

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE (SROMS)



Référent ARS :

Docteur Françoise DUMAY

francoise.dumay@ars.sante.fr / 02 31 70 95 18

Sommaire

INTRODUCTION	4
1. ETAT DES LIEUX	
1.1. Le SROMS est établi en prenant en compte les orientations des schémas départementaux d'organisation concernant les personnes âgées en situation de dépendance et les personnes en situation de handicap	5
1.2. Le SROMS est établi en prenant en compte les orientations du schéma régional médico social d'addictologie 2009-2013	9
1.3. Cartographie de l'offre médico-sociale existante sous compétence de l'ARS	10
1.3.1. L'offre d'accompagnement médico-social des enfants en situation de handicap	14
1.3.2. L'offre d'accompagnement médico-social des adultes en situation de handicap	20
1.3.3. L'offre d'accompagnement médico-social des personnes avec autisme	24
1.3.4. L'offre d'accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap psychique	26
1.3.5. L'offre d'accompagnement médico-social des personnes âgées dépendantes dont les structures Alzheimer	27
1.3.6. L'offre d'accompagnement médico-social en addictologie	28
2. LES 7 ORIENTATIONS PRIORITAIRES DU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE	
INTRODUCTION	31
ORIENTATION 1 Optimiser les parcours de scolarisation, de formation professionnelle et d'accès à l'emploi de droit commun des personnes en situation de handicap, (enfants, adolescents et jeunes adultes).....	31
ORIENTATION 2 Favoriser l'insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap	33
ORIENTATION 3 Développer une politique régionale d'accompagnement adaptée des personnes avec autisme : scolarisation, insertion sociale et professionnelle	34
ORIENTATION 4 Développer une politique régionale d'accompagnement adaptée des personnes avec troubles psychiques, y compris les populations frontalières : scolarisation, insertion sociale et professionnelle	37
ORIENTATION 5 Adapter et développer l'offre d'accompagnement médico-social et social aux besoins des personnes handicapées vieillissantes.....	39
ORIENTATION 6 Respecter le projet de vie de la personne âgée en perte d'autonomie en assurant un accompagnement continu et de qualité entre domicile, hôpital et établissement médico-social.....	40
ORIENTATION 7 Développer une politique régionale d'accompagnement adapté articulée avec le secteur sanitaire en addictologie	45
3. ANNEXES	

INTRODUCTION

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) a profondément modifié les modalités de l'action publique dans le domaine de la politique de santé, qui intègre non seulement les soins mais aussi la prévention et les accompagnements médico-sociaux. Cette transversalité dans la définition et la mise en œuvre de la politique de santé vise à permettre une meilleure articulation des interventions auprès des personnes et à améliorer la fluidité du parcours de vie et de soins.

Le SROMS s'inscrit dans le cadre des objectifs prioritaires du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS). Il est établi en prenant en compte les orientations des schémas départementaux d'organisation concernant les personnes en situation de handicap et les personnes âgées en situation de dépendance. Il tient compte des orientations du SROS et du SRP. Il prévoit d'adapter et d'optimiser l'offre médico-sociale au regard des enjeux du PSRS et de l'analyse des besoins sur un large périmètre : établissements et services pour adultes handicapés, établissements et services pour personnes âgées mais aussi, centres de ressources, établissements ou services à caractère expérimental, appartements de coordination thérapeutique, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des usages de drogue (CAARUD), Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), lits halte soins santé...

Le SROMS intégrera dans le cadre de sa première révision, des orientations concernant «les publics spécifiques» et «les handicaps rares».

Les populations concernées sont les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes en situation de handicap et les personnes confrontées à des situations spécifiques telles que la précarité et l'addiction. Les dispositions du SROS et du SRP s'appliquent pleinement à ces personnes sans qu'il ait paru nécessaire de le répéter systématiquement dans le SROMS.

Les besoins des personnes sont insuffisamment connus. Le développement de l'observation médico-sociale constitue donc un objectif en tant que tel du schéma. A défaut d'une analyse exhaustive des besoins des publics concernés, ce schéma a été construit en privilégiant, à partir des données connues, la recherche de réponses prioritaires aux besoins non couverts autour de la notion de rupture dans les parcours de vie.

La situation de l'offre médico-sociale en Basse-Normandie se caractérise d'une manière générale par :

- un niveau d'équipement légèrement supérieur à la moyenne nationale tant sur le champ des personnes âgées que des personnes handicapées ;

- une dépense globalement inférieure à la moyenne nationale en terme de dépense par habitant (source CNSA 2009) sur le champ des personnes âgées, principalement du fait de la dépense sanitaire (actes de soins infirmiers et Unités de Soins Longue Durée). La dépense médico-sociale vient très largement équilibrer l'offre à destination des personnes âgées (surtout dans l'Orne). Sur le champ des personnes handicapées : la dépense en euros pour les enfants est supérieure à la moyenne nationale, celle pour les adultes est sensiblement la même ;

- des caractéristiques régionales qui masquent des disparités parfois significatives entre départements et entre territoires infra-départementaux. Ainsi, la situation de l'Orne apparaît particulière car elle présente une offre excédentaire, mais aussi des implantations spécifiques à vocation nationale ou interrégionale.

Méthodologie d'élaboration

Le secteur médico-social présente la particularité de relever de la compétence conjointe des Conseils Généraux qui ont chacun adopté des schémas départementaux en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce schéma régional a été élaboré en étroite concertation avec les Conseils Généraux du Calvados, de la Manche et de l'Orne afin de tenir compte des orientations arrêtées dans les schémas départementaux dans un souci de cohérence et de complémentarité.

Ce schéma a été élaboré autour de deux groupes pléniers (personnes âgées et personnes handicapées) chacun ou conjointement divisés en sous-groupes de travail définis en fonction des problématiques prioritaires (connaissance des besoins des personnes âgées, connaissance des besoins des personnes handicapées, maintien à domicile des personnes âgées, prise en charge psychiatrique de la personne âgée, personnes handicapées vieillissantes, autisme, inclusion scolaire des enfants handicapés, publics frontalières, insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées). Par ailleurs, les travaux d'autres volets thématiques (addictologie et périnatalité petite enfance en particulier) ont également servi à alimenter certains chapitres.

L'appui méthodologique du Centre Régional d'Etudes et d'Actions pour l'Insertion (CREAI) a été mobilisé pour l'élaboration et la relecture de ce schéma, à partir des propositions des groupes de travail et des orientations prioritaires définies par l'ARS. Compte-tenu de l'ampleur des travaux à mener dans un calendrier contraint, le principe a été posé de la pérennisation des groupes de travail, afin de contribuer à la mise en œuvre active du schéma.

La présentation du projet dans sa totalité a été effectuée auprès de la Commission spécialisée de la CRSA en charge du secteur médico-social (modalités de travail, groupes, calendrier, échéances...) et auprès de la commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

1. ETAT DES LIEUX

1.1. Le SROMS est établi en prenant en compte les orientations des schémas départementaux d'organisation concernant les personnes âgées en situation de dépendance et les personnes en situation de handicap

L'ARS et les trois Conseils Généraux doivent désormais veiller à rechercher les cohérences et les complémentarités entre leurs documents de planification. Le dialogue entre ces institutions publiques est d'autant plus important que les calendriers d'élaboration de leurs schémas concernant les personnes en situation de handicap ou de dépendance ne sont pas nécessairement les mêmes. Ce dialogue s'inscrit dans le cadre des travaux de la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux. Elle favorise l'adoption d'outils partagés d'analyse des besoins et de l'offre médico-sociale, examine les projets de SROMS et/ou de programmes qui en découlent, examine les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Enfin, cette commission favorise la complémentarité des actions arrêtées et financées par chacun des membres de cette commission.

Schémas Départementaux d'Organisation Médico-Sociale (SDOMS) concernant LES PERSONNES ÂGÉES :

SDOMS CALVADOS 2011-2015	SDOMS MANCHE 2008-2013	SDOMS ORNE 2010-2014
<p>Intervenir au domicile de la personne âgée</p> <p>Structurer le travail en réseau afin de coordonner les interventions à domicile</p> <p>Homogénéiser les pratiques dans le département pour proposer un soutien à domicile de qualité</p> <p>Développer l'aide aux aidants</p> <p>Favoriser le développement des groupes de soutien et des échanges</p> <p>Développer et diversifier les solutions de répit pour les aidants</p> <p>Valoriser et informer les aidants familiaux</p> <p>Accompagner les personnes âgées en établissement</p> <p>Favoriser les échanges inter-établissements afin d'enrichir les pratiques professionnelles</p> <p>Préserver le lien social des résidents en établissement</p> <p>Adapter l'accueil et l'accompagnement en établissements aux personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée</p> <p>Structurer l'offre des établissements de moins de 60 lits</p> <p>Structurer le dispositif des établissements d'hébergement pour personnes âgées</p>	<p>Prévenir la dépendance à domicile</p> <p>Élaborer une méthode de repérage des publics fragiles hors dispositifs existants</p> <p>Faciliter l'accès aux logements adaptés</p> <p>Maintenir le lien social</p> <p>Renforcer le dispositif de maintien à domicile</p> <p>Diversifier les services à la personne</p> <p>Développer l'aide aux aidants non professionnels et la formation des professionnels à domicile</p> <p>Soutenir les familles d'accueil</p> <p>Individualiser les réponses en familles d'accueil</p> <p>Accompagner les familles d'accueil</p> <p>Développer la formation des familles d'accueil</p> <p>Améliorer la vie en établissement</p> <p>Développer la démarche qualité dans les établissements</p> <p>Ouvrir les établissements vers l'extérieur</p> <p>Développer l'accueil temporaire à temps complet et l'accueil de jour</p> <p>Développer l'accueil temporaire pour des personnes présentant une pathologie spécifique</p> <p>Développer la formation des personnels en établissement</p>	<p>Amélioration de la prise en charge à domicile</p> <p>Améliorer l'offre de service à domicile</p> <p>Améliorer le dispositif d'accompagnement à la fin de vie</p> <p>Favoriser l'adaptation du logement de la personne</p> <p>Soutien aux aidants et accueillants familiaux</p> <p>Soutenir les accueillants familiaux</p> <p>Améliorer la capacité de prise en charge des familles d'accueil</p> <p>Soutenir les aidants naturels</p> <p>Soutenir les aidants professionnels</p> <p>Amélioration de la prise en charge en établissement</p> <p>Améliorer l'intégration des foyers-logement dans le dispositif de prise en charge des personnes âgées</p> <p>Développer les modes alternatifs d'hébergement</p> <p>Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA)</p> <p>Mutualiser les compétences et bonnes pratiques entre établissements dans un souci d'amélioration de la qualité de prise en charge</p> <p>Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes et atteintes de troubles psychiatriques</p>

SDOMS CALVADOS 2011-2015	SDOMS MANCHE 2008-2013	SDOMS ORNE 2010-2014
	<p>Favoriser la bientraitance Développer une culture de bientraitance Renforcer la lutte contre la maltraitance</p> <p>Diversifier les coordinations Développer et formaliser les relations entre le sanitaire et le médico-social Intégrer les familles d'accueil dans les réseaux Affirmer le rôle des structures locales de coordination</p> <p>Améliorer les dispositifs d'information Fluidifier et diversifier l'information</p> <p>Mieux prendre en charge les personnes souffrant de pathologies spécifiques Compléter le cahier des charges pour la prise en charge des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée Avoir une utilisation commune et partagée de la grille AGGIR</p> <p>Mieux prendre en charge la personne handicapée vieillissante Promouvoir les passerelles entre les secteurs du handicap et personnes âgées Répondre à la diversité des situations par une diversité des prises en charge Travailler avec la famille sur le changement d'environnement Inciter les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à la création d'unités spécifiques pour personne en situation de handicap au vieillissement fragile</p>	<p>Amélioration de l'information, de la coordination et des partenariats locaux Harmoniser la qualité de l'information sur le territoire Promouvoir les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) comme coordinateur principal Soutenir les réseaux gérontologiques dans les territoires Mettre en place des dispositifs et outils de coordination</p>

Schémas Départementaux d'Organisation Médico-Sociale (SDOMS) concernant **LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP** :

SDOMS CALVADOS 2011-2015	PROJET de SDOMS MANCHE	SDOMS ORNE 2008-2012
<p>Accompagner l'enfance handicapée</p> <p>Favoriser un accompagnement précoce des enfants en situation de handicap</p> <p>Renforcer le partenariat entre les établissements scolaires et les établissements et services d'éducation adaptée</p> <p>Favoriser la cohérence et la continuité de l'accompagnement en diversifiant les modes d'accueil et en articulant les interventions</p> <p>Faciliter le passage vers le dispositif adulte dans le cadre d'un projet individualisé</p> <p>Accompagner la personne en situation de handicap à domicile</p> <p>Coordonner les interventions au domicile de la personne à partir des structures spécialisées (services d'éducation et de soins spécialisés à domicile, services d'aide à la vie sociale, services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)</p> <p>Organiser la complémentarité des Services d'Aide A Domicile (SAAD) dans l'accompagnement des personnes handicapées</p> <p>Développer l'offre de service en faveur du soutien aux aidants familiaux</p> <p>Accompagner la personne handicapée en établissement</p> <p>Optimiser la qualité de l'accompagnement en structure</p> <p>Garantir une place à la famille et aux résidents dans l'accompagnement</p>	<p>La vie dans la cité</p> <p>Information et communication auprès des professionnels et du grand public sur l'accessibilité</p> <p>Développer la participation des personnes handicapées à la vie dans la cité</p> <p>Valoriser et développer les actions où le Conseil Général a des responsabilités</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Développer l'information et mieux communiquer</p> <p>Développer les passerelles et actualiser le projet de vie</p> <p>Valoriser la formation des personnes handicapées</p> <p>Alternatives au domicile</p> <p>Adapter et améliorer l'accompagnement au domicile</p> <p>Diversifier les dispositifs de domiciles alternatifs</p> <p>Coordination de l'offre</p> <p>Mettre en place une coordination départementale de l'offre de services</p> <p>Handicapés vieillissants</p> <p>Promouvoir les passerelles entre les secteurs du handicap et des personnes âgées</p> <p>Intégrer les familles d'accueil dans les réseaux gérontologiques et du handicap</p> <p>Répondre à la diversité des situations par une diversité des prises en charge</p> <p>Travailler avec la famille sur le changement d'environnement</p> <p>Inciter les EHPAD à la création d'unités spécifiques pour personnes handicapées au vieillissement fragile</p>	<p>Coordination, partenariat, information</p> <p>Développer l'observation et les outils de coordination</p> <p>Maintenir la dynamique de concertation et d'information</p> <p>Renforcer la coordination des intervenants</p> <p>Développer les liens entre les politiques départementales et le secteur sanitaire</p> <p>Améliorer l'articulation et la mutualisation entre les établissements et services</p> <p>Le respect du choix de vie des personnes handicapées et de leurs familles</p> <p>Adapter les modes d'accueil et d'hébergement aux besoins des personnes adultes handicapées.</p> <p>Soutenir le développement de l'accueil familial</p> <p>Adapter le projet des Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) aux besoins des personnes</p> <p>Adapter les projets des structures de prise en charge à l'évolution des besoins des enfants</p> <p>Développer l'aide aux aidants</p> <p>Développer le soutien à domicile</p> <p>Renforcer la qualification des intervenants à domicile</p> <p>Mettre en place une réflexion visant à renforcer le soutien des familles lors de l'annonce du handicap</p> <p>Développer la scolarisation des enfants handicapés</p>

SDOMS CALVADOS 2011-2015	PROJET de SDOMS MANCHE	SDOMS ORNE 2008-2012
<p>Accompagner les personnes handicapées vieillissantes</p> <p>Définir les modalités de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes (PHV) en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)</p> <p>Diversifier les prises en charge à domicile et en établissement dans le secteur du handicap pour les PHV</p> <p>Anticiper et prévenir le vieillissement</p> <p>Piloter le dispositif</p> <p>Favoriser l'échange et la diffusion d'information</p> <p>Améliorer la coordination des acteurs au niveau départemental et territorial</p>		<p>Vie sociale et civile</p> <p>Mettre en place une réflexion pour des projets d'accompagnement à domicile</p> <p>Améliorer l'information sur les obligations liées à la mise en accessibilité sur la base des compétences de chaque secteur</p> <p>Promouvoir l'accueil des enfants et adultes handicapés au sein des services publics</p> <p>Faciliter l'insertion en milieu ordinaire de travail par une implication dans la réflexion menée au sein du Programme Départemental d'Insertion Professionnelle des Travailleurs Handicapés (PDITH)</p> <p>Favoriser la rencontre de l'offre et de la demande pour les logements adaptés ou adaptables</p>

1.2 Le SROMS est établi en prenant en compte les orientations du schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2013

