une cible comprise entre 4 à 5 % des effectifs sera fixée dans le cadre des CPOM (indicateur CPOM).
- En diversifiant l'offre de réadaptation professionnelle et les modalités de mise en œuvre des prestations en lien avec le conseil régional et notamment :
  - Ajuster la répartition de l'offre territoriale afin de mieux répondre aux besoins,
  - Développer les interventions hors les murs des CRP pour mieux répondre en proximité et favoriser l'accès au droit commun.

### CONTRIBUER AU DÉVELOPPEMENT D'UNE RÉPONSE D'HABITAT INCLUSIF POUR LES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP :

- Par l'externalisation des prestations des établissements médico-sociaux médicalisés.

- Par une programmation partagée de l'offre de logement avec les bailleurs, EPCI, DREAL, de l'accompagnement avec les départements et les DRDJSCS/DDCS et l'accompagnement de dispositifs innovants.
- Par la sensibilisation des acteurs du logement à l'adaptation du logement aux spécificités du handicap et du vieillissement.
- Par le développement et les usages des applications mobiles (domotique).

### AMÉLIORER LES CONDITIONS DE VIE, L'INCLUSION SOCIALE ET CITOYENNE :

- Par le développement de l'accès aux loisirs : sport, culture... dans le cadre des projets d'établissements.
- Par la création de nouveaux groupes d'entraide mutuelle.
- Par un accès facilité aux transports.
- En luttant contre la stigmatisation.

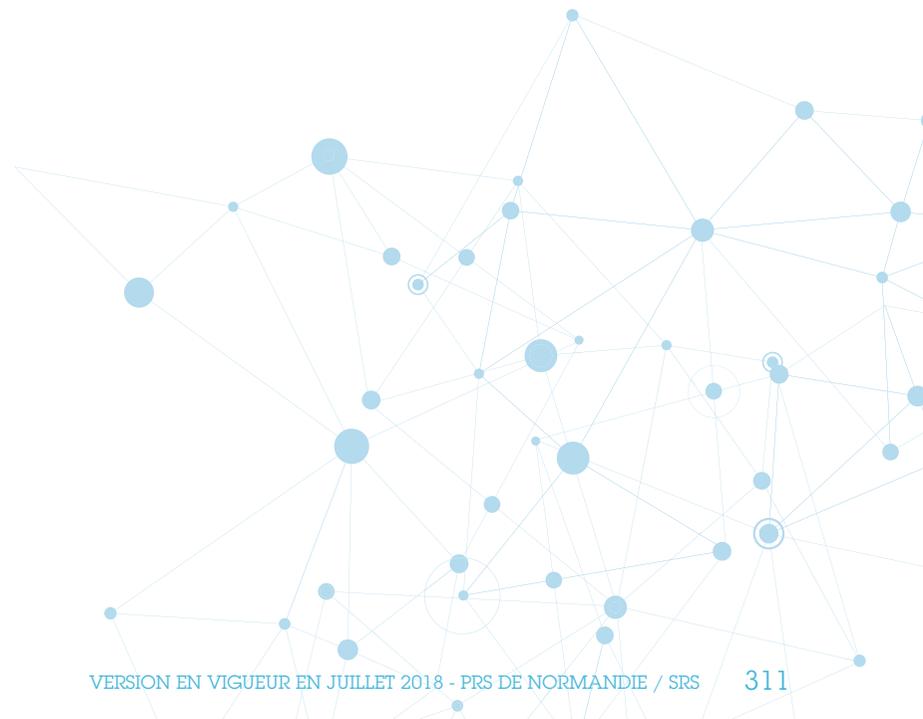


## CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

- Augmentation de la part des services : 50 % de l'offre totale via :
  - Notamment l'augmentation de la part de SESSAD créés par transformation de l'offre existante,
  - Mais également externalisation des prestations des établissements en milieu ordinaire de vie (non quantifiable en places – indicateur à définir ex. montant consacré à des prestations exercées en milieu de vie ordinaire défini dans le CPOM).
- Par le passage d'une logique de place à une logique de réponse des SESSAD et SAMSAH de 1,3 à 1,8 personnes (hors fonctions ressources) dans l'année pour une place autorisée (cible déterminée dans le CPOM).
- Externalisation des unités d'enseignement – cible : 80 % des IME, IEM et ITEP doivent disposer d'au moins une UEE et/ou UEM et/ou d'un dispositif innovant d'inclusion scolaire.
- Augmentation du taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés : 50 % d'ici à 2020 et 80 % au terme du PRS.
- 100 % des nouveaux dispositifs médico-sociaux autorisés (par appels à projets ou transformation de l'offre) devront comporter une offre majoritairement orientée vers l'école ordinaire.
- Expérimentation et déploiement d'unités d'enseignement élémentaire sous réserve de mesures nouvelles dans le cadre de la Stratégie nationale 2018-2020 pour l'autisme et cahier des charges national.
- Maintien de la cible des ITEP fonctionnant en « Dispositif ITEP » et optimisation du fonctionnement – remplissage des indicateurs prévus par la convention régionale relative au dispositif intégré et détermination d'indicateurs d'activité dans le cadre du CPOM.
- Création d'au moins 6 « ESAT de transition » de niveau 2 pour personnes en situation de handicap psychique par l'adaptation de l'offre.
- Installation d'au moins 6 pôles de compétences et prestations en faveur de l'insertion professionnelle.
- Renfort des moyens du dispositif Emploi accompagné en lien notamment avec la Stratégie nationale 2018-2020 pour l'autisme.
- Optimisation des taux d'occupation des ESAT (indicateur CPOM) et des sorties en milieu ordinaire ou adapté de travail (indicateur CPOM fixé dans une fourchette de 4 à 5 % de l'effectif total/an).
- Développement de réponse d'hébergement temporaire et d'accueil de jour en FAM/MAS, d'accueil séquentiel, d'urgence enfants et adultes par adaptation, transformation de l'offre et mesures nouvelles (PRIAC 2017- 2021- 13 places adultes dans le Calvados, la Manche, l'Eure et la Seine-Maritime ; 2 places enfants ouvertes 365 jours par an dans le Calvados).
- Renfort des moyens des PCPE par mesures nouvelles (PRIAC), ou mobilisation de crédits FIR sous réserve de crédits disponibles.
- Poursuite du déploiement des structures d'habitat inclusif en lien notamment avec la Stratégie nationale 2018-2020 pour l'autisme ( une structure par département sous réserve de crédits nationaux - forfait habitat de 60k€ par dispositif).

## LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- CPOM
- Appels à projets et à candidature
- PRIAC



# PAIR AIDANCE, SOUTIEN, GUIDANCE ET ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS



## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Une personne sur 10 de 16 ans ou plus aide de façon régulière et à domicile une ou plusieurs personnes de son entourage pour des raisons de santé, en perte d'autonomie ou en situation de handicap (DREES).
- 88 % des aidants disent ressentir une charge lourde, éprouver un sentiment de solitude et 75 % se sentent anxieux, stressés ou surmenés (INSEE).
- Manque de reconnaissance et déficit d'évaluation et de prise en compte des besoins spécifiques des aidants.
- Difficulté de conciliation entre vie familiale et professionnelle et insuffisante prise en compte des enjeux de parentalité.
- Vieillesse des personnes handicapées à domicile et vieillissement des aidants familiaux.
- Offre de répit incomplète (mobilisation du répit en établissement, création récente en Normandie d'une offre de répit pour les aidants des personnes avec un trouble du spectre de l'autisme, lisibilité à améliorer).

## RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

**OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11** Rendre l'utilisateur acteur de sa santé

**OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 12** Accompagner les aidants

**OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

### SOUTENIR LES AIDANTS

### RECONNAÎTRE L'EXPERTISE D'USAGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DES AIDANTS

### RENFORCER LA PAIR AIDANCE ENTRE PERSONNES :

- Par la consolidation des GEM et leurs missions en conformité avec le cahier des charges national,
- En permettant l'accès à des formations de pairs accompagnants.

## CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

### ■ Adaptation de l'offre afin de créer des plateformes de répit :

- Renfort de l'offre de répit existante par mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021) et adaptation de l'offre (mobilisation des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour),
- Ouverture à tout aidant de personnes en situation de handicap par mesures nouvelles.

### ■ Création de GEM :

- 1 GEM à Lisieux pour personnes en situation de handicap psychique en 2017,
- 1 GEM à Rouen pour personnes traumatisées crâniennes cérébro-lésées en 2018,
- 1 GEM à Elbeuf pour personnes en situation de handicap psychique en 2019.

Et création d'au moins 5 GEM pour personnes en situation de handicap psychique et traumatisées crâniennes cérébro-lésées, supplémentaires sous réserve de délégation de crédits complémentaires alloués par le national et un GEM dédié à l'autisme par département sous réserve de mesures nouvelles.

## LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- CPOM
- Réflexion dans le cadre de la RAPT en lien avec la commission des droits des usagers et la CNH
- Conventions avec les GEM
- AAP, AAC

# MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES



## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Une augmentation du nombre de personnes de plus de 75 ans, considérées comme potentiellement fragiles, dans tous les territoires, avec une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans plus marquée dans la Manche, l'Orne et dans des territoires infra départementaux comme l'est de la Seine-Maritime notamment Gournay en Bray et le Deauvillais dans le Calvados,
- Une augmentation de la prévalence des syndromes démentiels (la prévalence augmente avec l'âge, elle passe de 5 % chez les plus de 65 ans à 20 % chez ceux de + de 80 ans),
- Une animation territoriale favorisant l'évolution de l'offre et des services en faveur du maintien à domicile, avec le déploiement des MAIA,
- Un vieillissement des aidants familiaux,
- Un déficit de professionnels de premier recours,
- Un maillage territorial complet des services d'aide et de soins infirmiers à domicile (130 SSIAD dont 18 SPASAD expérimentaux) mais des taux d'équipement qui varient selon les départements,
- Une hétérogénéité des pratiques professionnelles des SSIAD : manque de coordination/collaboration avec les partenaires, critères d'inclusion non harmonisés et d'exclusion non recevables, manque de turn-over, constat d'un nombre de personnes accompagnées par place très hétérogène (de 1,9 dans le Calvados à 3,6 en Seine-Maritime),
- SSIAD : plus de 26 % des SSIAD accompagnent plus de 3,1 personnes par place installée,
- Un déploiement d'expérimentations de temps de psychologue à hauteur de 4 ETP répartis sur les 5 départements et des SPASAD intégrés (18 en région déployés dans le cadre de CPOM signés en 2017),
- Un maillage de la région en équipes spécialisées Alzheimer (25 ESA, soit 250 places), extension de places programmées en ex Basse-Normandie,
- Des équipes mobiles d'évaluation à domicile déployées principalement en ex Haute-Normandie (expérimentation EMED : Gisors, Bernay, Évreux, Elbeuf, Le Havre, Rouen, Fécamp, expérimentation PAERPA dans le territoire du Bessin Pré-Bocage),
- Une offre de services de répit inégalement répartie à l'échelle de la région et des départements (hébergement temporaire, accueil d'urgence, de jour, de nuit, balluchonnage/relayage...),
- Prévalence de la dénutrition estimée en institution entre 15 et 38 % (traité de nutrition de la personne âgée 2009),
- Une offre de prévention encore insuffisamment développée.

## RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°5** Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11** Rendre l'usager acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°12** Accompagner les aidants
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16** Garantir à l'usager l'accès à une offre en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°23** Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°29** Contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32** Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

### RENFORCER LA DÉMARCHE D'INTÉGRATION AFIN DE FAIRE ÉVOLUER L'OFFRE DE SERVICES ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, MOBILISER L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS INTERVENANT AUPRÈS DE LA PERSONNE ÂGÉE À DOMICILE

- Par le renforcement du rôle des pilotes MAIA (méthode d'intégration) en tant qu'animateur de l'évolution de l'offre et des pratiques,
- Par la mise en cohérence des dispositifs de coordination autour de la personne âgée via la mise en place dans chaque territoire MAIA des guichets intégrés : services sociaux départementaux : CLIC/gestion de cas articulés avec les PTA.

### FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS (cf. objectif spécifique 16 / conséquence sur les acteurs « offre de soins de premier et de deuxième recours »)

#### ORGANISER LES ÉVALUATIONS MULTIDIMENSIONNELLES À DOMICILE

- Engarantissant le recours, dans chaque territoire MAIA, à une évaluation multidimensionnelle à domicile (expertise gériatrique) intervenant en complémentarité avec les professionnels du premier recours et les professionnels du médico-social et du social,

- Par le développement des articulations entre les intervenants à domicile (SSIAD/SPASAD, équipe mobiles d'évaluation) et les équipes mobiles sanitaires (gériatrique, soins palliatifs, psychiatrique).

### RENFORCER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL ET SANITAIRE À DOMICILE (SSIAD/SPASAD/HAD)

- Par la diffusion du référentiel de bonnes pratiques en SSIAD/SPASAD, enjeu d'articulation entre SAAD/SSIAD/SPASAD/IDEL/HAD facilitant les relais,
- Par de la souplesse et des dérogations au niveau des territoires d'intervention SSIAD,
- Par le décloisonnement des SSIAD/SPASAD et des établissements de santé,
- Par la formation aux spécificités des MND, des personnes en grande précarité, en situation de handicap et de polyhandicap.

**STRUCTURER, DIVERSIFIER, OPTIMISER L'OFFRE DE SERVICES CONTRIBUANT AU MAINTIEN À DOMICILE : ACCUEIL DE JOUR, HÉBERGEMENT TEMPORAIRE, SSIAD NUIT, EHPAD HORS LES MURS...**

- Par une transformation de l'offre en tenant compte des caractéristiques en termes d'équipements de chaque territoire MAIA, une offre de services complète et efficiente (hébergement temporaire, hébergement temporaire d'urgences, accueil de nuit, accueil de jour...),
- Par la montée en compétence des professionnels des ESMS avec l'appui des centres experts et centres ressources.

**RENFORCER LE SOUTIEN DES AIDANTS (repérage, informations, dispositifs de répit) (cf. objectifs spécifiques 11 – 12 – 29)**

**METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ (cf. objectifs spécifiques 5 -16)**

**AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LES CONDITIONS D'ACCUEIL DU PUBLIC AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES ÉQUIPES**

- Par le développement de réflexions éthiques en s'appuyant sur l'espace éthique régional normand,
- Par la définition et la mise en place de plans de formation pluriannuels adaptés à l'évolution des populations accueillies : maladies neurodégénératives, soins palliatifs et au handicap notamment le polyhandicap,
- Par la mise en place de plans d'actions concourants à la qualité et à la sécurité des soins : circuit du médicament, risques infectieux, nutrition...
- Par l'élaboration de plans d'actions qualité de vie au travail / prévention des risques psycho-sociaux.

**CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS**

**GARANTIR LE RECOURS À DES ÉVALUATIONS MULTIDIMENSIONNELLES, MÉDICO-PSYCHOSOCIALES INCLUANT DES ÉVALUATIONS GÉRONTOLOGIQUES STANDARDISÉES À DOMICILE ASSURÉES PAR DES DISPOSITIFS DE TYPE EMED SUR TOUS LES TERRITOIRES MAIA :** (organisation et partenariat à ajuster selon les territoires)

Territoires ciblés : l'Orne, la Manche, le Calvados (hors Bessin-Prébocage), et la Seine-Maritime (Pays de Bray)

**RENFORCER, OPTIMISER ET DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICES SUR CHAQUE TERRITOIRE MAIA :**

- Augmenter la part de services dans les départements qui disposent d'un taux d'équipement en hébergement permanent (HP) plus élevé par rapport à la moyenne régionale et nationale permettant de créer de l'offre de services (AJ, HT, SSIAD) par transformation : Orne, Calvados et Eure.