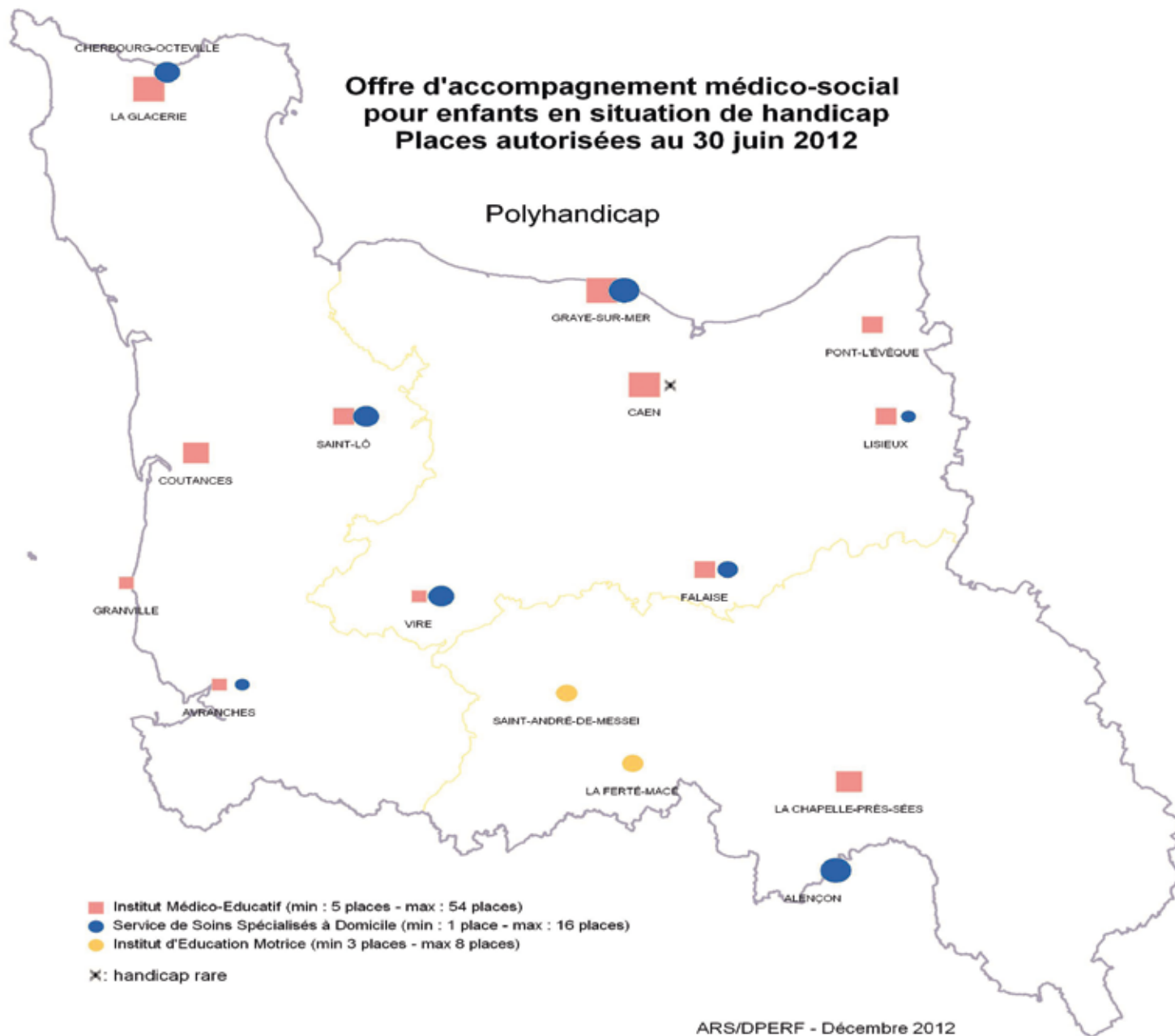
Le dispositif médico-social en addictologie s'est construit à partir de structures de prise en charge de la dépendance à des produits (alcool, drogues illicites, tabac, cannabis, crack, héroïne...), d'opportunités locales, de possibilités financières.

Il doit poursuivre sa structuration, tant au niveau de son organisation que de son implantation territoriale, afin que toute personne confrontée à un problème d'addiction ou son entourage puisse trouver une réponse adaptée, de proximité, pluridisciplinaire, et ce quels que soient sa situation et le moment de son parcours de vie et de soins.

Un premier pas dans la planification a été franchi avec l'élaboration d'un Schéma Régional d'Addictologie (SRA) visant notamment, à la lumière des constats et des éléments de diagnostic, à l'organisation du dispositif régional de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie.

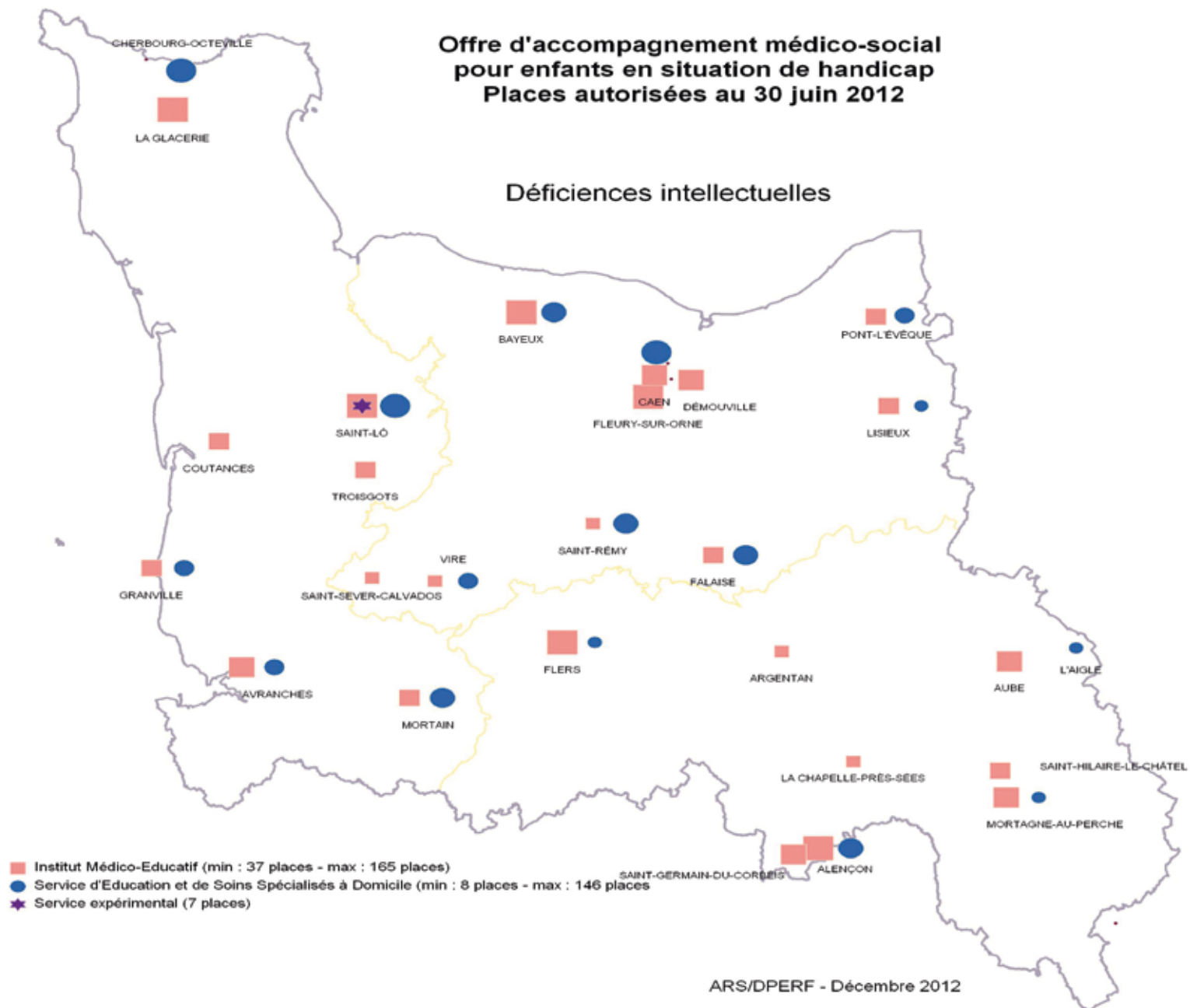
Ce travail de planification se poursuit avec le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS), qui peut intégrer le SRA tout en révisant à l'aune des objectifs stratégiques que s'est assignée l'ARS, dans la perspective de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, d'améliorer la qualité du service rendu et l'efficacité de l'organisation.

Axes	Objectifs généraux	Objectifs opérationnels
Axe 1 Compléter et renforcer le dispositif de prise en charge des usagers	Développer les articulations entre acteurs	Créer un à deux CSAPA par territoire Coordonner au sein d'un réseau de santé les acteurs des champs sanitaire, médico-social et social
	Compléter le dispositif existant	Assurer une complémentarité et une cohérence avec l'organisation sanitaire de prise en charge des conduites addictives Renforcer un accompagnement social des usagers
	Améliorer la connaissance du dispositif en addictologie	Intégrer dans la mission des CSAPA celle de pôle ressource médico-social sur l'offre de prise en charge des addictions
	Veiller à la mise en œuvre de la loi 2002-2 codifiée dans le CASF	Mettre en place les outils de la loi relatifs à l'aspect budgétaire et au respect des droits des usagers
Axe 2 Conforter une cohérence en matière de prévention des conduites addictives	Adapter les méthodes de prévention à l'évolution des comportements	Penser et mettre en œuvre des formes de prévention nouvelles : créer une commission prévention des addictions
	Faciliter la connaissance des acteurs de la prévention et de leurs missions et coordonner leurs actions	Coordonner les acteurs et les actions de prévention ; en milieu pénitentiaire, sur un pilotage régional en milieu professionnel à l'échelle des territoires dans le milieu de l'éducation à l'échelle des territoires
	Evaluer les effets des actions de prévention	Assurer une continuité des actions de prévention
Axe 3 Participer au développement de l'offre de formation et de recherche sur les addictions	Assurer une cohérence et une complémentarité avec tous les acteurs de la formation et de la recherche en addictologie	Créer une commission formation/recherche
	Participer à l'élargissement de l'offre de formation continue à destination des professionnels de santé	Faire évoluer le DU alcoologie en DU addictologie Favoriser le développement de la formation continue, notamment à destination des médecins généralistes
	Participer à l'offre de formation continue à destination de tous les référents de proximité des personnes ayant des conduites addictives	Participer à l'offre de formations portant notamment sur le repérage précoce destinée aux référents de proximité
	Faciliter une connaissance précise et actualisée du contexte épidémiologique et sociologique à l'échelle des territoires de santé	Développer et actualiser les outils d'évaluation des conduites addictives avec ou sans produit, notamment par les enquêtes de terrain



**Offre d'accompagnement médico-social
pour enfants en situation de handicap
Places autorisées au 30 juin 2012**

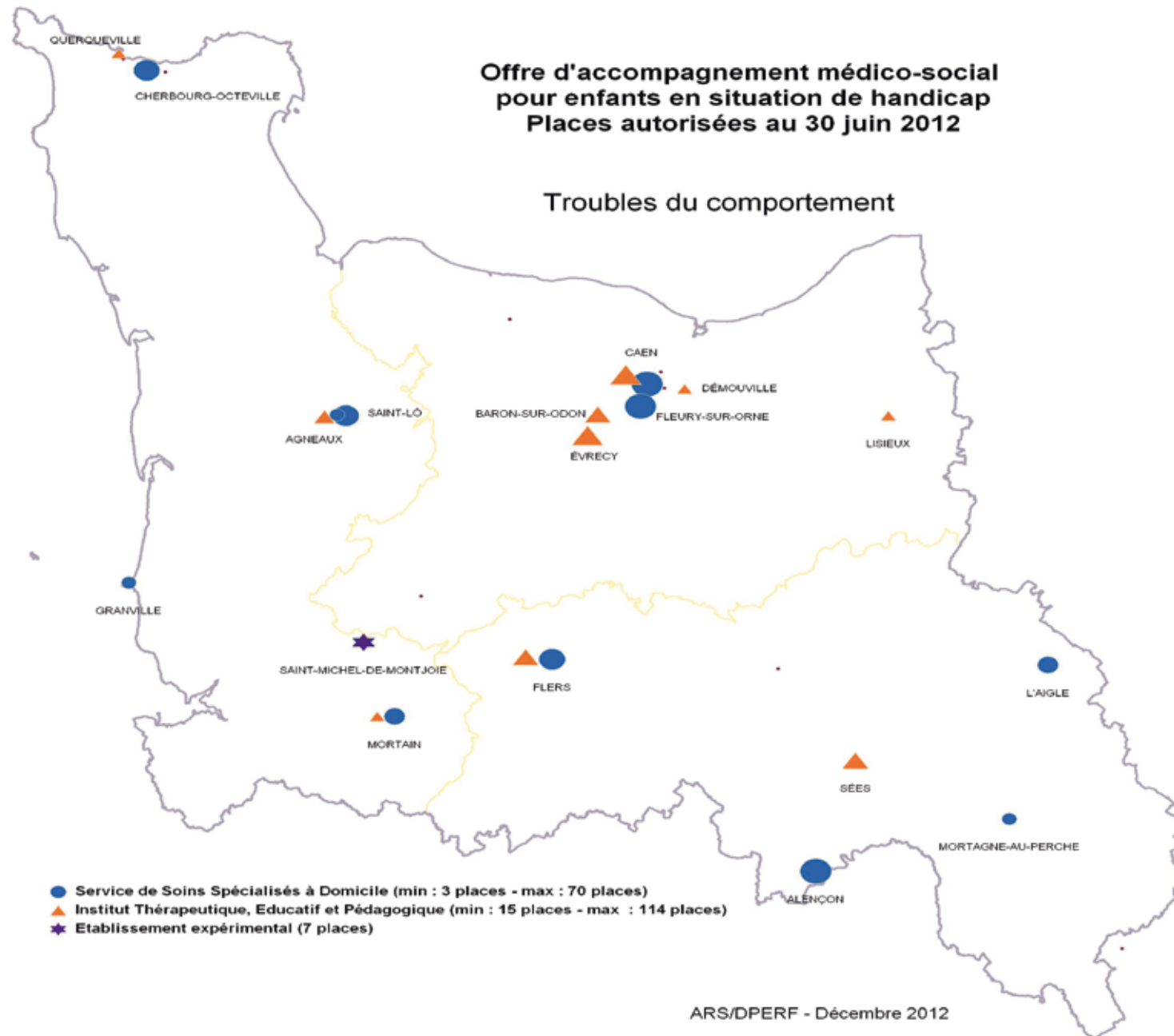
Déficiences intellectuelles



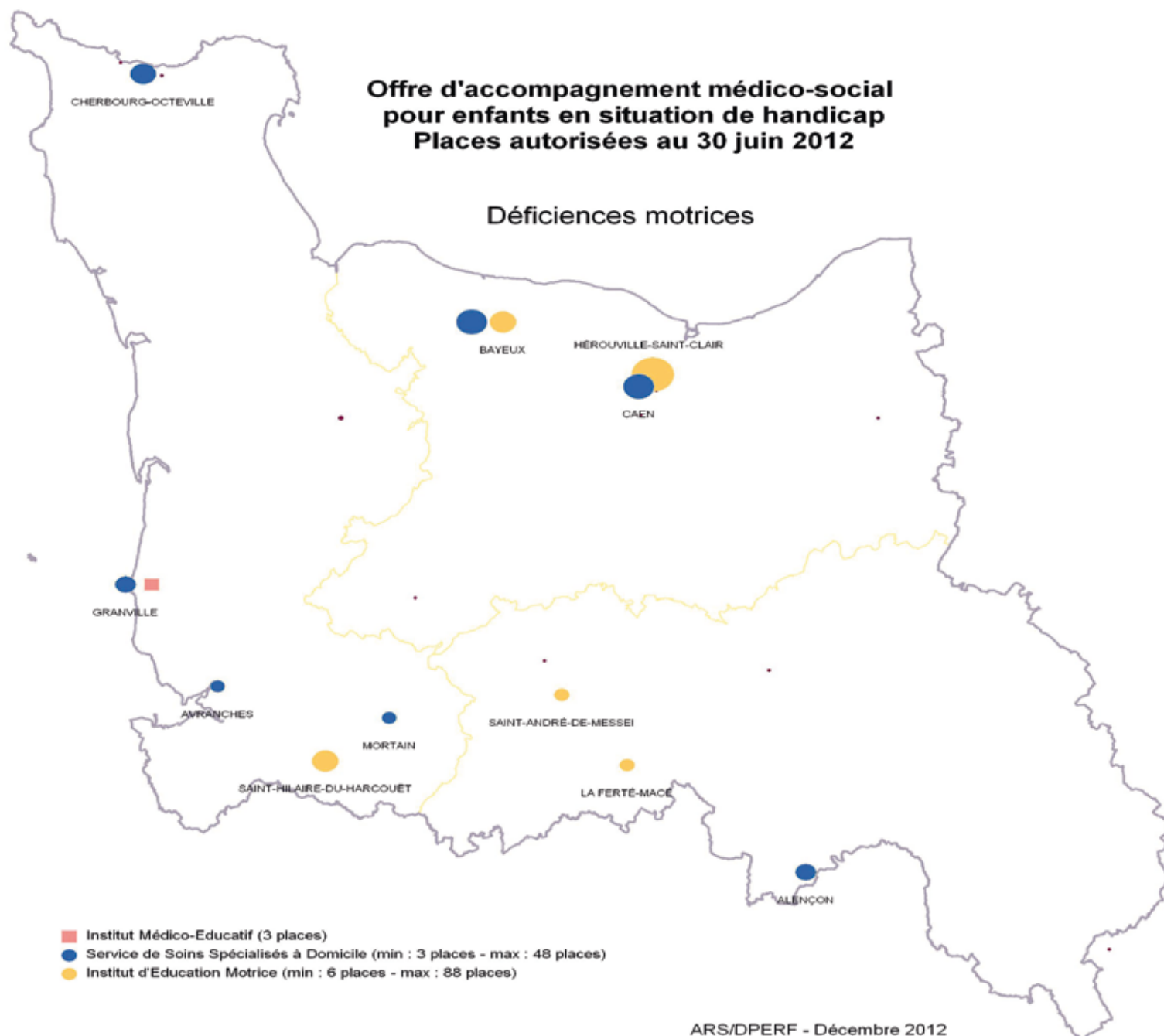
ARS/DPERF - Décembre 2012

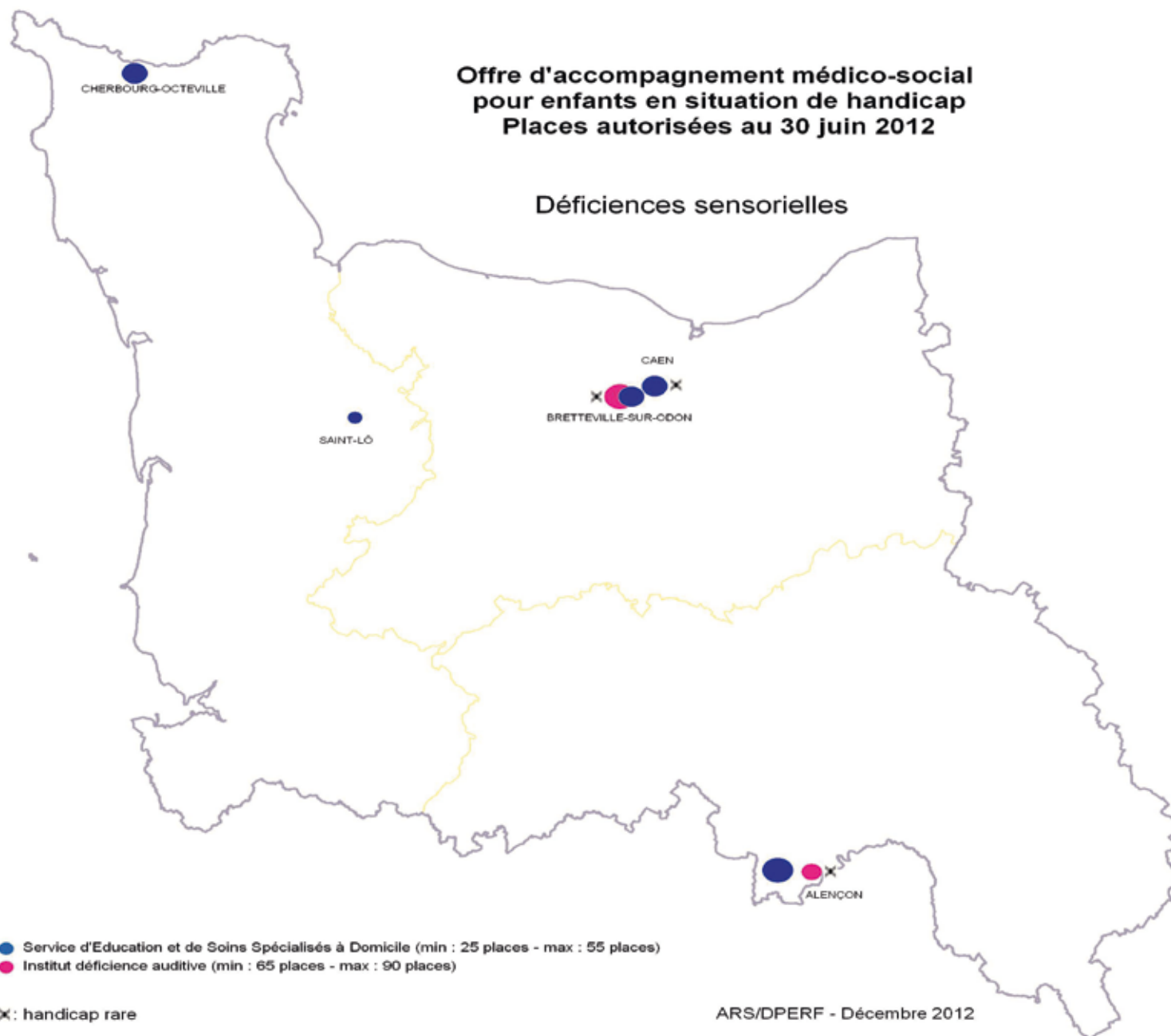
**Offre d'accompagnement médico-social
pour enfants en situation de handicap
Places autorisées au 30 juin 2012**

Troubles du comportement

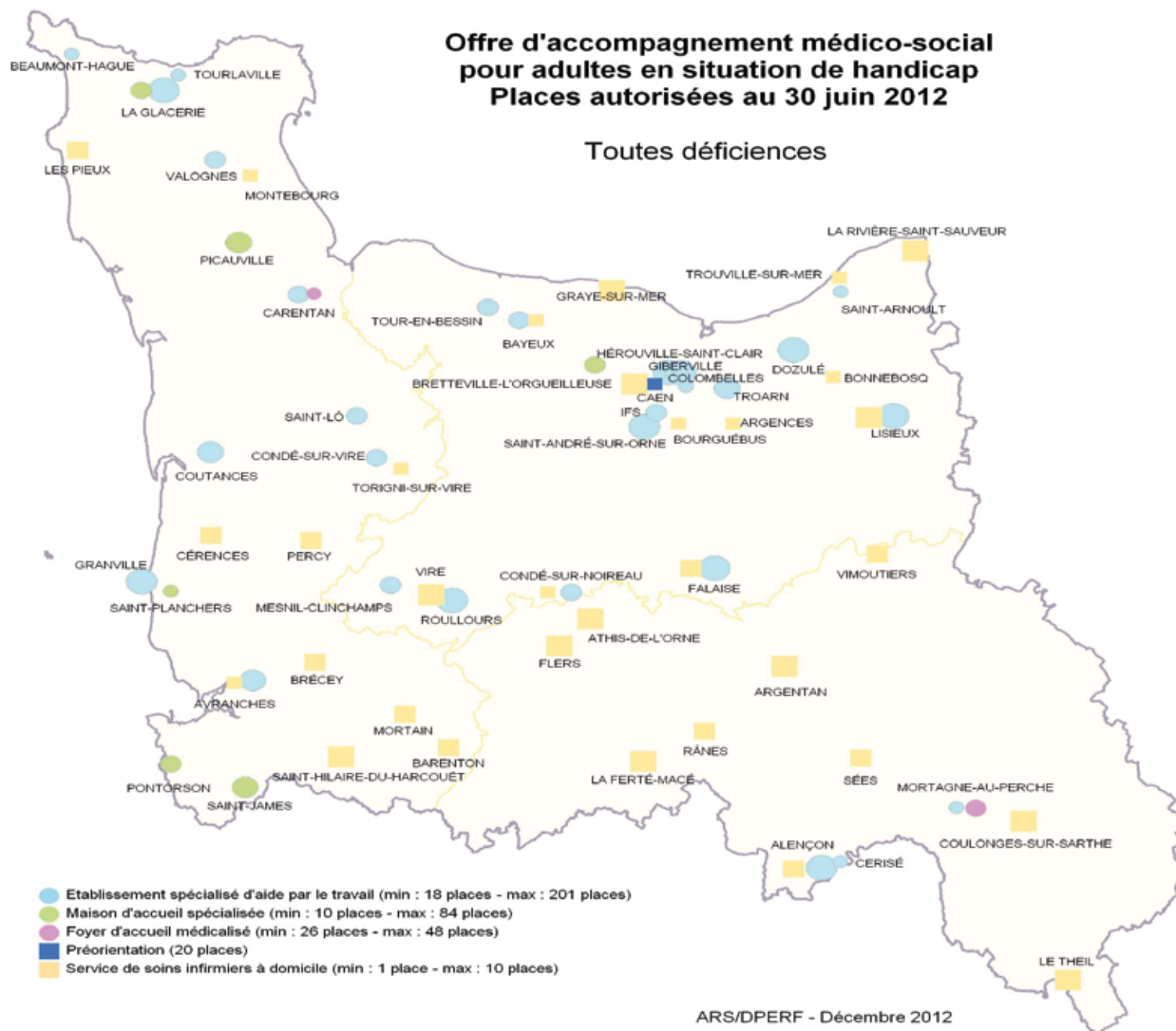


Offre d'accompagnement médico-social pour enfants en situation de handicap Places autorisées au 30 juin 2012



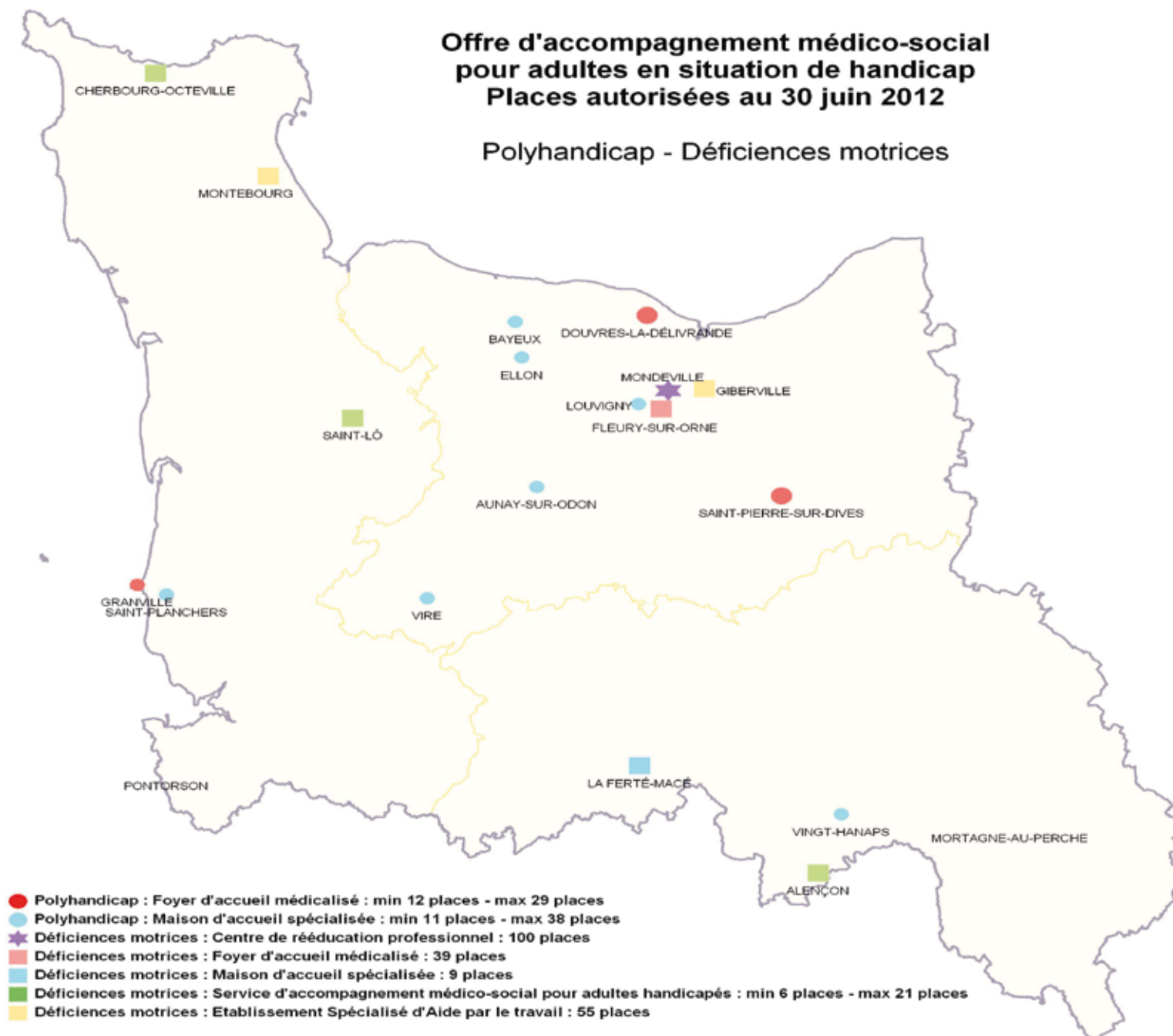


1.3.2. L'offre d'accompagnement médico-social des adultes en situation de handicap



Offre d'accompagnement médico-social pour adultes en situation de handicap Places autorisées au 30 juin 2012

Polyhandicap - Déficiences motrices



Offre d'accompagnement médico-social pour adultes en situation de handicap Places autorisées au 30 juin 2012

Cérébrolésés



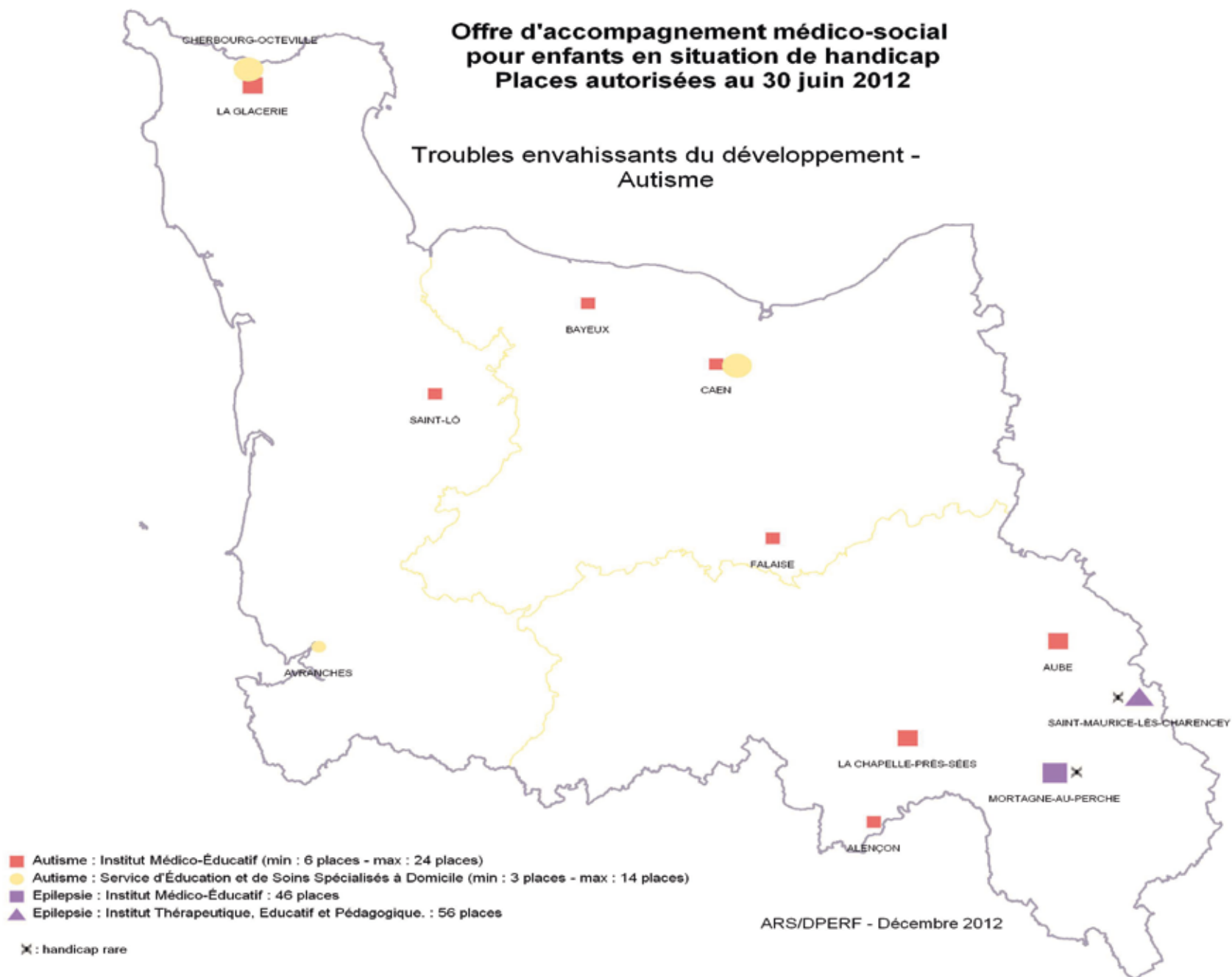
**Offre d'accompagnement médico-social
pour adultes en situation de handicap
Places autorisées au 30 juin 2012**