■ Concernant les accueils de jour :

- taux d'occupation entre 70% et 80%,
- 260 jours d'ouverture/an pour une place soit une activité minimum de 208 jours/an/place,
- un projet de service intégrant la prévention, des prestations pour les aidants,
- En cas de sous activité récurrente, l'offre pourra faire l'objet de transformation,
- Regroupement des AJ qui n'atteignent pas le seuil réglementaire, création par transformation et/ou mesure nouvelle sous réserve de nouvelles autorisations d'engagement réservées pour réduire les inégalités territoriales,
- Finalisation des installations inscrites au PRIAC 2017/2021 : Manche 11 places.

■ Concernant l'hébergement temporaire :

- taux d'occupation entre 70 % et 75 %,
- durée maximum de séjour de 90 jours/an,
- En cas de sous-activité récurrente, l'offre pourra faire l'objet de transformation, en privilégiant l'urgence,
- Création par transformation et/ou mesure nouvelle sous réserve de nouvelles autorisations d'engagement. Ces dernières seront mobilisées pour réduire les inégalités territoriales,
- Projet de service orienté vers le domicile et intégrant l'évaluation et la prévention,
- Finalisation des installations inscrites au PRIAC 2017/2021 : Manche (13 places), Eure (3 places).

■ Concernant les SSIAD/ESA :

- Passer d'une logique de place à une logique de file active (2,8 à 3,1) cible à déterminer dans les CPOM,
- Renforcer l'offre par d'éventuelles mesures nouvelles notifiées ou par redéploiement de crédits de places d'HP dans les territoires où l'équipement d'HP est supérieur à la moyenne régionale et l'équipement en SSIAD inférieur à la moyenne régionale,
- Finalisation des installations inscrites au PRIAC 2017/2021 : Eure (6 places), Ex Basse-Normandie (20 places d'ESA).

■ Concernant les plateformes de répit (PFR) :

- Création de PFR par mesures nouvelles sous réserve de délégation de crédits et/ou par transformation de l'offre sanitaire et médico-sociale pour équiper chaque territoire MAIA,
- Territoires ciblés : sud Manche, centre Orne, Vexin Seine Normandie (Eure), Caen-Couronne et Falaise Bocage (Calvados), Dieppe (Seine Maritime).

**LEVIER(S) MOBILISÉ(S)**

- CPOM
- PRIAC
- Appel à candidature
- Fongibilité asymétrique

# ACCOMPAGNEMENTS ADAPTÉS À L'ÉVOLUTION DES POPULATIONS ACCUEILLIES EN EHPAD (HÉBERGEMENT PERMANENT)



## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Une augmentation du nombre de personnes de plus de 75 ans, considérées comme potentiellement fragiles, dans tous les territoires avec une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans plus marquée dans la Manche, l'Orne et dans des territoires infra départementaux comme l'Est de la Seine-Maritime notamment, Gournay en Bray, ou le Deauvillais dans le Calvados.
- Une augmentation de la prévalence des syndromes démentiels : la prévalence augmente avec l'âge, elle passe de 5 % chez les plus de 65 ans à 20 % chez ceux de plus de 80 ans.
- Un taux d'équipement en places d'hébergement permanent en EHPAD supérieur à la moyenne nationale (111,01 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, France : 100,4 au 1<sup>er</sup> janvier 2015) mais des disparités entre les départements : la Seine-Maritime, la Manche et l'Eure sont moins équipés.
- Taux de chambres non individuelles en EHPAD : 21 % des EHPAD ont un taux de chambre à plusieurs lits supérieur à 10 %. 7,2 % des chambres en EHPAD sont des chambres à plusieurs lits (données ANAP).
- Une déclinaison du Plan national maladies neurodégénératives (PNMD) entraînant un déploiement de structures spécifiques pour les personnes présentant des troubles du comportement de type PASA, UHR.
- Taux d'absentéisme en EHPAD (données ANAP) : 42,21 % des EHPAD enregistrent un taux d'absentéisme supérieur à 10 %, avec des disparités très marquées entre les départements.
- Des interventions des équipes mobiles (gériatriques, psychiatriques, soins palliatifs) dans les ESMS inégalement développées suivant les territoires.
- Une sous-utilisation de la télémédecine par les professionnels.

## RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°5** Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10** Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11** Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°12** Accompagner les aidants
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16** Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°23** Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage de compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32** Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

### ADAPTER L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE ET SANITAIRE DE PROXIMITÉ AUX BESOINS DES TERRITOIRES

- Restructurer et ouvrir les EHPAD pour non seulement couvrir les besoins d'hébergement mais également appuyer le maintien à domicile (concept de plateformes territoriales de services),
- Recomposer l'offre en favorisant des regroupements pour atteindre des organisations viables,
- Adapter les formations initiales et continues des professionnels des EHPAD à l'évolution des populations accueillies, en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques HAS,
- Sécuriser les prises en charge de nuit et prévenir les hospitalisations inappropriées : expérimentation IDE de nuit, rechercher des modalités adaptées à la réalité des territoires (mutualisation et coopération entre offreurs de services),
- Améliorer le maillage des PASA et UHR (structures en faveur des malades présentant des maladies neurodégénératives),
- Réaffirmer la place des usagers-experts lors des formations pour les ESMS et ES.