Déficiences intellectuelles



ARS/DPERF - décembre 2012

1.3.3. L'offre d'accompagnement médico-social des personnes avec autisme

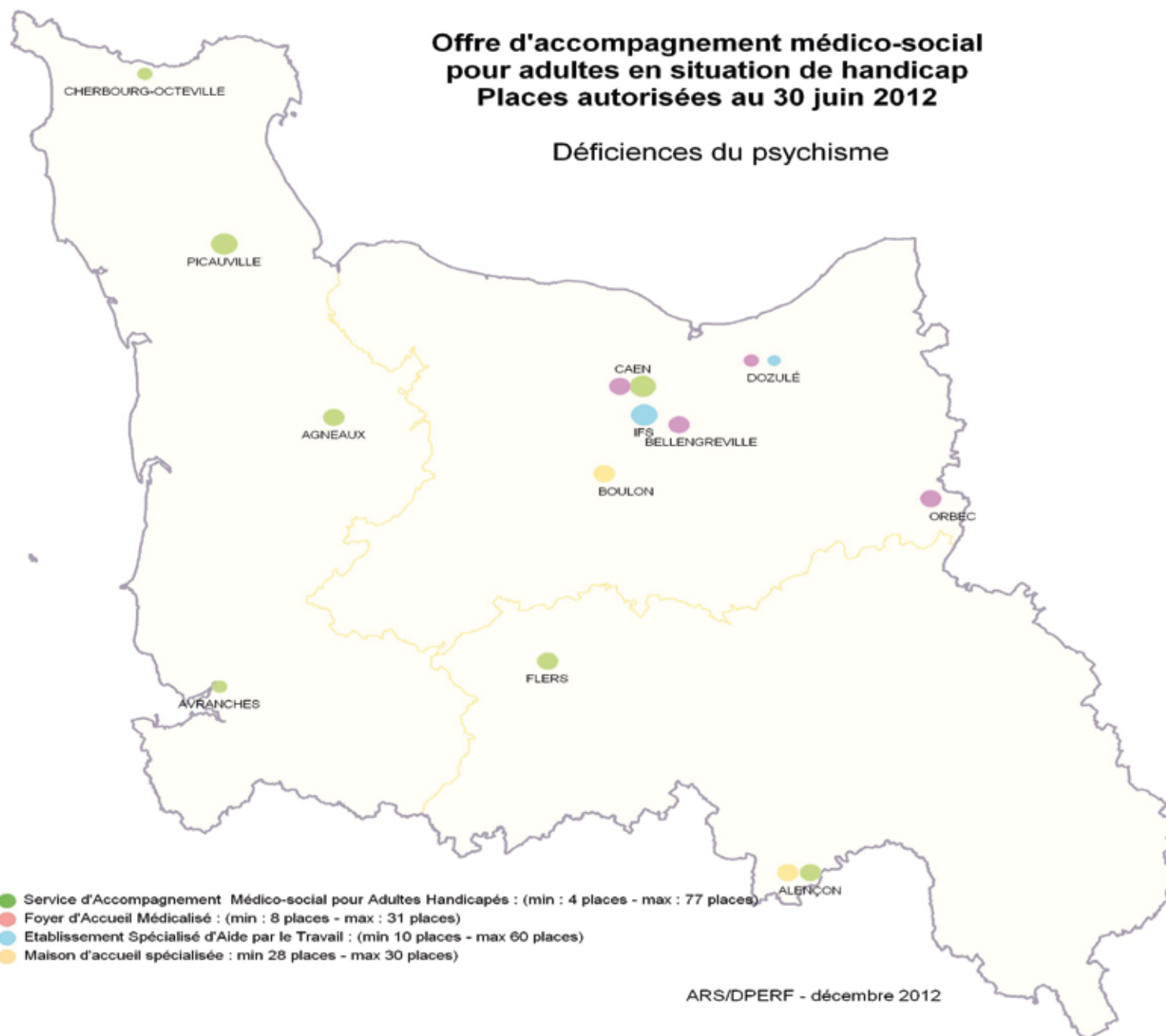


Offre d'accompagnement médico-social pour adultes en situation de handicap Places autorisées au 30 juin 2012

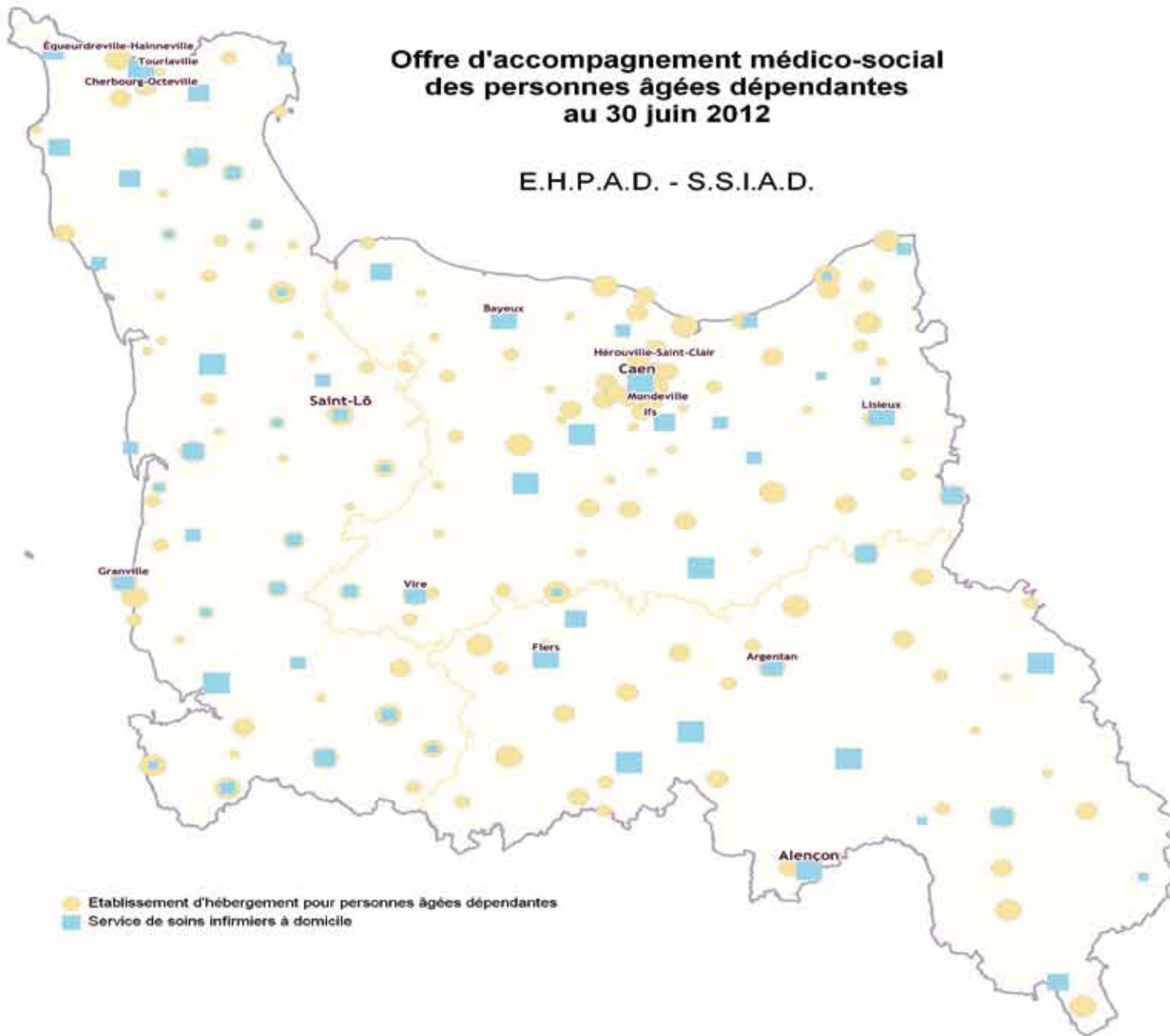
Epilepsie - Autisme



1.3.4. L'offre d'accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap psychique



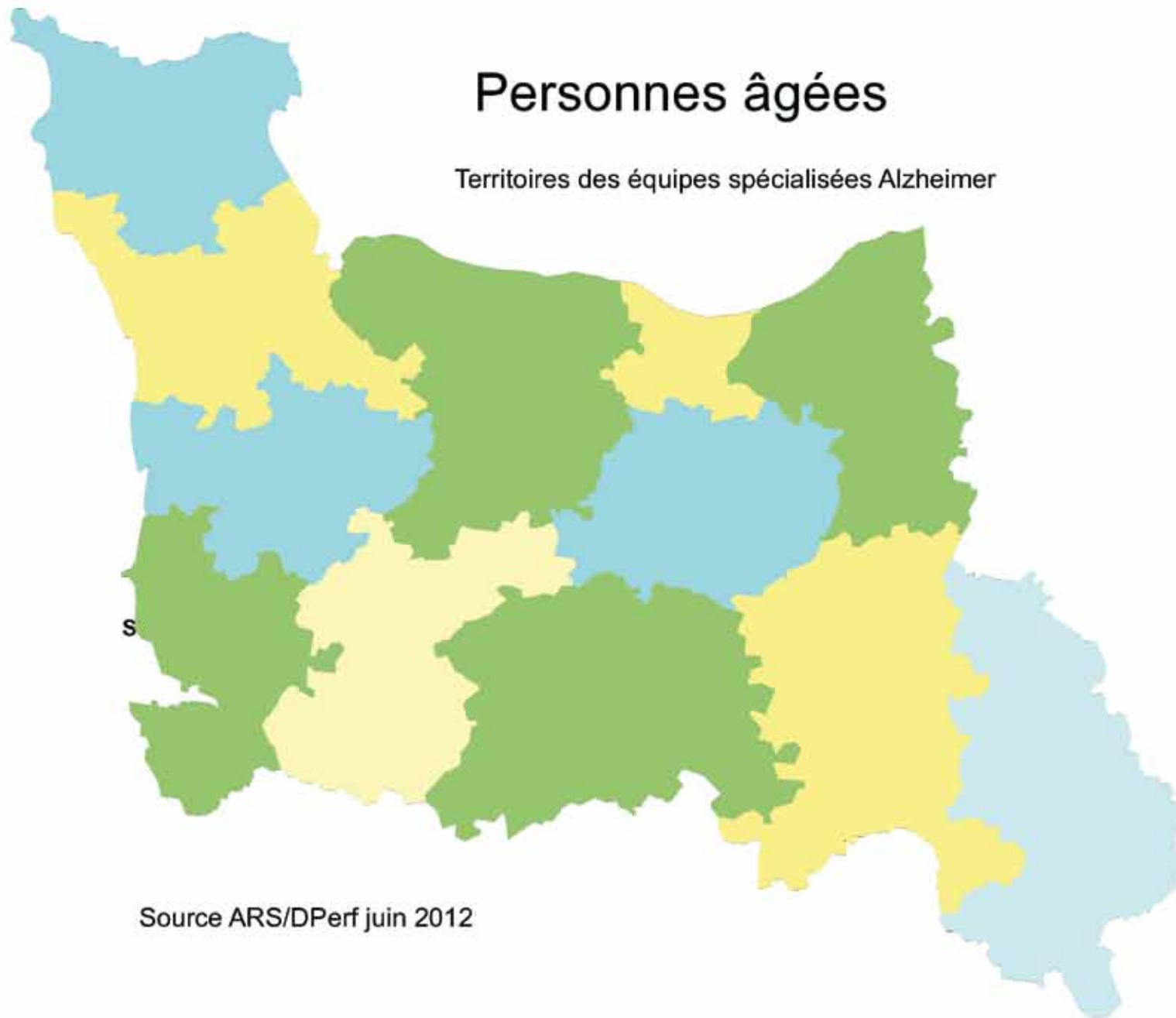
1.3.5. L'offre d'accompagnement médico-social des personnes âgées dépendantes



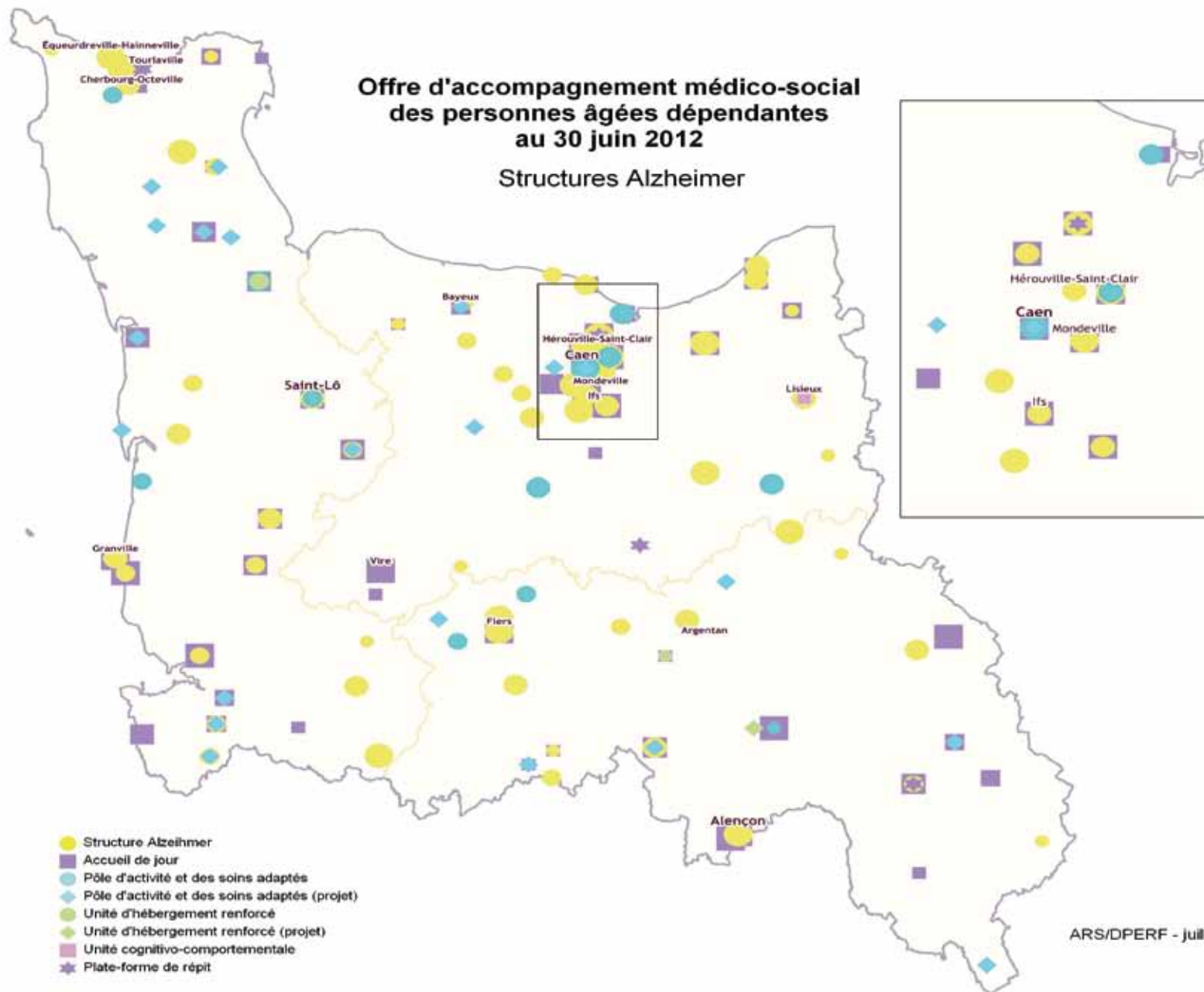
ARS/DPERF - juillet 2012

Personnes âgées

Territoires des équipes spécialisées Alzheimer



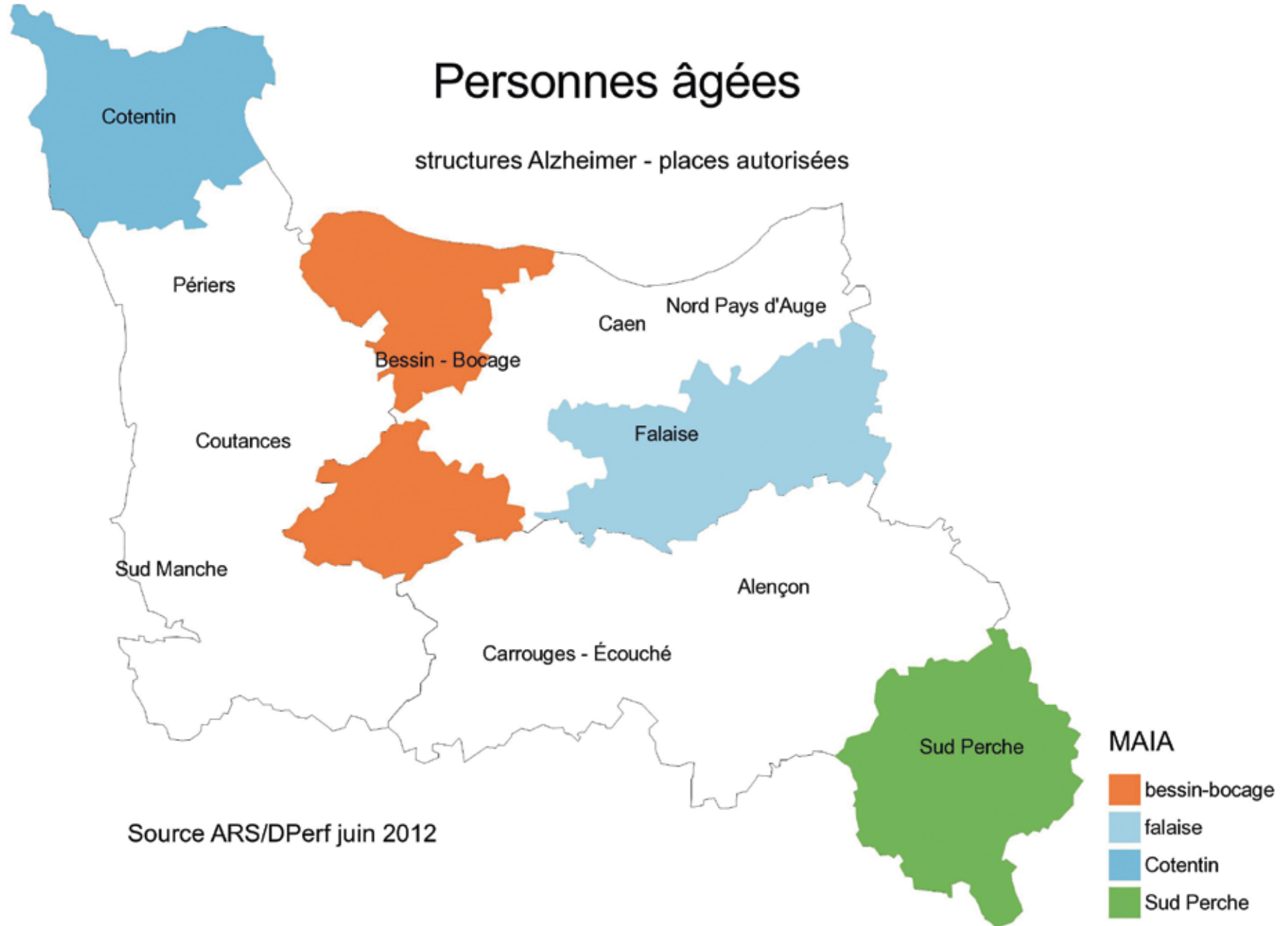
Source ARS/DPerf juin 2012



ARS/DPERF - juillet 2012

Personnes âgées

structures Alzheimer - places autorisées



2. LES 7 ORIENTATIONS PRIORITAIRES DU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE

Enjeu : Améliorer l'organisation des parcours de vie et de soins pour mieux répondre aux besoins des personnes en situation de handicap, ou de perte d'autonomie

INTRODUCTION

Pour construire les objectifs opérationnels d'organisation des services de santé du présent schéma, le choix a été fait de travailler en suivant le continuum de vie (de l'enfance en situation de handicap à la personne âgée dépendante), et de coupler cette approche avec des entrées thématiques : autisme, handicap psychique, addictologie et demain handicaps rares et publics spécifiques.

Ainsi, ce chapitre décline 7 ORIENTATIONS visant à présenter les objectifs, les actions et les indicateurs de suivi à mettre en œuvre au cours des 5 années à venir.

ORIENTATION 1	Optimiser les parcours de scolarisation, de formation professionnelle et d'accès à l'emploi de droit commun des personnes en situation de handicap (enfants, adolescents et jeunes adultes)
ORIENTATION 2	Favoriser l'insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap
ORIENTATION 3	Développer une politique régionale d'accompagnement adaptée des personnes avec autisme : scolarisation, insertion sociale et professionnelle
ORIENTATION 4	Développer une politique régionale d'accompagnement adaptée des personnes avec troubles psychiques, y compris les populations « frontières » : scolarisation, insertion sociale et professionnelle
ORIENTATION 5	Adapter et développer l'offre d'accompagnement médico-social et social aux besoins des personnes handicapées vieillissantes
ORIENTATION 6	Respecter le projet de vie de la personne âgée en perte d'autonomie en assurant un accompagnement continu et de qualité entre domicile, hôpital et établissement médico-social
ORIENTATION 7	Développer une politique régionale d'accompagnement adaptée articulée avec le secteur sanitaire en addictologie

L'organisation des parcours de vie et de soins pour mieux répondre aux besoins des personnes en situation de handicap, ou de perte d'autonomie⁽²⁾ et l'amélioration de la pertinence des équipements au regard des besoins⁽³⁾ constituent les enjeux principaux de ce premier exercice de planification régionale de l'offre médico-social. Pour pouvoir répondre à ces deux problématiques, il est apparu nécessaire de se doter à l'échelle régionale d'un observatoire des besoins et dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap ou de dépendance⁽¹⁾.

(1) Un outil incontournable : le SROMS prévoit la mise en place d'un observatoire régional pour améliorer la connaissance continue et partager l'information sur les besoins et les dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap et de dépendance et ainsi fixer des orientations stratégiques adéquates

Confrontés à des difficultés d'observation des besoins et de l'offre médico-sociale en raison de l'absence de données homogénéisées ou disposant de données peu fiables et/ou non exploitées (ISMS, enquêtes Etablissements Sociaux (ES) et EHPA tous les quatre ans uniquement avec des données peu investies par les acteurs régionaux car peu voire pas analysées par les services statistiques de l'Etat...), il a été décidé de mettre en place dès 2011 **un dispositif partagé d'observation médico-sociale** via un partenariat avec le CREAL, les MDPH, les Conseils Généraux, les acteurs du secteur médico-social...

Le but est de **connaître les besoins d'accompagnement** en région Basse-Normandie à travers une mesure régulière, homogène pour l'ensemble des départements, pour les publics en établissement comme hors établissement et de **décrire avec précision l'offre médico-sociale** et les accompagnements mis en œuvre au sein des établissements. Riches de cette double analyse du besoin et de l'offre, il sera plus aisé demain de **définir des objectifs de planification et de programmation adaptés**.

Cette démarche est complémentaire de celle de fiabilisation des indicateurs sociaux et médico-sociaux en cours ou du recueil en voie d'achèvement des données de l'enquête « Établissements sociaux » ES 2010, qui feront l'objet d'une exploitation spécifique par la Direction de la performance de l'ARS lors de leur restitution par le niveau national.

Le recueil d'informations auprès des ESMS et des MDPH, à l'échelle de l'individu, de manière anonymisée, permettra d'effectuer des comparaisons et des analyses multivariées.

Un observatoire construit progressivement par « brique »

- 2012 : enfants en situation de handicap
- 2013 : adultes en situation de handicap
- 2014 : personnes âgées en perte d'autonomie

Complété de modules d'observation tous les 2 ou 3 ans.

(2) Organiser les parcours de vie et de soins pour mieux répondre aux besoins des personnes en situation de handicap, ou de perte d'autonomie

Quelles que soient les thématiques de réflexion, plusieurs grands axes de travail ressortent quasi-systématiquement. Ainsi, pour améliorer la fluidité des parcours de santé, il sera important de :

- Permettre l'accès aux diagnostics précoces
- Faciliter l'accès à la santé et à la prévention
- Clarifier l'offre existante auprès des professionnels de santé, de l'action sociale et médico-sociale et du grand public en proposant notamment une cartographie des dispositifs d'accompagnement médico-social, social et de santé des personnes âgées en perte d'autonomie et personnes en situation de handicap, à un niveau infra territorial (bassin de vie) sur le site de l'ARS
- Réaliser des évaluations des besoins de compensation de manière continue et/ou régulière avec des outils harmonisés
- Proposer des dispositifs d'accompagnement diversifiés et innovants avec des passerelles et des coopérations entre les divers secteurs
- Organiser les coopérations et coordinations interprofessionnelles ou institutionnelles au sein du secteur médico-social et avec le secteur sanitaire (formations, échanges d'expériences, règles de bonne pratique de partenariat, communautés territoriales (territoires infra départementaux télémédecine (téléconsultations))
- Développer des formations interprofessionnelles réunissant des acteurs de santé et des acteurs médico-sociaux

(3) Améliorer la pertinence des équipements au regard des besoins

Promouvoir l'égalité devant la santé et développer un système de soins de qualité, accessible et efficient sont deux des trois objectifs des ARS.

L'amélioration de l'égalité d'accès aux différents services et établissements médico-sociaux et l'amélioration des adéquations de prise en charge et accompagnements constituent deux enjeux forts dans ce cadre. A ce titre, les ARS doivent veiller à :

- Tendre vers la convergence des taux d'équipement entre territoires de santé, en tenant compte de la spécificité du territoire concerné, des besoins et des équipements à vocation régionale ou plus.
- Identifier et quantifier (notamment au travers de l'observatoire) des zones très déficitaires au regard des besoins pour réduire l'écart entre le taux d'équipement dans ces zones et le taux d'équipement régional
- Adapter l'offre par reconversion (établissements/services) ou transformation d'équipements de secteurs géographiques et/ou problématiques en moindre besoin vers des secteurs géographiques et/ou problématiques où les réponses sont très déficitaires au regard des besoins. Pour cela, il conviendra notamment de définir des critères partagés pour déterminer le besoin en soin et/ou aide à l'autonomie dans les établissements et services pour adultes en situation de handicap (MAS, FAM, SAMSAH, SSIAD) et proposer des réponses concertées, adaptées et graduées
- Proposer des dispositifs d'accompagnement diversifiés et innovants avec des passerelles et des coopérations entre divers secteurs dans les territoires de proximité.

INDICATEURS DE SUIVI DE L'AXE 3

- Cartographie des dispositifs d'accompagnement médico-social, social et de santé des personnes âgées en perte d'autonomie et personnes en situation de handicap, à un niveau infra territorial (bassin de vie) en ligne sur le site de l'ARS
- Existence d'une grille régionale fixant par type d'établissement ou service pour adulte en situation de handicap les niveaux de soins ou de dépendance adaptés
- Nombre de communautés territoriales structurées
- Nombre de coopérations formalisées entre des ESMS et des SSR concernant l'accompagnement des personnes cérébro-lésées
- Taux d'établissements médico-sociaux ayant signé une convention avec un établissement de santé
- Taux d'établissements médico-sociaux ayant signé une convention avec un autre établissement médico-social

ORIENTATION 1 : Optimiser les parcours de scolarisation, de formation professionnelle et d'accès à l'emploi de droit commun des personnes en situation de handicap (enfants, adolescents et jeunes adultes)

Enjeux

- > Réaffirmer et renforcer le droit à la scolarisation et à l'éducation et l'accès de tous aux dispositifs de droit commun (loi du 11 février 2005).
- > Les différents modes de scolarisation des enfants en situation de handicap offrent une palette de solutions allant de l'accueil à temps complet en établissement médico-social, à des modes intermédiaires d'accompagnement individuel ou collectif en milieu ordinaire.
- > Poursuivre le développement des services d'accompagnement et rechercher une articulation toujours plus étroite entre l'école en milieu ordinaire et le secteur de « l'éducation spéciale ».
- > Faire participer les enfants à une vie sociale par l'accueil dans les structures de droit commun d'accueil préscolaire et périscolaire.
- > Favoriser les parcours d'accès à la formation professionnelle et à l'emploi des adolescents et jeunes adultes en situation de handicap.

But à atteindre

Accompagner et améliorer la participation sociale des jeunes handicapés dans les structures de droit commun pour les modes de garde, l'école, la formation professionnelle, l'emploi, les loisirs, la culture, les vacances.

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action propre à garantir l'accès à la prévention			
1.1.	Prendre en charge précocement les enfants présentant des troubles multiples, avant même la reconnaissance du statut de personne en situation de handicap	<p>Coordonner et assouplir les accompagnements entre centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centre médico-psycho-pédagogique CMPP), service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) par un travail de partenariat, de mutualisation des professionnels pour contribuer à l'action de la MDPH en matière d'orientation des enfants</p> <p>Envisager dans le cadre des moyens existants la possibilité d'installer au minimum une antenne de CAMSP à proximité du territoire où se situe une maternité ou Centre Périnatal de Proximité (CPP)</p> <p>Renforcer le nombre de conventions entre établissements de santé et CAMSP visant à augmenter le nombre de consultations de pédiatrie en CAMSP</p> <p>Prévoir des consultations pédiatriques lors de l'admission en établissement-social grâce aux créneaux prévus dans les établissements sanitaires</p>	<p>Protocole réalisé et validé entre CAMSP, CMPP, SESSAD, le secteur infanto-juvénile, et MDPH pour la prise en charge précoce d'enfants présentant des troubles multiples avant même la reconnaissance du statut de personne en situation de handicap</p> <p>Au moins une antenne CAMSP par zone de d'attractivité de maternité ou de CPP</p> <p>Augmentation du nombre de CAMSP ayant signé une convention avec un établissement de santé visant à faciliter l'accès à une consultation pédiatrique</p> <p>Nombre de consultations pédiatriques au sein d'un CAMPS</p> <p>Cf. volet pédiatrique du SROS hospitalier</p> <p>Nombre de consultations pédiatriques au sein des CAMPS</p>

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action propre à garantir l'accès à la prévention			
1.2.	Favoriser la scolarisation des enfants avec troubles du comportement et Troubles Envahissants du Développement (TED) qui changent souvent d'établissement scolaire en raison de ces troubles	Former des professionnels impliqués dans la scolarisation de l'enfant aux méthodes pédagogiques adaptées aux Troubles Envahissants du Développement (TED)	Nombre de professionnels impliqués dans la scolarisation de l'enfant formés au TED
Action propre à garantir la fluidité du parcours			
1.3.	Mettre en œuvre une coopération entre les acteurs concernés (Education Nationale, IME, ITEP, SESSAD, pédopsychiatrie) pour élaborer des projets individualisés d'accompagnement, incluant le parcours scolaire en milieu ordinaire et obtenir une cohérence du projet de vie	<p>Permettre aux SESSAD de préparer le jeune enfant à l'entrée en école ordinaire en abaissant l'âge d'entrée en SESSAD via les autorisations</p> <p>Renforcer l'aménagement du temps scolaire en milieu ordinaire au cas par cas avec un étayage des services médico-sociaux spécialisés dans l'éducation</p> <p>Assouplir les formalités administratives dans l'orientation de l'enfant par une formulation convenue sur la notification de la CDAPH pour permettre un parcours à temps partagé entre milieu scolaire ordinaire, pédopsychiatrie, établissement ou service d'éducation spécialisée</p> <p>Renforcer l'inclusion du Projet personnalisé de Scolarisation (PPS) intégré dans le Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA)</p>	<p>Nombre d'enfants de moins de 6 ans accompagnés par un SESSAD</p> <p>Nombre de modalités organisationnelles différentes d'aménagement du temps scolaire en milieu ordinaire</p> <p>Nombre de PPS intégrés au PPA</p>
Action d'optimisation des organisations, d'efficacité et de qualité			
1.4.	Etablir des conventions de partenariat entre l'Education Nationale, les établissements et services spécialisés dans l'éducation pour développer et poursuivre l'accompagnement de l'enfant dans la totalité de son parcours scolaire	<p>Animer et faire vivre la commission régionale conformément au décret du 2 avril 2009 afin d'établir les règles de bon partenariat et rédiger la convention de coopération</p> <p>Répartir équitablement par territoires les classes d'inclusion scolaire (CLIS) et unités locales d'inclusion scolaire (ULIS) en lien avec l'organisation des transports</p>	<p>Réunions régulières de la commission régionale citée</p> <p>Convention de coopération rédigée et validée</p> <p>Taux de répartition des CLIS identique dans les 3 territoires</p> <p>Taux de répartition des ULIS identique dans les 3 territoires</p> <p>Pérennité et production effective de la commission régionale ciblée</p>
1.5.	Favoriser la formation et l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des jeunes en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire	Développer un partenariat avec le Rectorat pour optimiser la connaissance des besoins spécifiques des jeunes en situation de handicap par les professionnels des CIO, avec des compétences adaptées en matière d'information et d'orientation professionnelle	<p>Nombre de formations concernant l'orientation professionnelle des jeunes en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire mises en place.</p> <p>Nombre de professionnels des CIO formés</p>

ORIENTATION 2 : Favoriser l'insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

Enjeux

- > Favoriser l'émergence et la mise en œuvre des projets d'insertion sociale et professionnelle des adultes en situation de handicap.
- > Contribuer à l'intégration sociale des personnes adultes handicapées par l'exercice d'une activité professionnelle.
- > Permettre l'exercice d'une activité professionnelle (loi du 11 février 2005) conçu comme un élément majeur de la citoyenneté des personnes handicapées.

But à atteindre

Promouvoir et faciliter l'intégration sociale et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action propre à garantir la fluidité du parcours			
2.1.	Eviter les orientations en établissement et service médico-social par défaut des jeunes adolescents en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire	Anticiper le post ULIS et le post SEGPA en favorisant leur accès aux stages adaptés, contrats en alternance, contrats d'apprentissage Informier le public concerné sur les formations et les dispositifs existants	Augmentation du nombre des jeunes adolescents en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire bénéficiant d'un stage, d'un contrat en alternance ou d'un contrat d'apprentissage
2.2.	Systématiser et fiabiliser le diagnostic en amont du projet professionnel et harmoniser les outils d'évaluation pour les personnes en situation de handicap souhaitant intégrer dans leur projet de vie un projet professionnel	Développer l'utilisation de l'outil GEVA par les maisons départementales des personnes handicapées, les établissements et services médico-sociaux, cap emploi, les missions locales Affirmer le rôle des SAMSAH en matière d'insertion professionnelle	Augmentation du nombre de maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), d'établissements et services médico-sociaux, de services cap emploi, de missions locales utilisant l'outil GEVA
2.3.	Favoriser les passerelles entre le milieu protégé (adapté) de travail et le milieu ordinaire des travailleurs en établissement et service d'aide par le travail	Utilisation des stages en milieu ordinaire de travail pour favoriser les projets d'accès à l'emploi des travailleurs d'ESAT Mises à disposition du personnel des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) en milieu ordinaire, de façon collectives ou individuelles - Développement des dispositifs ESAT en milieu ordinaire de travail. Mobiliser les logements de droit commun pour l'habitat des personnes en situation de handicap	Augmentation du nombre de personnes accueillies en ESAT réalisant des stages en milieu ordinaire / mis à disposition Augmentation des dispositifs ESAT en milieu ordinaire Nombre de travailleurs handicapés logés en milieu ordinaire
Action d'optimisation des organisations, d'efficience et de qualité			
2.4.	Apporter une aide aux personnes en situation de handicap psychique ou en souffrance psycho-sociale	Développer une animation et un pilotage du réseau régional des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) pour renforcer la couverture territoriale et améliorer la qualité et l'adaptation de leur fonctionnement	Création d'un groupe d'animation et de pilotage du réseau régional des GEM

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action d'optimisation des organisations, d'efficacité et de qualité			
2.5.	Renforcer les actions de reconnaissance des savoirs-faire et des compétences visant à favoriser, dans le respect de chaque projet individuel, la professionnalisation, l'épanouissement personnel et social des travailleurs handicapés d'ESAT	Développer des actions de formation et de promotion professionnelle des travailleurs des ESAT	Taux d'ESAT versant la contribution volontaire au titre de la formation professionnelle (auprès de l'OPCA de branche) Nombre d'actions de formation mises en place et suivies au sein du dispositif «différents et compétents» ou au sein d'autres dispositifs
Action propre à garantir l'accès à la prévention			
2.6.	Améliorer l'accompagnement des jeunes filles et femmes en situation de handicap en établissements et services médico-sociaux pendant leur grossesse	Favoriser leur libre-choix et leur accompagnement. Etablir des protocoles pour les prises en charge de grossesses à risque de complications psychiques et/ou psychiatriques, et de difficultés médico-sociales	Cf. volet périnatalité du SROS hospitalier Existence de protocoles pour les prises en charge de grossesses à risque de complications psychiques et/ou psychiatriques, et de difficultés médico-sociale

ORIENTATION 3 : Développer une politique régionale d'accompagnement adaptée des personnes avec autisme : scolarisation, insertion sociale et professionnelle

Enjeux

- > Les Troubles Envahissant du Développement (TED) se caractérisent par une diversité des troubles et des manifestations allant de « l'autisme typique » associé ou non à une déficience intellectuelle, au syndrome d'Asperger (autisme de haut niveau).
- > En 2009 selon la HAS, la prévalence estimée pour l'ensemble des TED est de 6 à 7 pour 1000 personnes de moins de 20 ans. Dans cette même population, la prévalence des TED avec retard mental est estimée entre 2 et 3 pour 1000 personnes.
- > Une demande croissante des familles à accéder à des méthodes spécifiques, un souci d'autonomie accrue.
- > Le Comité Technique Régional de l'Autisme (CTRA) a proposé des actions favorisant la prise en compte des personnes avec autisme, enfants ou adultes.