### DÉVELOPPER DES RÉPONSES ADAPTÉES, INNOVANTES FACILITANT LE RECOURS À DES PRESTATIONS SANITAIRES

- Par la labellisation de filières de soins gériatriques complètes intégrant toutes les structures gériatriques et organisant le parcours de soins (court séjour gériatrique, équipe mobile gériatrique, SSR spécialisé, unité cognitivo-comportementale, consultations spécialisées, USLD),

- Par le développement des articulations entre les UCC, les UHR, les EHPAD,
- Par le renforcement des liens avec les services de psychiatrie,
- Par l'expérimentation de la mise en œuvre d'EHPAD ressource en lien avec les centres experts notamment Parkinson,
- Par la généralisation dans la pratique quotidienne de l'usage de la télémédecine,
- Par le partage sécurisé des données médicales entre les professionnels de santé en développant l'inter opérationnalité des systèmes d'information et les dossiers médicaux partagés.

### METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ (cf. objectifs spécifiques 5, 16, 21)

### AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LES CONDITIONS D'ACCUEIL DU PUBLIC AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES ÉQUIPES

- Par la définition et la mise en place de plans de formation pluriannuels adaptés à l'évolution des populations accueillies,
- Par l'élaboration de plans d'actions qualité de vie au travail/prévention des risques psycho-sociaux,
- Par l'amélioration du bâti adapté au besoin du public et aux conditions de travail des équipes.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

### ■ Concernant les EHPAD (hébergement permanent) :

- Renforcer les EHPAD de moins de 60 lits via des regroupements et/ou création de places par mesures nouvelles et sous réserve de nouvelles délégations de crédits pour les seuls départements moins équipés en places d'hébergement permanent,
- Territoires ciblés pour l'octroi de mesures nouvelles : Seine-Maritime, Manche et Eure,
- Finalisation des installations prévues au PRIAC 2017-2021 : Manche (19 places), Calvados (10 places), Seine-Maritime (28 places), Eure (8 places).

### ■ Concernant les infirmiers de nuit :

- Optimiser la prise en charge la nuit (anticipation, protocoles pour sécuriser les prises en charge la nuit),
- Organiser le recours à une réponse infirmière adaptée dans les EHPAD la nuit, selon les ressources et les organisations de chaque territoire, prise en compte des expérimentations en cours.

### ■ Concernant les Pôles d'activités et soins adaptés (PASA) :

- Poursuivre le développement des PASA dans les EHPAD de plus de 100 lits par transformation de l'offre sanitaire et médico-sociale et/ou par mesures nouvelles et sous réserve de nouvelles délégations de crédits : 15 PASA pour le Calvados dont 3 inscrits au PRIAC 2017-2021, 10 pour l'Eure dont 1 au PRIAC 2017-2021,

7 pour la Manche, 11 pour l'Orne, 18 pour la Seine-Maritime.

### ■ Concernant les Unités d'hébergement renforcées (UHR) :

- Poursuivre le maillage territorial des UHR médico-sociales dans chaque territoire MAIA par transformation de l'offre et/ou mesures nouvelles PMND et sous réserve de nouvelles délégations de crédits, garantir le recours à une UHR dans chaque territoire MAIA,
- Territoires ciblés : Calvados : 2 (Bessin / Pré-Bocage, Falaise Bocage), Orne : 2 (Orne-Est, Bocage ornais), Seine-Maritime : 1 (Pays de Bray) Eure : 1 UHR inscrite au PRIAC 2017/2021 (territoire Côte Fleurie et Pont-Audemer).

### ■ Renforcer l'appui par les ES aux EHPAD à organiser dans le cadre du recours spécialisé :

- Généraliser le recours à la télémédecine, convention de coopération EHPAD / Établissements de santé pour chaque EHPAD.

### ■ Qualité / Efficience :

- Accompagner dans le cadre du PAI les projets de modernisation des EHPAD qui comportent une proportion encore importante de chambres doubles dans le cadre d'une programmation concertée avec les Départements.

## LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- CPOM
- PRIAC
- Appels à projets et à candidature
- Fongibilité asymétrique

## PERSONNES EN DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES : ESMS « PRÉCARITÉ »

**Avertissement :** les objectifs concernant les structures médico-sociales d'addictologie (qui relèvent de l'ONDAM «personnes en difficultés spécifiques»), ont été présentés dans la partie II.1 à l'item «prévention et réduction des pratiques addictives» du fait de l'intégration des enjeux et des acteurs des champs «prévention» et «médico-social».



### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Au sein du champ médico-social, le secteur dit des « personnes en difficultés spécifiques » fait l'objet d'un ONDAM (Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie) propre, dont relèvent des établissements proposant un accompagnement médico-social destiné aux personnes en situation de précarité, prioritairement aux usagers du dispositif Accueil, hébergement, insertion (AHI) :

- Les Lits halte soins santé (LHSS),
- Les Lits d'accueil médicalisés (LAM),
- Les Appartements de coordination thérapeutique (ACT).

Leur activité s'inscrit dans la stratégie régionale d'accès à la santé des personnes en situation de précarité qui privilégie l'accès aux dispositifs de droit commun, tant pour des raisons éthiques (non stigmatisation, non-discrimination) que par souci d'efficacité. Le recours à ces établissements, en tant que dispositifs spécifiques, répond aux risques de rupture dans les accompagnements de droit commun mobilisés pour le parcours de vie et de santé des personnes précaires.