But à atteindre

- Améliorer la connaissance des troubles, la formation des différents acteurs et les pratiques professionnelles ;
- Améliorer le repérage et l'accès au diagnostic, l'orientation des personnes et de leur famille et leur insertion en milieu ordinaire ;
- Promouvoir une offre d'accueil, de service et de soins cohérente et diversifiée et permettre l'expérimentation de nouveaux modèles de prise en charge encadrés et évalués.

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action propre à garantir l'accès au soin			
3.1.	Améliorer l'accès aux consultations spécialisées pour les enfants afin de réduire les délais entre le dépistage et la prise en charge en service ou par les professionnels de santé	Mobiliser les ressources en professionnels de santé : PSLA, hospitaliers, tous professionnels du secteur libéral et médico-social Créer des équipes relais au centre de ressource de l'autisme en lien avec les MDPH, afin de développer une réponse de proximité pour établir un diagnostic, à partir des structures existantes (CAMSP, CMP, CMPP)	Réduction des délais d'attente pour une demande de diagnostic pour des enfants présentant des troubles du spectre autistique Equipes relais mises en place

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action propre à garantir l'accès au soin			
3.2.	Développer le travail en réseau inter établissement pour une coopération du médico-social et du sanitaire	Mettre à disposition du temps de spécialité du sanitaire vers le médico-social, notamment psychiatrique	Cf. volet psychiatrie du SROS hospitalier
Action propre à garantir la fluidité du parcours			
3.3.	Améliorer l'information sur le diagnostic de l'autisme des professionnels amenés à intervenir dans le parcours de vie de l'enfant et de l'adulte	Former et informer les professionnels des structures de petite enfance : crèches, haltes garderie, protection maternelle et infantile, maternelles CAMSP pédopsychiatres, professionnels du sanitaire et médico-social et professionnels du libéral professionnels des dispositifs d'insertion et de formation professionnelle	Nombre de professionnels des structures de petite enfance, des CAMSP, des dispositifs d'insertion et de formation professionnelle, de pédopsychiatres, de libéraux, de professionnels de santé formés à l'information sur le diagnostic de l'autisme
3.4.	Favoriser la scolarisation en milieu ordinaire des enfants avec autisme	Favoriser la prise en compte de l'autisme ou des troubles du comportement et troubles envahissants du développement (TED) par la formation des professionnels impliqués dans la scolarisation de l'enfant	Nombre d'enfants autistes scolarisés en milieu ordinaire Nombre d'enfants avec troubles du comportement et TED scolarisés en milieu ordinaire Nombre de professionnels impliqués dans la scolarisation de l'enfant formés à la prise en compte de l'autisme
3.5.	Accompagner les parents/aidants en améliorant leurs connaissances sur l'autisme	Créer dans chaque territoire de santé un dispositif d'accueil, d'information, d'orientation et de soutien permettant d'accompagner les demandes des personnes autistes et des familles Organiser les formations des professionnels médico-sociaux et de l'Education Nationale aux différentes méthodes d'éducation structurée et spécifique : ABA, TEACCH, PECS	Un dispositif d'accueil, d'information, d'orientation et de soutien des personnes autistes et de leurs familles par territoire de santé Nombre de formations aux différentes méthodes d'éducation structurée et spécifique : ABA, TEACCH, PECS mises en place
3.6.	Réussir l'intégration en milieu de vie ordinaire en accompagnant la personne autiste dans son habitat, sa vie sociale, sa vie professionnelle	Développer la formation initiale et continue et le soutien des professionnels Inclure l'enfant dans les institutions telles que garderies, écoles dès son plus jeune âge pour socialiser l'enfant autiste et apprendre à l'enfant non autiste d'accepter le handicap Mettre en place des services d'accompagnement des personnes avec autisme dans leur intégration en milieu ordinaire de travail Développer des services d'accompagnement adaptés et articuler les interventions des services à domicile	Nombre d'enfants autistes de moins de 6 ans accueillis en structure d'accueil collectif ou à l'école maternelle Nombre de services d'accompagnement des personnes avec autisme dans leur intégration en milieu ordinaire de travail mis en place

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action propre à garantir la fluidité du parcours			
3.7.	Organiser les services et établissements médico-sociaux et sanitaire autour du parcours de vie de la personne autiste	<p>Adapter la scolarisation à la fatigabilité de l'enfant autiste en développant l'hôpital de jour pédopsychiatrique afin d'organiser un temps partagé entre école et sanitaire</p> <p>Organiser des séances de travail, des formations entre les secteurs social, médico-social, sanitaire</p>	<p>Nombre d'enfants autistes bénéficiant d'un temps partagé école et sanitaire</p> <p>Conventions fixant les modes de coopération entre les secteurs social, médico-sociale et sanitaire autour de la personne autiste</p>
3.8.	Accompagner, soulager les aidants	<p>Développer une plateforme spécialisée d'intervention à domicile pour soulager les aidants et éviter les placements d'urgence</p> <p>Développer une offre d'accueil temporaire (type accueil de jour et hébergement temporaire) pour offrir des périodes de répit à la personne autiste, à son entourage, aux professionnels accompagnants</p>	<p>Existence d'une plateforme spécialisée d'intervention à domicile pour soulager les aidants et éviter les placements d'urgence</p> <p>Cf. accueil temporaire</p>
3.9.	Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes avec autisme et TED	<p>Créer un service d'accompagnement social et médico-social adapté ou SAMSAH, par département, avec pour objectifs d'accompagner la personne avec autisme et TED dans toutes ses activités en favorisant son insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire</p> <p>Organiser l'intégration d'un groupe d'adultes autistes au sein d'un dispositif de travail adapté, favorisant la fluidité et la personnalisation de leur parcours avec un mixage possible de réponses (ESAT, AIT, FOA, hébergement) et des professionnels formés à l'autisme</p> <p>Mettre en œuvre des moyens nécessaires pour structurer durablement au sein d'un FAM ou d'une MAS, un atelier de travail avec un encadrement formé à l'accompagnement des personnes avec autisme</p>	<p>Nombre de services d'accompagnement des personnes avec autisme dans leur intégration en milieu ordinaire de travail mis en place (voir plus haut)</p> <p>Intégration d'un groupe d'adultes autistes dans un dispositif de travail adapté</p> <p>Un atelier de travail avec un encadrement formé à l'accompagnement des personnes avec autisme au sein d'un FAM ou d'une MAS</p>
Action d'optimisation des organisations, d'efficacité et de qualité			
3.10.	Adapter les modalités de réponse et l'offre d'accompagnement médico-social	<p>Mettre en œuvre les autorisations des établissements ou revisiter les autorisations pour adapter les projets d'établissement ou de service aux besoins des personnes avec autisme</p> <p>Développer des petites unités spécifiques pouvant accueillir des enfants et adolescents avec plusieurs déficiences</p> <p>Exiger l'existence de conventions et partenariats entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire au cours des renouvellements d'autorisation</p>	<p>100 % des établissements accueillant des personnes avec autisme avec une autorisation et un projet d'établissement incluant des modalités d'accompagnement des personnes autistes</p> <p>Nombre de petites unités spécifiques pouvant accueillir des enfants et adolescents avec plusieurs déficiences</p> <p>Nombre de conventions et partenariats entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire au cours des renouvellements d'autorisation.</p>

ORIENTATION 4 : Développer une politique régionale d'accompagnement adaptée **des personnes avec handicap psychique** : scolarisation, insertion sociale et professionnelle

Enjeux

- > Améliorer la socialisation et l'accès à l'apprentissage et à l'emploi.
- > Adapter les modes de scolarisation et d'apprentissage.
- > Accompagner dans les dispositifs de droit commun.
- > Repérage et diagnostic.
- > Prévention des comportements à risque.

But à atteindre

Améliorer l'accompagnement des enfants, adolescents et jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques ou d'origine psychique, favoriser la mise en place d'accompagnements adaptés à la spécificité des besoins et des situations de la population concernée.

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action propre à garantir l'accès au soin			
4.1.	Poser un diagnostic étiologique pour les enfants présentant des TCC	<p>Garantir un processus continu d'évaluation en vue d'une adaptation constante aux besoins des jeunes</p> <p>S'interroger sur les adaptations de l'outil GEVA pour les personnes en situation de handicap psychique</p> <p>Repérer plus précocement les signes d'alerte afin d'éviter tout retard de la prise en charge</p> <p>Favoriser le développement de coopérations entre les équipes de soins spécialisées (en particulier CMPP et CMP) et les personnels de santé de l'éducation nationale</p>	<p>100 % des enfants présentant des troubles du caractère et du comportement bénéficiant d'un diagnostic étiologique et d'un plan personnalisé de compensation, adaptés à leurs besoins.</p> <p>Nombre d'actions de coopération entre les équipes de soins spécialisées et les personnels de santé de l'éducation nationale</p> <p>Présence d'items concernant la situation professionnelle dans la grille GEVA handicap psychique</p>
Action propre à garantir la fluidité du parcours			
4.2.	S'adapter aux besoins évolutifs des enfants, prévenir les ruptures dans l'accompagnement et les situations de crise tout en prévenant l'épuisement des professionnels	<p>Créer des unités offrant une possibilité d'accompagnement médico-social renforcé pour la gestion de la crise</p> <p>Expérimenter les orientations vers les dispositifs ITEP selon des modalités à définir en concertation avec les établissements et services médico-sociaux et la MDPH. Après évaluation, élargir l'expérimentation à d'autres types d'établissements</p> <p>Développer l'hébergement temporaire</p> <p>Programmer les hospitalisations en milieu spécialisé à la survenue de signes avant-coureurs de décompensation (séjours de rupture en sanitaire)</p> <p>Améliorer les passages de relais (entrées et sorties d'hospitalisation) par la définition de bonnes pratiques partenariales</p> <p>S'interroger sur les dispositifs de formation (initiale et continue) et sur les développements éventuels à envisager pour contribuer au développement d'une culture de prévention et de traitement de la violence</p> <p>Mettre en place des indicateurs permettant le repérage et la prévention des risques de violence</p>	<p>Nombre d'unités offrant une possibilité d'accompagnement médico-social renforcé pour la gestion de la crise.</p> <p>Nombre d'expérimentations vers les dispositifs ITEP</p> <p>Nombre de places d'hébergement temporaire dédiées</p> <p>Nombre de séjours sanitaires de rupture programmés</p> <p>Existence de bonnes pratiques partenariales</p> <p>Nombre de formations intégrant la culture de prévention des risques de violence</p> <p>Existence d'indicateurs permettant le repérage et la prévention des risques de violence</p> <p>Nombre d'actions de régulation mises en places</p> <p>Nombre d'enfants bénéficiant de ces différents dispositifs</p>

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action propre à garantir la fluidité du parcours			
4.2.		Développer la régulation des équipes au sein de l'établissement ou service médico-social, mettre en place des organisations permettant aux professionnels d'échanger sur leurs ressentis et de trouver des réponses face aux phénomènes de violence	
4.3.	S'adapter aux besoins des usagers en raisonnant dans une logique de parcours	Adapter les dispositifs et structures existants aux parcours de vie des usagers en mutualisant les moyens et compétences par le développement de plateformes de coopération entre établissements et services médico-sociaux Concevoir une méthodologie pour rendre compte de la réalité de la « population frontière » : prévalence des troubles conséquences sur l'environnement social et familial effets des soins et des accompagnements	Nombre de plateformes de coopération entre établissements et services médico-sociaux Existence d'une méthodologie permettant de rendre compte de la réalité de la population frontière
4.4.	Développer la coopération entre les établissements et services accueillant des enfants ou adolescents présentant des troubles psychiques et la psychiatrie pour préparer le passage du sanitaire vers le médico-social	Disposer d'outils d'évaluation partagée entre les acteurs Poursuivre l'accompagnement psychiatrique de l'enfant ou de l'adolescent accompagné par le secteur médico-social en renforçant les moyens existants des établissements sanitaires psychiatriques afin que les équipes puissent intervenir en établissement médico-social	Existence d'outils partagés entre les acteurs Capacité des établissements sanitaires à intervenir en établissements médico-sociaux
Développer l'offre			
4.5.	Projet expérimental pour adolescents dont les troubles du comportement ne trouvent pas de réponses adaptées à leurs besoins et sont exacerbés par l'intrication de troubles psychopathologiques et ou psychiatriques handicapants, avec des difficultés relevant du domaine social ou de la justice	Mettre en place un dispositif médico-social et social adapté à ce besoin d'accompagnement, en lien avec les Conseils généraux et la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)	Mise en place d'un dispositif médico-social et social adapté à ce besoin d'accompagnement, en lien avec les Conseils Généraux et la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
Action d'optimisation des organisations, d'efficacité et de qualité			
4.6.	Mise en place d'une coordination entre plusieurs partenaires institutionnels pour examiner les situations des personnes dont la multiplicité des problématiques nécessite la mise en oeuvre d'une prise en charge coordonnée entre plusieurs partenaires, de l'action sociale, médico-sociale et sanitaire	Créer une cellule de coordination par département Définir un noyau dur (MDPH, ESMS, établissements sanitaires, CG, ARS...) et une composition modulable selon les situations Réunir les partenaires institutionnels pour élaborer ensemble une solution aux situations de blocage Délimiter les compétences (au regard des attributions de la MDPH)	Existence d'une cellule de coordination par département Nombre de situations examinées

ORIENTATION 5 : Adapter et développer l'offre d'accompagnement médico-social et social aux besoins des personnes handicapées vieillissantes

Enjeux

- > Le phénomène nouveau s'inscrit dans le vieillissement de la population générale, avec une augmentation continue du nombre de personnes en situation de handicap âgées de plus de 60 ans.
- > Anticiper les réponses pour développer la prévention de la perte de l'autonomie, l'optimisation de la souplesse des modes d'accueil des personnes âgées en situation de handicap, le soutien à la vie à domicile.
- > Observer les critères du vieillissement.
- > Personnaliser les modes d'accompagnement.

But à atteindre

Garantir une observation précoce, continue et multidimensionnelle des signes du vieillissement et l'adaptation des projets d'accompagnement individuel.

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action propre à garantir l'accès à la prévention			
5.1.	Détecter le changement pour prévenir la perte d'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes en perte d'autonomie vivant au domicile ou en établissement	Former et informer le personnel intervenant au domicile, les aidants, le personnel intervenant dans les établissements Fixer des indicateurs internes de repérage, tels que les arrêts de travail, chez le travailleur handicapé Réfléchir sur l'évolution des pratiques des MDPH pour des publics ciblés à définir	Nombre de formations intégrant la détection du changement Existence indicateurs internes de repérage, tels que les arrêts de travail, chez le travailleur handicapé Taux de personnes en situation de handicap (40 ans et plus) ayant été évaluées avec la grille GEVA
Action propre à garantir la fluidité du parcours			
5.2.	Evaluer en continu les situations individuelles des personnes vivant au domicile et celles vivant en établissement	Généraliser l'utilisation d'une grille commune d'évaluation, telle que le GEVA, dans la logique du projet individuel	100% de projets d'accueil individualisés basés sur l'utilisation du GEVA
Développer l'offre			
5.3.	Proposer des dispositifs d'accompagnement diversifiés et innovants	Recenser les actions innovantes déjà mises en place Intégrer la prise en compte du vieillissement des personnes en situation de handicap dans les projets d'établissement en développant des prestations d'accompagnement adaptées Pour les personnes handicapées vieillissantes travaillant en ESAT, développer les activités à caractère professionnel ou à caractère occupationnel adaptées en contenu et en temps d'activité Développer des unités spécifiques en EHPAD pour les personnes handicapées Développer des unités spécifiques dans les établissements accueillant des personnes lourdement handicapées	Recensement des actions innovantes 100% de projets d'établissements intégrant la prise en compte du vieillissement des personnes en situation de handicap 100% d'ESAT développant des activités à caractère professionnel ou à caractère occupationnel adaptées en contenu et en temps d'activité Nombre d'unités spécifiques en EHPAD Nombre d'unités spécifiques dans les établissements accueillant des personnes lourdement handicapées

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action d'optimisation des organisations, d'efficience, de qualité			
5.4.	Renforcer les liens entre services et établissements médico-sociaux	Favoriser l'intervention des SSIAD dans les établissements peu ou pas médicalisés Former des équipes des établissements par les SAMSAH Préparer la transition du service vers l'établissement par les SAVS	Nombre de SSIAD intervenant dans les établissements pas ou peu médicalisés Nombre de formations des équipes des établissements par les SAMSAH
5.5.	Proposer des dispositifs d'accompagnement diversifiés et innovants avec des passerelles et des coopérations entre les divers secteurs (ESMS, sanitaire, politique de la ville, acteurs locaux)	Faire évoluer les partenariats, coopérations, complémentarité des ESMS et ensembles des acteurs autour du parcours de vie de la personne handicapée vieillissante	Nombre de dispositifs d'accompagnement diversifiés et innovants

ORIENTATION 6 : Respecter le **projet de vie de la personne âgée en perte d'autonomie** en assurant un accompagnement continu et de qualité entre domicile, hôpital et établissement médico-social

Enjeux

- > Le vieillissement de la population bas-normande et la prise en compte des besoins sur les territoires, notamment en milieu rural.
- > Le respect du projet de vie des personnes âgées de vivre autant que possible à leur domicile et dans la cité.
- > Des besoins spécifiques à prendre en compte pour les personnes âgées avec des troubles démentiels ou psychiatriques.
- > L'accompagnement et l'accès aux soins des personnes âgées en perte d'autonomie vivant au domicile.
- > L'accompagnement et la bientraitance des personnes âgées.

But à atteindre

- Coordonner les interventions entre les institutions sociales, médico-sociales et sanitaires ;
- Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées avec une intervention coordonnée des professionnels entre eux et avec les aidants naturels ;
- Développer la formation professionnelle continue des professionnels de l'action sociale, médico-sociale et sanitaire et la qualité des prestations d'accompagnement médico-social et de soins proposées ;
- Prendre en compte, soutenir et relayer les aidants naturels, acteurs/partenaires-clef des politiques de maintien à domicile, de soutien à l'autonomie, et de santé, dans le double intérêt des personnes qu'ils aident et de leur propre santé ;
- Développer la coopération entre le secteur psychiatrique et le secteur d'accompagnement social et médico-social des personnes âgées avec des troubles démentiels ou psychiatriques.

Le SROS traite uniquement des objectifs opérationnels d'organisation des services et établissements médico-sociaux.

Il convient toutefois de rappeler qu'un volet filière gériatrique (Volet n°10 du SROS) complète ces orientations en matière de prise en charge et d'accompagnement de la personne âgée.

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action propre à garantir l'accès à la prévention			
6.1.	Prévenir la dépendance de la personne âgée vivant au domicile ou en institution	Repérer les personnes âgées à risque de dépendance en définissant les populations fragiles pour lesquelles il est nécessaire de pratiquer une évaluation gériatrique afin de repérer la perte d'autonomie précocement	Un dispositif partagé entre tous les intervenants à domicile de repérage des populations fragiles pour lesquelles il est nécessaire de pratiquer une évaluation Nombre de personnes évaluées
Action propre à garantir l'accès au soin			
6.2.	Accompagner le travail des professionnels libéraux dans leur prise en charge de la personne âgée au domicile	Développer la formation initiale et la sensibilisation des professionnels de santé à l'évaluation gérontologique à domicile par des outils d'évaluation communs Faire connaître et reconnaître les CLIC comme coordonnateurs des dispositifs et structures existantes sur un territoire, à la hauteur du principe de la MAIA	Nombre de professionnels formés Nombre de coordinations réalisées par les CLIC
6.3.	Organiser les ressources humaines et logistiques autour de la personne âgée, vivant au domicile ou en institution, lorsque son état de santé nécessite une hospitalisation de courte durée ou un moyen séjour en Soins de Suites et de Réadaptation (SSR)	Rendre effectif les dossiers de liaison d'urgence et l'accessibilité des dossiers de soins en EHPAD Formaliser le Dossier Médical Personnel (DMP) comme outil de liaison entre le service d'accueil et le sanitaire Former le personnel soignant hospitalier à la prise en charge de la personne âgée dépendante et de la personne âgée malade d'Alzheimer Développer les équipes mobiles gériatriques pour protocoliser les sorties du sanitaire Organiser des réseaux territoriaux d'accompagnement et développer les coopérations et les échanges entre les structures sanitaires, médico-sociales, ambulatoires (SAAD, SSIAD, HAD, Centre de soins infirmiers, Réseau Douleur, Equipes mobiles de soins palliatifs, filière onco-gériatrique...) afin de préparer la sortie d'hospitalisation de la personne âgée dès son admission Améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur dans les EHPAD Pour les personnes âgées vivant au domicile Développer les liens entre les acteurs les services intervenant au domicile et les acteurs de l'hospitalisation. Formaliser un dossier social adossé au Dossier Médical Personnel permettant d'anticiper les sorties de service de médecine, chirurgie, gynécologie avec les services à domicile dès l'entrée du patient Poursuivre les actions de formation à la dialyse péritonéale des infirmières conventionnées avec les SSIAD, afin de permettre le maintien à domicile de patients insuffisants rénaux ne maîtrisant pas la technique de la dialyse péritonéale	100% des établissements utilisant les dossiers de liaison d'urgence et les dossiers de soins en EHPAD Nombre de formations spécifiques mises en œuvre Une EMG par filière gériatrique Couverture complète du territoire en réseaux territoriaux 100% d'EHPAD disposent de protocoles douleur 100% d'établissements de santé mettant en œuvre le dossier social adossé au Dossier Médical Personnel Nombre de formations à la dialyse péritonéale réalisées pour les infirmières conventionnées avec les SSIAD 100% des EHPAD ont mis en place une organisation permettant l'intervention des acteurs prenant en charge la douleur et/ou les soins palliatifs 100% des EHPAD ont signé une convention avec les équipes mobiles de soins palliatifs qui interviennent dans leur structure

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action propre à garantir la fluidité du parcours			
6.4.	Coordonner les acteurs dont les aidants naturels autour de la personne âgée en perte d'autonomie vivant au domicile et clarifier les rôles et limites des différents intervenants	<p>Légitimer les CLIC dans leur rôle d'informateur et de coordonnateur sur un territoire donné : favoriser les rencontres avec les professionnels de santé libéraux</p> <p>Reprendre les référentiels métiers et décrets de compétence afin de formaliser un guide permettant aux établissements de clarifier les collaborations possibles selon les décrets en vigueur entre les acteurs</p> <p>Professionnaliser le secteur par la formation de l'ensemble des professionnels aux problématiques du trouble du comportement par les financements de la section IV du budget de la CNSA, la présentation de Mobiquai</p> <p>Informar, conseiller et soutenir les aidants familiaux des personnes âgées vivant à domicile, soit en situation de dépendance, soit avec des troubles démentiels ou psychiatriques</p> <p>Développer les échanges réguliers entre les professionnels et les aidants familiaux afin d'articuler les interventions auprès de la personne âgée dépendante et préparer l'entrée éventuelle en établissement</p> <p>Prévenir les risques d'épuisement et les situations de souffrance pour les aidants de proximité et les professionnels en permettant l'accès à des temps de psychologues ou à l'analyse des pratiques professionnelles</p>	<p>Nombre de rencontres CLIC et professionnels libéraux</p> <p>Un guide des collaborations entre professionnels intervenant au domicile et en établissements, mise à disposition et/ou recrutement et financement de temps de psychologues dans les SAD et enfin évaluation</p> <p>Nombre et temps de coordination avec le secteur psychiatrique</p> <p>Nombre de professionnels intervenant au domicile formé à la prise en charge des troubles du comportement</p> <p>Temps d'échange entre professionnels du domicile, EHPAD et aidants familiaux</p> <p>Nombre et temps de coordination avec le secteur psychiatrique</p> <p>Nombre et temps d'analyse des pratiques professionnelles développées pour prévenir la question de l'épuisement et des situations de souffrance</p>
6.5.	Optimiser l'accompagnement de la personne âgée en institution par la professionnalisation et l'expertise du personnel soignant encadrant	<p>Former le personnel soignant aux soins palliatifs, à l'évaluation de la douleur, à la nutrition de la personne âgée, à la psychiatrie</p> <p>Valoriser du temps de psychiatrie en EHPAD</p>	<p>100% des EHPAD ont formé leur personnel à la prise en charge et l'accompagnement spécialisé</p> <p>Nombre d'ehpad bénéficiant de consultation psychiatrique sur place</p>
6.6.	Développer l'offre de soins paramédical dans les EHPAD afin d'éviter les hospitalisations des personnes en situation de soins palliatifs	<p>Valoriser du temps infirmière pour la nuit et les jours fériés en garde ou astreinte en s'appuyant sur l'expérimentation menée dans 3 EHPAD</p>	<p>Nombre d'EHPAD bénéficiant d'une astreinte IDE la nuit</p> <p>Nombre d'EHPAD bénéficiant d'une garde IDE la nuit pour accueillir des personnes en soins palliatifs</p>

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action d'optimisation des organisations, d'efficience et de qualité			
6.7.	Evolution des modalités de réponse dans la composition de l'offre de services médico-sociaux	<p>Conserver les unités de vie spécialisées au sein des structures pour l'efficience de l'accompagnement du résidant type Alzheimer en continuant à mutualiser les ressources de la structure</p> <p>Réorganiser les petites EHPAD à 80 places :</p> <ul style="list-style-type: none"> autorisation d'extension sous réserve d'appel à projet à la suite de besoins identifiés sur le secteur mutualiser les ressources humaines et logistiques regroupement de structures <p>Développer l'accueil à temps partiel de nuit et de jour au sein des EHPAD, afin de permettre un répit aux aidants des personnes âgées avec des troubles démentiels ou psychiatriques</p> <p>Réfléchir à la mise en place de structures de proximité pour les personnes en fin de vie</p> <p>Augmenter la fréquence d'un maintien à domicile en fin de vie grâce à la présence de personnels formés (expérimentation à prévoir sur un territoire de santé)</p>	<p>Nombre de petites unités de vie spécialisées adossées aux EHPAD pour personnes Alzheimer</p> <p>Nombre d'EHPAD de 80 places mutualisant ses moyens</p> <p>Cf. 7.8. (ci-dessous)</p> <p>Expérimenter un dispositif de maintien à domicile en fin de vie</p>
Développer l'offre			
6.8.	Encourager les EHPAD à développer des offres innovantes pour diversifier les solutions de répit pour les aidants de personnes âgées en perte d'autonomie vivant au domicile	<p>Ouvrir les EHPAD à l'extérieur pour les temps de repas, pour permettre un premier contact de la personne âgée et de l'entourage avec l'institution et du temps libre pour l'aidant</p> <p>Développer les modalités d'accueil de jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> accueil jour et nuit, avec une navette rattachée à l'hôpital pour les transports accueil de jour itinérant répit à domicile via les plateformes de répit avec des dispositifs assurant un lien entre le domicile et l'établissement via les équipes EHPAD <p>Expérimenter des dispositifs de lien entre domicile et établissement via les EHPAD</p> <p>Organiser des rencontres et signer des conventions entre EHPAD et SAD</p>	<p>Nombre d'EHPAD donnant accès extérieur à sa restauration</p> <p>Nombre d'EHPAD offrant un accueil de jour et de nuit</p> <p>Nombre d'accueils de jour développés en zone rurale par mutualisation de moyens des EHPAD</p> <p>Nombre de dispositifs développés par mutualisation de moyens des EHPAD pour offrir du temps de répit au domicile</p> <p>Dispositif expérimental en EHPAD pour faire du lien entre le domicile et l'établissement</p>
6.9.	Développer les structures initiées par le plan Alzheimer 2008-2012 mais estimées insuffisantes au vu du nombre de dossiers de candidatures déposés ou des files actives de patients	<p>Pôles d'activités et soins adaptés (PASA) pour les établissements ne pouvant satisfaire au cahier des charges de la DGCS</p> <p>Unités d'Hébergement renforcé (UHR) pour les EHPAD</p>	<p>100% des EHPAD offrent un service d'activités et soins pour maintenir les fonctions cognitives (PASA)</p> <p>Unités fermées pour personnes Alzheimer sévères (UHR)</p>

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action d'optimisation des organisations, d'efficience, de qualité			
6.10.	Développer la coopération active entre les EHPAD et les services de psychiatrie, pour prendre en compte les besoins spécifiques des personnes âgées avec des troubles démentiels ou psychiatriques	<p>Repérer l'évolution des besoins des personnes avec des troubles démentiels ou psychiatriques pour lesquelles il est nécessaire de pratiquer une évaluation psychiatrique afin de mettre en place les réponses adaptées</p> <p>Créer des équipes géro-psycho-geriatriques, insérées dans une filière neuropsychiatrique ou gériatrique (ambulatoire ou mobile)</p> <p>Former et soutenir les équipes des EHPAD pour les aider à prendre en compte les troubles psychiques des personnes âgées</p>	<p>Procédure pour repérer l'aggravation d'un trouble démentiel ou psychiatrique</p> <p>Une équipe mobile géro-psycho-geriatrique adossée aux centres hospitaliers psychiatriques</p> <p>100% des EHPAD ont organisé une formation sur les troubles psychiatriques faite par le personnel du secteur psychiatrique</p>
6.11.	Adapter l'offre d'accompagnement médico-social des personnes âgées avec des besoins spécifiques : les personnes âgées socialement démunies ou marginalisées et les personnes handicapées vieillissantes	<p>Prévoir des modalités d'accompagnement des personnes entre établissement et domicile, en tenant compte de la spécificité de leurs besoins</p> <p>Organiser les coopérations entre les acteurs de secteurs d'interventions différents : social, médico-social et sanitaire</p> <p>Favoriser la traçabilité du projet de vie par l'élaboration d'un document unique (prévention/domicile/établissement)</p> <p>Favoriser l'organisation de rencontres et de conventionnements entre SAD/SSIAD/Services sociaux</p>	<p>Nombre de rencontres et de conventionnements entre SAD/SSIAD/Services sociaux</p> <p>Nombre de documents uniques élaborés</p>

ORIENTATION 7 : Développer une politique régionale d'accompagnement adaptée articulée avec le secteur sanitaire en addictologie

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action propre à garantir l'accès aux soins			
7.1.	Développer la coordination entre les acteurs de première ligne, en particulier aux urgences, les acteurs du secteur social et médico-social	Elaborer un guide régional de bonne pratique de la prise en charge addictologique en situation de crise aux urgences sur la base d'une EPP régionale Promouvoir les conventionnements entre les différentes structures d'addictologie ; Développer les passerelles entre les services d'addictologie et de psychiatrie Intégrer dans la mission des CSAPA celle de pôle ressource médico-social sur l'offre de prise en charge des addictions	Existence d'un guide de l'usage du réseau de la prise en charge addictologique en situation de crise aux urgences Nombre de conventions partenariales signées entre les structures d'addictologie et les établissements sanitaires de la région, dont structures de psychiatrie
7.2.	Développer les compétences psychosociales	Mettre en place des actions sur les compétences psychosociales des jeunes notamment en lien avec l'Education nationale, les secteurs de la protection de l'enfance, du médico-social et de l'insertion des jeunes	Nombre d'actions de prévention mises en œuvre sur le développement des compétences psychosociales des jeunes dont nombre d'actions concertées regroupant l'Education nationale, les secteurs de protection de l'enfance, du médico-social et de l'insertion des jeunes
7.3.	Développer et appliquer des outils communs de prévention.	Mettre en place des outils communs de prévention des conduites addictives Coordonner les acteurs et les actions de prévention ; - en milieu pénitentiaire, - sur un pilotage régional en milieu professionnel à l'échelle des territoires - dans le milieu de l'éducation à l'échelle des territoires	Nombre d'outils communs de prévention Mise en place de référents pour les établissements pénitenciers de la région au sein des structures d'addictologie
7.4.	Intégrer la cellule familiale et/ou l'entourage au projet de soins du patient (prise en charge et prévention)	Mettre en œuvre des protocoles de soins prévoyant l'intégration de la cellule familiale dans les structures d'addictologie	Nombre de protocoles de soins prévoyant l'intégration de la cellule familiale dans les structures d'addictologie
7.5.	Garantir l'accès aux accompagnements médico-sociaux en addictologie	Maintenir le nombre et les capacités actuelles des CSAPA et CAARUD	Nombre de CSAPA à échéance > ou = au nombre de CSAPA actuel Un à deux CSAPA par territoire a minima Nombre de CAARUD à échéance > ou = au nombre de CAARUD actuel