Ils ont alors pour mission de :

- Répondre à la multiplicité et à l'intrication des problématiques sanitaires et sociales qui caractérisent les situations complexes que vivent les personnes en situation de précarité,
- Lever les obstacles à la mobilisation des dispositifs (sociaux et de santé) de droit commun grâce à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire médico-sociale,
- Mettre en relation les acteurs des dispositifs de santé et des dispositifs sociaux, afin de permettre la coordination des différents accompagnements (permettant ainsi une prise en charge globale).

La région Normandie comptait, au 1er janvier 2017 :

- 71 places de LHSS : 9 dans le Calvados (Caen), 10 dans l'Eure (Evreux, Louviers), 9 dans la Manche (Cherbourg-en-Cotentin), 9 dans l'Orne (Alençon, L'Aigle, Flers), 34 en Seine-Maritime (Rouen, Grémonville, Dieppe, Le Havre, Elbeuf),
- 0 place de LAM,
- 69 places d'ACT : 24 dans le Calvados (Caen), 15 places dans l'Eure (Evreux, Louviers, Vernon, Verneuil), 30 places en Seine-Maritime (Rouen, Le Havre, Dieppe, Elbeuf), 0 dans la Manche, 0 dans l'Orne.

Pour répondre aux enjeux régionaux, l'offre médico-sociale des établissements pour personnes en difficultés spécifiques doit répondre à deux objectifs principaux :

- La mobilisation de ces établissements dans les parcours de vie et de santé des personnes en situation de précarité (voir le PRAPS et notamment l'objectif « Accès aux accompagnements médico-sociaux »),
- Face au besoin de proximité et au constat des déséquilibres régionaux, la structuration d'une offre territorialisée, répartie au regard des indicateurs sanitaires et sociaux, harmonisée quant aux prestations délivrées.

## RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

**OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10** Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables

### OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

**POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET POUR S'INSCRIRE DANS LES PARTENARIATS INDISPENSABLES AU SOUTIEN DE LEUR PARCOURS DE VIE ET SANTÉ, IL EST NÉCESSAIRE DE DÉVELOPPER UNE OFFRE DE PROXIMITÉ PAR :**

- Le renforcement du nombre de places (respectant l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales),
- Le renforcement de la capacité de ces dispositifs et de leurs professionnels à participer à la construction des parcours de santé (expertise, partenariats, intervention « hors les murs »...).

**RÉSORBER LES DÉSÉQUILIBRES D'IMPLANTATION EN STRUCTURANT UNE OFFRE TERRITORIALISÉE, RÉPARTIE AU REGARD DES INDICATEURS SANITAIRES ET SOCIAUX.**

Les opérations de création dépendent entièrement du nombre de places accordées dans le cadre de l'allocation de ressource nationale. Celle-ci est annuelle et il n'existe pas de programmation permettant une visibilité pluriannuelle. Les objectifs régionaux sont intégrés dans le PRAPS. Ils ont été établis sur la base des documents suivants, élaborés en 2017 par l'ARS Normandie, présentés à la CSAMS (Commission Spécialisée pour les prises en charge et Accompagnements Médico-Sociaux) :

- La stratégie régionale d'accès des personnes en situation de précarité aux accompagnements médico-sociaux,
- Le cadre régional d'allocation de ressources pour les établissements médico-sociaux pour personnes en difficultés spécifiques.

**ÉLARGIR LES MODALITÉS D'INTERVENTION POUR CONFORTER LE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ :**

- Au-delà des prestations prévues dans les cahiers des charges nationaux pour la gestion des places de chaque dispositif, l'objectif est de valoriser l'expertise et les savoir-faire des opérateurs pour être un acteur ressource sur les problématiques « santé / précarité » auprès des partenaires de la santé et du social du territoire :
  - Dans le cadre d'un partenariat entre ESMS pour personnes en difficultés spécifiques (ACT, LHSS, LAM) : objectif de formalisation de ce partenariat à l'échelle du territoire,
  - En participant activement aux instances d'évaluation et de coordination des champs de la santé et du social.
- Il s'agit également de structurer des organisations et de développer des pratiques professionnelles permettant :
  - D'offrir une réponse individualisée, notamment face aux situations les plus complexes (adaptation des projets d'établissement, synergies entre structures, mutualisation de moyens, accompagnement de la fin de vie...),
  - De développer des prestations « hors les murs », notamment auprès des professionnels et des usagers des structures partenaires du dispositif AHI : expérimentation du dispositif « ACT domicile », mobilisation des professionnels des LHSS auprès des personnes hébergées en CHRS,

De cette manière, les établissements médico-sociaux pour personnes en difficultés spécifiques pourront s'adapter aux besoins et aux spécificités des territoires. Ils disposeront en cela d'une capacité d'innovation dans la définition des modalités d'organisation et de prise en charge.

## CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

### ■ Pour les ACT :

- Par création, couverture des départements non pourvus en ACT (6 places minimum par département) : Orne et Manche,
- Par création ou redéploiement, l'ajustement des capacités au regard des critères régionaux d'allocation : au regard des données relatives à la population des territoires et à leur vulnérabilité face à la précarité et aux maladies chroniques, il est proposé, sous condition d'allocation de ressources, l'ouverture de 90 nouvelles places en respectant la cible de répartition suivante : Calvados 20 %, Eure 18 %, Manche 12 %, Orne 10 %, Seine-Maritime 40 %,
- Dans ce cadre, l'ajustement des capacités se fera à une échelle infra-départementale,
- Par création, expérimentation du dispositif « ACT domicile » dans le Calvados (2 places), l'Eure (6 places) et la Seine-Maritime (2 places),
- Soutien à une candidature normande pour la création d'un dispositif ACT « Un chez-soi d'abord ».