RÉF.	OBJECTIF OPÉRATIONNEL	ACTION	INDICATEURS / CIBLE
Action propre à garantir l'accès aux soins			
7.6.	Améliorer la connaissance des acteurs en matière de Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB), de détection de la crise suicidaire et d'identification des structures d'aval	<p>Développer la formation et l'application des méthodes RPIB : les professionnels de la médecine de ville et du travail, le personnel des centres hospitaliers ainsi que les acteurs sociaux doivent être formés au repérage et à la connaissance des structures d'aval</p> <p>Développer et actualiser les outils d'évaluation des conduites addictives avec ou sans produit, notamment par les enquêtes de terrain</p> <p>Dans les formations médicales, paramédicales et sociales, intégrer une formation sur les pratiques du réseau en addictologie du bassin de vie</p> <p>Intégrer une sensibilisation à la prise en compte de la cellule familiale et une formation sur la crise suicidaire dans la formation des professionnels intervenant en addictologie</p>	<p>Nombre de formations aux méthodes RPIB délivrées aux professionnels de santé, aux médecins du travail, aux acteurs du secteur médico-social et social</p> <p>Nombre de professionnels formés</p> <p>Existence d'outils d'évaluation des conduites addictives actualisés</p> <p>Nombre de formations intégrant les pratiques du réseau en addictologie/bassin de vie</p> <p>Nombre de formations intégrant une sensibilisation à la prise en compte de la cellule familiale</p>

ANNEXES

Annexe 1. Le SROMS s'inscrit dans le cadre des objectifs prioritaires du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Réponses du SROMS
1- Respect du projet de vie de la personne en perte d'autonomie	1.1. Améliorer l'anticipation des besoins d'accompagnement des plus de 75 ans en perte d'autonomie : réduire le nombre d'accompagnements en service et établissement médico-sociaux réalisés dans l'urgence pour les personnes âgées de plus de 75 ans	1.1.1. Augmenter le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en perte d'autonomie bénéficiant d'une évaluation individuelle médico-psycho-sociale régulière	Orientation 6. objectif opérationnel réf. 6.1.
		1.1.2. Améliorer la connaissance des possibilités de parcours de vie et de l'offre existante pour les personnes âgées de plus de 75 ans vivant au domicile	Cartographie des dispositifs existants en ligne sur le site de l'ARS
		1.1.3. Améliorer les compétences des professionnels en matière d'évaluation	Orientation 6. objectif opérationnel réf. 6.2.
	1.2. Améliorer l'implication des personnes en perte d'autonomie à la construction de leur projet de vie : augmenter le nombre de personnes en perte d'autonomie ayant été pleinement impliquées à la construction de leurs projets de vie	1.2.1. Améliorer la connaissance des personnes et leurs aidants sur les structures existantes	Introduction chapitre 2
		1.2.2. Améliorer les compétences des professionnels en matière de construction d'un projet de vie	Orientation 6 objectif opérationnel réf. 6.2.
		1.2.3. Favoriser les échanges entre tous les acteurs partie prenante du projet de vie (professionnels sanitaire, médicosocial, ambulatoire, services sociaux, Education Nationale, entreprises)	Développer des formations inter-professionnelles Introduction chapitre 2 Orientation 1. objectif opérationnel réf. 1.4.
		1.2.4. Pour les personnes en situation de handicap, articuler la construction du projet de vie au plan personnalisé de compensation	Développer des formations inter-professionnelles Introduction chapitre 2
	1.3. Améliorer le respect du désir de maintien à domicile : augmenter le nombre de maintiens à domicile par rapport au nombre de personnes en ayant fait le choix dans leur projet de vie	1.3.1. Développer l'aide aux aidants	Orientation 6. objectif opérationnel réf. 6.8.
		1.3.2. Préciser les champs d'intervention des différents intervenants	Orientation 6. objectif opérationnel réf. 6.4.
		1.3.3. Coordonner l'offre de services existante	Orientation 6. objectif opérationnel réf. 6.4.

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Réponses du SROMS
2. Les maladies neurodégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer	2.1. Améliorer la qualité de vie des patients malades d'Alzheimer et maladies apparentées	2.1.1. Permettre l'accès au diagnostic précoce	Introduction chapitre 2 Orientation 6. objectifs opérationnels 6.1 et 6.2
		2.1.2. Apporter une réponse aux aidants dans l'accompagnement du patient	Orientation 6. objectif opérationnel réf. 6.4 et 6.8
		2.1.3. Mieux répondre aux besoins évolutifs de la maladie d'Alzheimer en diversifiant et en coordonnant les structures de prise en charge pour les personnes à domicile ou en établissement	Orientation 6. objectif opérationnel réf. 6.3.
3. Réponse aux besoins des populations vieillissantes en situation de handicap	3.1 Améliorer l'anticipation des besoins d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes : augmenter le nombre de personnes en situation de handicap ayant un suivi médical régulier permettant de détecter et prendre en charge les pathologies inhérentes au vieillissement, notamment pour ceux vivant au domicile	3.1.1. Savoir repérer le vieillissement et détecter les problèmes de santé liés le plus précocement possible, notamment pour les personnes à domicile	Orientation 5. objectifs opérationnels réf. 5.1. et 5.2.
		3.1.2. Proposer des dispositifs d'accompagnement diversifiés et innovants avec des passerelles et des coopérations entre les secteurs personnes âgées et personnes en situation de handicap	Orientation 5. objectifs opérationnels réf. 5.3. et 5.4.
4. Prise en charge des personnes en situation de handicap psychique ou d'autisme	4.1. Assurer une prise en charge précoce des personnes handicapées psychiques et /ou autistes	4.1.1. Réduire les délais entre le dépistage et la prise en charge en service ou par les professionnels de santé	Orientation 4. objectif opérationnel réf. 4.1.
		4.1.2. Accompagner l'annonce du handicap auprès des acteurs partie prenante du parcours de vie de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte : améliorer la connaissance et la prise en compte de l'autisme et autres troubles envahissants du développement et du handicap psychique	Orientation 3. objectifs opérationnels réf. 3.3. et 3.4.
	4.2. Favoriser le maintien en milieu de vie ordinaire : augmenter le nombre de personnes en situation de handicap psychique ou d'autisme vivant en milieu de vie « dit » ordinaire (adapté) par rapport au nombre de personnes en ayant fait le choix dans leur projet de vie, à tous les âges	4.2.1. Adapter au mieux à la personne en situation de handicap le milieu dans lequel elle évolue	Orientation 3. objectif opérationnel réf. 3.5. Orientation 4. objectif opérationnel réf. 4.3.
		4.2.2. Développer la coopération entre le sanitaire, le médico-social et le social en définissant un continuum d'offre qui permette souplesse, adaptation et personnalisation des réponses	Orientation 3. objectif opérationnel réf. 3.6. Orientation 4. objectif opérationnel réf. 4.6.

PERINATALITE ET PETITE ENFANCE

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Réponses du SROMS
1. Les troubles neuropsychiques et sensoriels des jeunes enfants	1.1. Améliorer la précocité des diagnostics des troubles neurologiques, psychiques, neuropsychiques, et sensoriels chez l'enfant de moins de 6 ans	1.1.1 Augmenter le nombre d'enfants ayant eu un dépistage des troubles sensoriels au cours de la 1ère année de vie	Orientation 1. objectif opérationnel réf. 1.1
		1.1.2. Augmenter la proportion de professionnels de santé en mesure de dépister précocement l'ensemble des troubles neuropsychiques et sensoriels	Orientation 1. objectif opérationnel réf. 1.1
	1.2. Améliorer la qualité de vie et l'insertion des enfants atteints de troubles sensoriels ne relevant pas du handicap, notamment les troubles du langage et des acquisitions	1.2.1 Diminuer le nombre d'enfants atteints de troubles du langage et des acquisitions dont le diagnostic n'a pas été fait avant l'âge de 8 ans	Orientation 1. objectif opérationnel réf. 1.1 et 1.2
		1.2.2 Réduire les délais entre le dépistage et la prise en charge en service ou par les professionnels de santé des enfants atteints de troubles sensoriels ne relevant pas du handicap	Orientation 1. objectif opérationnel réf. 1.1 et 1.2
		1.2.3. Augmenter le nombre de suivis pluridisciplinaires associant médecins, orthophonistes, pédopsychiatres,...	Orientation 1. objectif opérationnel réf. 1.3.
2. L'accès à la santé des enfants et notamment des populations fragilisées	2.2. Faire en sorte que tous les enfants accueillis en structures sociales et médico-sociales bénéficient d'un bilan global de santé (à la fois somatique et psychique)	2.2.1. Améliorer la coordination entre les services hospitaliers, l'ambulatoire et les différents services sociaux et médicaux-sociaux (lien entre somatique et psychiatrique)	Orientation 1. objectif opérationnel réf. 1.1, 1.2 et 1.3.

SANTE MENTALE ET MAL-ETRE

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Réponses du SROMS
1. Le mal-être et les troubles psychosociaux des enfants et adolescents	1.1. Réduire les comportements à risque chez les enfants adolescents et jeunes adultes (6-25 ans)	1.1.1. Privilégier l'approche basée sur le développement des compétences psycho-sociales dans la démarche de prévention (conduites à risque, addictions, conduites à risque dans la sexualité, aide à la parentalité) avec les enfants et les adolescents (6-18ans) et jeunes adultes de 18 à 25 ans	Orientation 7 Objectifs opérationnels 7.2
		1.1.2. Améliorer la coordination des acteurs de la prévention, du secteur médico-social et de l'éducation nationale, des services d'éducation populaire et les services de protection de l'enfance et de l'insertion des jeunes en difficultés, âgés de 16 à 25 ans (Missions Locales et PAIO)	Orientation 4 Objectifs opérationnels 4.2., 4.4 et 4.6
	1.2. Réduire les souffrances psychiques et les morts par suicide chez les enfants, adolescents et jeunes adultes (6-18 ans)	1.2.2. Améliorer les compétences des acteurs de première ligne (social, scolaire, santé, justice, insertion des jeunes, l'Education Nationale) de repérage de la souffrance psychique et du risque suicidaire, en tenant compte de l'ensemble des facteurs de risque (antécédents familiaux, discrimination, autres facteurs de risque) selon un référentiel validé	Orientation 4 Objectifs opérationnels 4.2
2. Les consommations excessives d'alcool	2.1. Réduire les consommations d'alcool à risque chez les plus de 15 ans notamment pour les populations en situation de précarité	1.2.4. Améliorer la coordination des acteurs, la continuité, la qualité et l'adéquation de la prise en charge somatique, psychiatrique, sociale et médico-sociale, de la souffrance psychique et des conduites addictives	Orientation 4 Objectifs opérationnels 4.4 et 4.6 Orientation 7
		2.1.4. Développer les partenariats entre les professionnels d'addictologie, de psychiatrie et de médecine somatique et améliorer leur coordination avec les acteurs de 1 ^{ère} ligne.	Orientation 7 Objectif opérationnel 7.4
		2.1.5. Systématiser la prise en compte de la cellule familiale dans la prise en charge des patients en situation de dépendance à l'alcool.	
3. Les souffrances psychiques	3.1. Réduire les souffrances psychiques chez les plus de 18 ans	3.1.4. Systématiser la prise en compte de la cellule familiale dans la prise en charge des patients en situation de souffrance psychique	
		3.1.3. Développer la prise en charge psychiatrique de proximité en coordination avec les acteurs de 1 ^{ère} ligne (social, insertion socioprofessionnelle, secteur associatif, travail, santé, justice)	Orientation 4 Objectifs opérationnels 4.4 et 4.6
	3.2. Réduire les morts par suicide chez les plus de 18 ans	3.1.5. Améliorer la coordination des acteurs, la continuité, la qualité et l'adéquation de la prise en charge somatique et psychiatrique, sociale et médico-sociale, de la souffrance psychique et de la maladie psychiatrique sur l'ensemble de parcours de vie du patient, en partant de ses besoins et de ses attentes	Orientation 4 Objectifs opérationnels 4.4 et 4.6
		3.2.2. Améliorer les compétences des acteurs de première ligne (social, insertion socio-professionnelle, secteur associatif, travail, santé, justice) de repérage de la souffrance psychique et du risque suicidaire, en tenant compte de l'ensemble des facteurs de risque (antécédents familiaux, discrimination, autres facteurs de risque) selon un référentiel validé, notamment pour les personnes âgées	Orientation 4 Objectifs opérationnels 4.2

Annexe 2. Les taux d'équipement au 30 juin 2012

1.1 Taux d'équipement dans le champ du handicap

1.1.1 Handicap enfant : annexe 24				
ANNEXES XXIV TOUTES DEFICIENCES	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements et de services (hors doubles comptes)	30	24	21	75
Total capacités autorisées	2 053	1 214	1 264	4 531
Population concernée*	169 111	119 215	68 916	357 242
Taux d'Equipement pour 1000 personnes âgées de 0 à 19 ans	12,14	10,18	18,34	12,68

Déficiences Intellectuelles (AN.24)	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements et de services	18	15	15	48
Total capacités autorisées	1 139	870	784	2 793
Population concernée*	169 111	119 215	68 916	357 242
Taux d'Equipement pour 1000 personnes âgées de 0 à 19 ans	6,74	7,30	11,38	7,82

Troubles du Comportement (AN.24)	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements et de services	6	9	7	22
Total capacités autorisées	407	191	265	863
Population concernée*	169 111	119 215	68 916	357 242
Taux d'Equipement pour 1000 personnes âgées de 0 à 19 ans	2,41	1,60	3,85	2,42

Déficiences Motrices (AN. 24 bis)	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements et de services	3	6	3	12
Total capacités autorisées	202	62	49	313
Population concernée*	169 111	119 215	68 916	357 242
Taux d'Equipement pour 1000 personnes âgées de 0 à 19 ans	1,19	0,52	0,71	0,88

Polyhandicaps (AN. 24 ter)	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements et de services	9	7	3	19
Total capacités autorisées	140	66	46	252
Population concernée*	169 111	119 215	68 916	357 242
Taux d'Equipement pour 1000 personnes âgées de 0 à 19 ans	0,83	0,55	0,67	0,71

Déficiences Auditives (AN. 24 quater)	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements et de services	1	1	1	3
Total capacités autorisées	135	25	100	260
Population concernée*	169 111	119 215	68 916	357 242
Taux d'Equipement pour 1000 personnes âgées de 0 à 19 ans	0,80	0,21	1,45	0,73

Déficiences Visuelles (AN. 24 quinquès)	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements et de services	2	0	2	4
Total capacités autorisées	30	0	20	50
Population concernée*	169 111	119 215	68 916	357 242
Taux d'Equipe-ment pour 1000 personnes âgées de 0 à 19 ans	0,18	0,00	0,29	0,14

* Source INSEE : estimations localisées de population au 01-01-2008

1.1.2. CAMPS et CMPP				
CAMSP	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements/antennes	4	5	5	14
Total capacités autorisées	273	150 + Tourlaville¹	100+ CESDA¹	-
Population concernée**	57 747	39 670	23 657	121 074
Taux d'Equipe-ment pour 1000 personnes de 0 à 6 ans	4,73	-	-	-

¹ pas de capacité fixée

CMPP	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements	4	3	1	8
Total capacités autorisées	n/a	n/a	n/a	-
Population concernée**	121 442	84 012	49 258	254 712
Taux d'Equipe-ment pour 1000 personnes de 6 à 19 ans	n/a	n/a	n/a	-

* Source INSEE : estimations localisées de population au 01-01-2009

1.1.3. Adultes				
MAS	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements	10	8	7	25
Total capacités autorisées	360	356	207	923
Population concernée*	359 387	249 004	145 793	754 184
Taux d'Equipe-ment pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans	1,00	1,43	1,42	1,22

FAM	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements	8	3	3	14
Total capacités autorisées	207	66	84	357
Population concernée*	359 387	249 004	145 793	754 184
Taux d'Equipe-ment pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans	0,58	0,27	0,58	0,47

*** Ne correspond pas à un nombre de places mais à un nombre de projets bénéficiant d'un financement

ESAT	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements	18	13	9	40
Total capacités autorisées	1 654	1 269	795	3 718
Population concernée*	359 387	249 004	145 793	754 184
Taux d'Equipe-ment pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans	4,60	5,10	5,45	4,93

SAMSAH	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements	3	5	4	12
Total capacités autorisées	96	40	52	188
Population concernée*	359 387	249 004	145 793	754 184
Taux d'Equipement pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans	0,27	0,16	0,36	0,25

SSIAD Personnes handicapées	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre d'établissements	12	9	10	31
Total capacités autorisées	42	29	49	120
Population concernée*	359 387	249 004	145 793	754 184
Taux d'Equipement pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans	0,12	0,12	0,34	0,16

1.2. Taux d'équipement dans le champ de la personne âgée en perte d'autonomie

SSIAD	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre de services	20	31	13	64
Personnes âgées	1 159	1 268	710	3 137
Equipes spécialisées Alzheimer	50	40	20	110
Total capacités autorisées	1 209	1 308	730	3 247
Population concernée*	58 259	53 237	32 397	143 893
Taux d'Equipement pour 1000 personnes de 75 ans et plus	20,75	24,57	22,53	22,57

EHPAD	CALVADOS	MANCHE	ORNE	TOTAL REGIONAL
Nombre d'établissements	96	80	54	230
Hébergement permanent	6 726	5 034	4 084	15844
Hébergement temporaire	56	120	63	239
Accueil de jour	114	112	105	331
Unité pour personnes âgées handicapées	18	22	57	97
Unité Alzheimer/UHR	639	605	339	1583
Total départemental	7 553	5 893	4 648	18 094
Population concernée*	58 259	53 237	32 397	143 893
Taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et plus	129,65	110,69	143,47	125,75

Taux d'équipement départemental hébergement temporaire et accueil de jour	4,62	4,36	5,19	4,65
--	------	------	------	------

* Source INSEE : estimations localisées de population au 01-01-2008