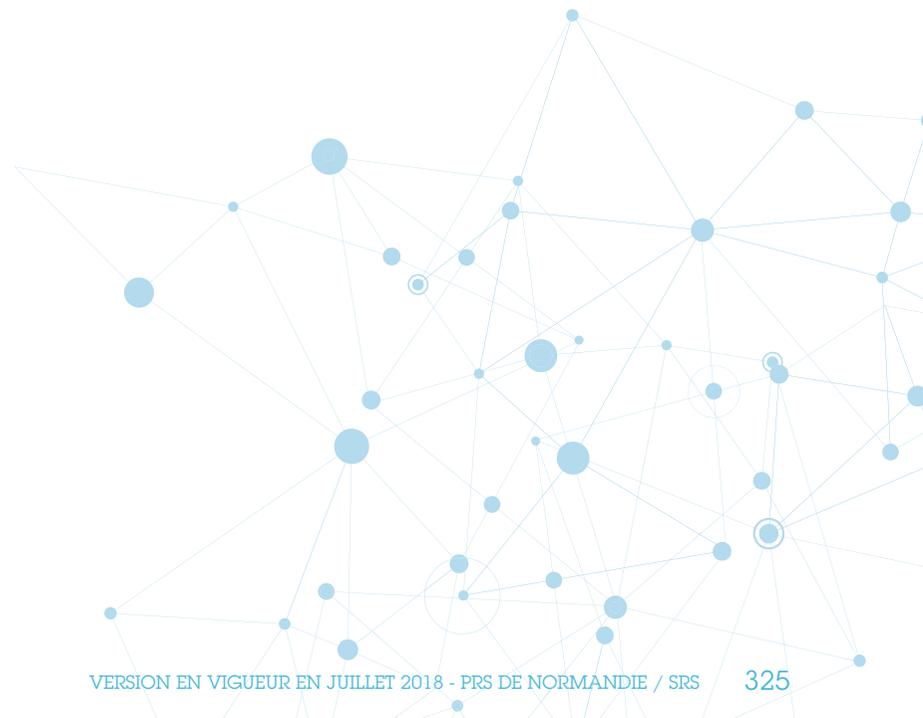
### ■ Pour les LHSS et LAM, l'offre régionale est structurée graduellement avec les LHSS comme offre de proximité et les LAM comme offre de recours. Les principaux objectifs visent :

- Par création ou redéploiement, l'ajustement des implantations de LHSS selon les critères régionaux d'allocation (au regard de l'intégration des LHSS dans le dispositif AHL, le principal critère est le ratio entre nombre de places de LHSS et nombre de places de CHRS collectif) ; sur ces critères, il est proposé l'ouverture de 28 places,
- La création à Rouen d'une structure LAM de recours régional,
- Sous réserve de l'octroi des places nécessaires dans le cadre de l'allocation de ressource nationale, la création de 3 autres structures LAM permettant un équilibre territorial de l'offre de recours (Caen, Evreux, Le Havre).

### ■ Renforcer l'accompagnement de fin de vie via des dispositifs sanitaires et médico-sociaux (HAD, LAM, ACT, équipes mobiles...) et des formations croisées

## LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- Appels à projet et à candidature
- CPOM
- Discussion et mise en œuvre de la Stratégie régionale d'allocation de ressource





# GLOSSAIRE

## A

### AAH

Allocation adulte handicapé

### AAP

Appel à projets

### ACI

Accord conventionnel interprofessionnel

### ACT

Appartement de coordination thérapeutique

### ADEME

Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie

### ALD

Affection longue durée

### ANESM

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

### ANSM

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

### ARS

Agence régionale de santé

### ASE

Aide sociale à l'enfance

### ASR

Assistant spécialiste régional

## ASV

Adaptation de la société au vieillissement

## B

### BPCO

Bronchopneumopathie chronique obstructive

## C

### CAF

Caisse d'allocations familiales

### CAMSP

Centre d'action médico-sociale précoce

### CAQES

Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

### CARSAT

Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

### CD

Conseil départemental

### CDCA

Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

### CDU

Commission des usagers

### CESCI

Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté inter-dégré

## CESER

Conseil économique, social et environnemental régional

### CFPPA

Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

### CEGIDD

Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

### CHU

Centre hospitalier universitaire

### CJC

Consultation jeunes consommateurs

### CLCC

Centre de lutte contre le cancer

### CLIC

Centre local d'information et de coordination

### CLMS

Conseil local de santé mentale

### CLS

Contrat local de santé

### CME

Commission médicale d'établissement

### CMP

Centre médico-psychologique

### CNS

Conférence nationale de santé

## CNSA

Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie

## COMMUE

Communauté d'universités et d'établissements

## COFIL

Comité de pilotage

## COREVIHST

Comité de coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine

## COS

Cadre d'orientation stratégique

## CPAM

Caisse primaire d'assurance maladie

## CPEF

Centre de planification et d'éducation familiale

## CPOM

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

## CPS

Compétences psychosociales

## CPTS

Communauté professionnelle territoriale de santé

## CRSA

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

## CRUQPC

Commission des relations avec les

usagers et de la qualité de la prise en charge

## CSAMS

Commission spécialisée des accompagnements médico-sociaux

## CSAPA

Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

## CSDU

Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers

## CSOS

Commission spécialisée de l'organisation des soins

## CSP

Commission spécialisée prévention

## CTS

Conseil territorial de santé

## CVS

Conseil de vie sociale

## DDCS

Direction départementale de la cohésion sociale

## D

## DIRECCTE

Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

## DMP

Dossier médical partagé

## DPC

Développement professionnel continu

## DRAAF

Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt

## DRDJSCS

Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

## DREAL

Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

## DREES

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

## DS

Déterminants de santé

## E

## EHPAD

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

## EMPP

Équipe mobile psychiatrie précarité

## ES

Établissements de santé

## ESMS

Établissement et service médico-social

## ESP

Équipe de soins primaires

## ETAPES

Expérimentation de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé

## ETP

Éducation thérapeutique du patient

## F

## FIR

Fonds d'intervention régional

## FISS

Fonds national pour l'innovation du système de santé

## FSV

Fonds de solidarité vieillesse

## G

## GCS

Groupement de coopération sanitaire

## GEM

Groupe d'entraide mutuelle

## GHT

Groupement hospitalier de territoire

## GRADES

Groupement régional d'appui au développement de l'e-santé

## H

## HAD

Hospitalisation à domicile

## HAS

Haute autorité de santé

## I

## ICAPS

Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité

## INSEE

Institut national de la statistique et des études économiques

## IRAPS

Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins

## IREPS

Instance régionale d'éducation pour la santé

## ISS

Inégalités sociales de santé

## IST

Infection sexuellement transmissible

## IVG

Interruption volontaire de grossesse

## L

## LFSS

Loi de financement de la sécurité sociale

## LHSS

Lits halte soins santé

## M

## MAIA

Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

## MDPH

Maison départementale des personnes handicapées

## MILDECA

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

## MSA

Mutualité sociale agricole

## MSP

Maison de santé pluridisciplinaire

## MS SANTÉ

Messagerie sécurisée en santé

## O

## OMS

Organisation mondiale de la santé

## ONDAM

Objectif national de dépenses de l'assurance maladie

## OPCA

Organisme paritaire collecteur agréé

## P

## PA

Personnes âgées

## PAERPA

Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

## PAPRAPS

Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

## PAPS

Portail d'accompagnement des professionnels de santé

## PASS

Permanence d'accès aux soins de santé

## PDSES

Permanence des soins en établissement de santé

## PH

Personnes en situation de handicap

## PJJ

Protection judiciaire de la jeunesse

## PMI

Protection maternelle et infantile

## PMP

Projet médical partagé

## PMRC

Projet médical régional de cancérologie

## PNGDREES

Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins

## PPRGDRESS

Plan Pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins

## PNMD

Plan national maladies neurodégénératives

## PNNS

Programme national nutrition santé

## PNRT

Programme national de réduction du tabagisme

## PPCA

Pôle de prévention compétent en addictologie

## PPS

Prévention et promotion de la santé

## PRAPS

Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins pour des personnes les plus démunies

## PRIAC

Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

## PRITH

Plan régional d'insertion pour les travailleurs handicapés

## PRS

Projet régional de santé

### PRSE

Plan régional santé-environnement

### PRST

Plan régional santé au travail

### PSFP

Programme de soutien aux familles et à la parentalité

### PSLA

Pôle de santé libéral et ambulatoire

### PSP

Projet de soins partagés

### PSSBE

Plan sport santé bien-être

### PTSM

Projet territorial de santé mentale

### PTA

Plateforme territoriale d'appui

### PATS

Plan d'appui à la transformation du système de santé

### PTS

Projet territorial de santé

## Q

### QVT

Qualité de vie au travail

## R

### RAPT

Réponse accompagnée pour tous

### RDRD

Réduction des risques et des dommages

### REAAP

Réseau d'appui et d'accompagnement à la parentalité

### REEVA

Réseau régional de vigilances et d'appui

### RI

Recherche interventionnelle

### ROR

Répertoire opérationnel des ressources

### RSA

Revenu de solidarité active

## S

### SAAD

Service d'aide et accompagnement à domicile

### SAMSAH

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

### SAMU

Service d'aide médicale urgente

### SAVS

Service d'accompagnement à la vie sociale

### SESSAD

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

### SFP

Soutien aux familles et à la parentalité

### SICO

Système d'information des coordinations

### SMUR

Service mobile d'urgence et de réanimation

### SNAC

Service numérique d'appui à la coordination

### SNQVT

Stratégie nationale de la qualité de vie au travail

### SNS

Stratégie nationale de santé

### SPASAD

Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

### SPIS

Service public d'information en santé

### SRADDET

Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires

### SSE

Situation sanitaire exceptionnelle

### SSIAD

Service de soins infirmiers à domicile

### SSR

Soins de suite et de réadaptation

## T

### TROD

Test rapide à orientation diagnostique

## U

### UCC

Unité cognitive comportementale

### URAASS

Union régionale des associations agréées d'usagers du système de santé

### URML

Union régionale des médecins libéraux

### URPS

Union régionale des professionnels de santé



Agence régionale de santé de Normandie  
Espace Claude Monet  
2 place Jean Nouzille – CS 55035  
14050 CAEN Cedex 4  
Tél. : 02 31 70 96 96

Courriel : [ars-normandie-contact@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-contact@ars.sante.fr)  
Site : [www.normandie.ars.sante.fr](http://www.normandie.ars.sante.fr)  
Compte twitter : [@ars\\_normandie](https://twitter.com/ars_normandie)